UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR

SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

IÊDA FÁTIMA DA SILVA

SOFRIMENTO PSÍQUICO E MAL-ESTAR DOCENTE:

UMA INTERFACE COM O TRABALHO, A SAÚDE E A FAMÍLIA

SALVADOR

2013

IÊDA FÁTIMA DA SILVA

SOFRIMENTO PSÍQUICO E MAL-ESTAR DOCENTE:

UMA INTERFACE COM O TRABALHO, A SAÚDE E A FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador para obtenção do título de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea.

Orientador: Prof. Dr. José Euclimar Xavier de Menezes.

SALVADOR

2013

UCSAL. Sistema de Bibliotecas

S586 Silva, Iêda Fátima da.
Sofrimento psíquico e mal-estar docente: uma interface com o trabalho, a saúde e a família / Iêda Fátima da Silva. – Salvador, 2013. 182 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica do Salvador. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea.
Orientação: Prof. Dr. José Euclimar Xavier de Menezes.

1. Trabalho docente – Sofrimento psíquico 2. Trabalho do Professor – Relação Saúde – Doença 3. Professor – Doença – Família I. Título.

CDU37.011.31-057.11

TERMO DE APROVAÇÃO

Iêda Fátima da Silva

Sofrimento Psíquico e Mal-estar Docente: uma Interface com o Trabalho, a Saúde e a Família

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 31 de julho de 2013.

Banca Examinadora:

Dr(a). José Euclimar Xavier Menezes
Orientador (a)

Dr(a). Céleste Maria Pacheco de Andrade
(UNEB)

Dr(a). Lúcia Vaz de Campos Moreira –
(UCSal)

A todas as professoras que com o seu trabalho dão vida ou morte à Escola. Mas que nesse trabalho me fizeram repensar sobre o significado da vida e a importância que o trabalho tem para cada um, que um dia porventura viveu no chão das Escolas.

AGRADEDIMENTOS

À Deus, força suprema que me iluminou nas horas mais difíceis da realização desse trabalho.

Aos meus pais, Antonio Augusto da Silva e Clarice dos Reis Almeida pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida.

À Mariana Clara da Silva, pelo profundo amor e por se constituir uma luz no meu caminho.

À Marcelo e Clarice, por representarem a perspectiva de um mundo melhor.

À Valter Vieira dos Santos, sempre companheiro nas horas mais difíceis.

Ao meu orientador, professor Dr. José Euclimar Xavier de Menezes, pelo incentivo e pela crença de que esse trabalho era possível. Meu profundo respeito e admiração pela pessoa e profissional que foi para a construção desse trabalho.

À professora Celeste Maria Pacheco de Andrade, que tantas vezes me serviu de modelo e inspiração para discutir questões sociais relevantes na Educação.

À professora Lúcia Vaz de Campos Moreira, que ao longo do curso foi referência de organização e determinação nas questões relativas a educação e psicologia.

À Diretoria Regional de Educação de Alagoinhas (DIREC/03), nas pessoas de Professora Marli Monteiro e Professora Edilza Santos pela autorização e viabilidade na realização dessa pesquisa.

Às professoras das Escolas da jurisdição da DIREC/03, que no anonimato contribuíram decisivamente para essa pesquisa.

À Moacir Lira, meu amigo e companheiro de grandes batalhas meu profundo agradecimento pelo apoio para a realização desse trabalho.

À professora Valmira Maria de Melo Vieira, pela amizade e pela confiança depositada na minha profissionalidade docente.

À Adriana Mármore, minha amiga e companheira na construção das melhorias da educação básica e da extensão universitária com foco para o trabalho com os idosos.

À professora Stela Rodrigues dos Santos, grande incentivadora dessa formação.

À Milena dos Santos Silva, pela paciência e competência na digitação dos textos.

Aos meus irmãos e sobrinhos pelo parentesco e pela amizade.

Gostaria de ter atrás de mim (tendo tomado a palavra há muito tempo, duplicando de antemão tudo o que vou dizer) uma voz que disse: “É preciso continuar, eu não posso continuar, é preciso continuar, eu não posso continuar, é preciso continuar, eu não posso continuar, é preciso continuar, é preciso pronunciar palavras enquanto as há, é preciso dizê-las até que elas me encontrem, até que me digam – estranho castigo, estranha falta, é preciso continuar, talvez já me tenham dito, talvez me tenham levado limiar de minha história, diante da porta que se abre sobre minha história, eu me surpreenderia se ela se abrisse”.

MICHEL FOUCAULT

(A ordem do discurso, 1970)

Silva, Iêda Fátima da. **Sofrimento Psíquico e Mal–Estar Docente: Uma Interface com o Trabalho, a Saúde e a Família.** 2013. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Família na Sociedade Contemporânea, Universidade Católica do Salvador.

RESUMO

Essa pesquisa oportuniza a discussão acerca do sofrimento psíquico de professores enquanto fenômeno contemporâneo que se manifesta através do desinteresse, desgaste físico e psíquico, degradação da imagem e autoestima decorrentes das condições de trabalho, da desvalorização profissional, da proletarização docente e da precarização do trabalho no âmbito escolar. O objetivo dessa pesquisa é compreender o sofrimento psíquico de professores e a sua interface com o trabalho, repensando a relação saúde-doença pelo afastamento das atividades laborais através de licenças para tratamento da saúde, bem como as licenças por motivo de doença em pessoa da família, a quem deve dispensar cuidados. Assim como busca identificar os motivos da concessão de licença médica para cuidar da saúde a professores que pertencem às escolas estaduais que compõem a DIREC 03/Ba (Diretoria Regional de Educação de Alagoinhas). Para alcançar tais objetivos utilizei dois recursos metodológicos: o da revisão de literatura e o da pesquisa documental. A coleta de dados voltou-se para a busca de material bibliográfico pertinente, bem como um conjunto documental que suscitasse uma reflexão sobre o tema proposto. Esse estudo, de caráter interdisciplinar, promove o diálogo entre autores como Antonio Nóvoa (1992, 1994, 1995) em sua reflexão sobre a formação e a profissionalização docente, Esteve e Lapo com os aspectos psicológicos do mal-estar docente, Cristophe Dejours (1986, 1992, 1994) em sua psicodinâmica do trabalho, Michel Foucault (1984, 1991, 1992, 1998) discutindo a medicalização e os saberes médicos como dispositivos de empoderamento sobre os pacientes, Minayo (1992, 1993, 1994, 1995, 1999, 2002, 2008) e Gil (1991, 1999) enfocando a pesquisa social e análise documental qualitativa. Os dados permitem verificar as solicitações de licença como dispositivo último para aliviar o sofrimento psíquico e mal-estar docente, causadores das doenças mentais que afetam os professores, a partir de referências dos organismos internacionais, a exemplo da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde e da Junta Médica do Estado da Bahia, que nesse caso representa uma amostra documental na jurisdição da DIREC 03. As queixas traduzidas através dos relatórios médicos referem-se principalmente a sintomatologia de ordem psíquica, que se amparam na Classificação Internacional de Doenças (CID 10 - capítulo V). Transtornos mentais e comportamentais, com maior incidência para os transtornos depressivos, da ansiedade e obsessivos-compulsivos. Verifica-se que esse quadro patológico é revelador dos fatores que contribuem para esse estado de adoecimento decorrente da sobrecarga laboral, das exigências pela qualidade e eficiência nas atividades, demandas por qualificação profissional, o que acabam ocasionando a fadiga, a exaustão e o esgotamento físico e mental.

Palavras – chave: trabalho docente, sofrimento psíquico, saúde, família.

Silva, Iêda Fátima da. **Psychic Suffering and Evil-Being Teacher: An Interface Labor, Health and Family**. In 2013. Dissertation (MSc) Program of Masters Degree in Family in Contemporary Society, Catholic University of Salvador.

ABSTRACT

This research provides an opportunity to discuss about teachers' psychic suffering considered as a contemporary phenomenon which manifests through disinterest, physical and psychic wear, self-esteem and image degradation resulting from working condition, professional devaluation, teaching proletarianization and job insecurity in the school. The purpose of this research seeks to understand teacher's psychic suffering and its interface with work, rethinking the relation between health and illness based in work absence through labor permits for health treatment, as well as licenses due to illness in family member to whom care is recommended. In addition to this purpose, this research intends to identify the reasons for labor permits requirements, in order to take care of health, requested by teachers who belong to state schools which are part of DIREC 03/Ba (Regional Board of Education from Alagoinhas). In order to achieve such purposes, two methodological resources were used: the first one was literature review end the second was documental research. Data collection turned to the search for relevant bibliographic material as well as a set of documents that rise up a reflection on the theme. This study which has an inter-disciplinary character, allows the dialogue among authors such as Antonio Nóvoa (1992, 1994, 1995) in his reflection on the training and professionalization, Esteve and Lapo with the psychological aspects of teacher malaise, Cristophe Dejours (1986, 1987, 1992, 1994, 1996) in his work psychodynamics, Michel Foucault (1984, 1991, 1992, 1998) discussing the medicalization and medical knowledge as empowerment devices on patients, Minayo (1992, 1993, 1994, 1995, 1999, 2002, 2008) and Gil (1991, 1999) focusing on social research and qualitative document analysis. The data allow to check license requests as the last device to relieve psychological distress and teacher malaise, causing mental illnesses that affect teachers, from references of international organizations, such as the World Health Organization (OMS) and the Ministry of Health and the Medical Board of the State of Bahia which, in this case, is a documental sample in the jurisdiction of DIREC 03. The complaints translated through the medical reports refer mainly to psychic symptoms which are s upported by the International Classification of Diseases (ICD 10 -Chapter V). These symptoms are related to mental and behavioral disorders, and they find theirhighest incidence in depressive disorders, anxiety and obsessive-compulsive. This pathological scene has indicated the factors responsible for this state of illness; these factors are due to work overload,quality and efficiency demand in the activities and request for professional qualification that causefatigue and physica l and mental exhaustion.

Key-words: work, psychic suffering, health, family.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – CIDADES ABRANGIDAS PELA DIREC/03 NO ESTADO DA BAHIA.....170

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – LICENÇAS MÉDICAS.....171
TABELA 2 – CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS PELO CID 10.....172

LISTA DE SIGLAS

APEOESP – Associação dos Professores do Estado de São Paulo

CID – Classificação Internacional de Doenças

CNS – Conferência Nacional de Saúde

COARE – Coordenação de Organização e Atendimento da Rede Escolar

CODEB – Coordenação de Desenvolvimento da Atenção Básica

DIREC 03 / BA – Diretoria Regional de Educação 03 / Bahia

DSM – Diagnóstico de Saúde Mental

LOS – Lei Orgânica da Saúde

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEA – População Economicamente Ativa

SEC / BA – Secretaria de Educação do Estado da Bahia

SUS – Sistema Único de Saúde

UEE – Unidade Escolar Estadual

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 16
OBJETIVOS 21
DELINEAMENTO METODÓLOGICO 22
2 SOFRIMENTO PSÍQUICO E MAL–ESTAR DOCENTE DE PROFESSORAS DA REDE PÚBLICA DE ENSINO 34
2.1 O CASO DA PROFESSORA MARTA: INVISIBILIDADE PATÓLOGICA 36
2.2 O CASO DA PROFESSORA AMABEL VIEIRA: VÍTIMA CULPABILIZADA? 44
2.3 ANÁLISE COMPARATIVA DOS CASOS MARTA E AMABEL 47
3 O TRABALHO DO PROFESSOR E A RELAÇÃO SAÚDE/DOENÇA 57
3.1 CONDIÇÕES DE TRABALHO DO PROFESSOR 64
3.2 O ESTRESSE COMO RESULTADO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO DO PROFESSOR 68
3.3 O MAL – ESTAR DOCENTE 74
4 ANÁLISE DA AMOSTRA DOCUMENTAL DA DIREC 03/BA COM FOCO NAS SOLICITAÇÕES DE LICENÇAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE E POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA 89
4.1 PROCEDIMENTO PARA OBTER LICENÇA MÉDICA NO DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS DO ESTADO DS BAHIA (DPME-BA) 93
4.2 LICENÇAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE E POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA 94
4.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE LICENÇA MÉDICA 95
4.4 RESULTADOS E DISCUSSÕES 96
4.5 LICENÇAS MÉDICAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE 107
4.6 LICENÇAS MÉDICAS POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA 118
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 124
REFERÊNCIAS 133
ANEXOS 144
ANEXO I – SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA 144
ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DA DIREC 03 PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA 145

ANEXO III – RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO–EXERCÍCIO 2012–DIREC 03 146
ANEXO IV – JUNTA E PERÍCIA MÉDICA DO ESTADO DA BAHIA 156
ANEXO V – DOCUMENTOS PARA OBTENÇÃO DE LICENÇA 169

1 INTRODUÇÃO

A nova ordem mundial não se constitui humana e igualitariamente, e vem transformando-se com uma nova roupagem de exploração, pautando-se no pressuposto de que as relações comerciais e industriais determinam as relações sociais.

Nessa perspectiva, o papel social da educação, o processo de produção e os processos educativos são marcados por concepções conflitantes e antagônicas. Para a classe dominante, a educação está subordinada à demanda do capital: potencializar o trabalhador para a apropriação apenas da técnica, fundamentada na ideologia da produção a fim de satisfazer as demandas do mercado. E na perspectiva da classe trabalhadora a educação deve estar voltada para fazer valer os seus interesses econômicos, políticos e culturais ampliando espaços de expressão, desenvolvendo suas potencialidades e apropriação do saber social.

Vivemos no mundo em crise acelerada, consequentemente arrematado pelo improviso, no qual a força física para o desempenho no trabalho foi cada vez mais sendo substituída pela capacidade cognitiva e afetiva para não mais produzir bens materiais, mas sim, para a produção em larga escala dos bens simbólicos. E aí pergunta-se qual o papel da educação nesse mundo contraditório, em que a ganância máxima no menor tempo foi elevada a categoria de valor universal? Como fica a formação humana quando o mundo retrocede em termos de valores humanos? Quais as condições para o desenvolvimento profissional quando na verdade o direito à saúde, ao emprego, e à moradia, etc. se tornam vulneráveis? De que forma o trabalhador da educação, com destaque ao professor, vem enfrentando essas tensões provocadas pela exigência do mundo do trabalho? Como o professor tem vivenciado e inventado saídas para a crise que se estabelece e é traduzida no chão da escola com seus pares, alunos e familiares?

Nesse contexto, a categoria docente é uma das mais expostas e demandadas dentre as categorias profissionais, sofrendo críticas e cobranças da sociedade, das instituições, dos alunos e de suas famílias.

O cenário educacional contemporâneo lança os professores num contexto de precarização da rede pública de ensino evidenciado através de péssimas condições de trabalho, com sobrecarga de tarefas e atribuições e baixos salários, aumento do número de alunos, pressão por qualificação profissional, falta de apoio institucional, o que vem acarretando uma crise política, socioeconômica, psico-afetiva e ética na vida dos professores.

Segundo Esteve (1999), os profissionais da educação tiveram que se adaptar às características evolutivas dos processos de trabalho, ainda que não se tenha vislumbrado melhorias no exercício docente.

A relação que os professores estabelecem com o seu trabalho e com as pessoas que se constituem como pares na execução das tarefas educativas provocam situações ambíguas como a satisfação e a insatisfação, o interesse e a desmotivação, a coragem e a fadiga, a saúde e a doença. Situações paradoxais que envolvem os docentes cotidianamente no exercício do ofício profissional.

No trabalho aqui apresentado, o foco de interesse é aprofundar a reflexão fazendo uma análise crítica acerca dos professores que são protagonistas desse cenário exposto e que desenvolvem um estado de adoecimento, apesar de resistirem e criarem estratégias de defesas, mas que por múltiplos fatores de ordem física, sociais e psíquicas apresentam sintomatologias, traduzidas em sofrimento e mal–estar, que promovem a necessidade do afastamento do trabalho para cuidar da saúde.

Segundo Delcor et al. (2004), o trabalho na vida dos indivíduos possui vários significados. Se por um lado faz o ser humano sentir-se feliz, realizado, por outro também pode se transformar em um elemento patogênico, tornando-se nocivo à saúde. Estudos realizados em todo o mundo apontam que os educadores correm o risco de sofrerem esgotamento físico e mental, levando-se em consideração as dificuldades materiais e psicológicas associadas ao

exercício da docência. No ambiente de trabalho, os processos de desgaste do corpo são determinados quase sempre pelo tipo de trabalho e pela forma como o mesmo está organizado.

O esgotamento físico e mental são sintomas que emergem na vida do professor a ponto de se transformarem em transtornos mentais graves, sinais que podem interferir no desempenho profissional e que de forma relevante e cuidadosa esse trabalho discute e analisa, dando foco à situação vivenciada pelos professores que solicitaram o afastamento do trabalho através das licenças, na jurisdição da DIREC 03/Ba, no período de 2011 a 2012, totalizando um ano letivo. Os documentos foram interpretados e analisados à luz dos pressupostos teóricos e metodológicos que embasaram esse trabalho.

Considero que o desenvolvimento do presente estudo seja relevante no âmbito de um Programa de Pós–graduação em Família na Sociedade Contemporânea pelo seu caráter interdisciplinar, uma vez que oportuniza a discussão acerca da relação saúde/doença dos professores solicitantes do afastamento do trabalho através das licenças médicas para tratar da sua saúde e por motivo de doença em pessoas da família, tema que promove um aprofundamento sobre questões relativas à tríade: educação, saúde e família. Essa discussão, pauta-se nas contribuições das áreas do conhecimento como Educação, Saúde, Psicologia, Psicanálise, Psiquiatria, Legislação em saúde e Educação e trabalho, saberes implicados na constituição das abordagens triadas pela Universidade Católica do Salvador (UCSAL) no seu *Stricto Sensu* em família.

Nessa direção, a pesquisa propõe uma reflexão sobre a relação saúde/doença dos professores nos contextos escolares levando em consideração as condições de trabalho, o seu estado de adoecimento representado através das patologias inscritas na Classificação Internacional de Doenças, o afastamento do trabalho provocado pela solicitação de licenças dos professores para tratamento de saúde, com destaque à necessidade do uso dessa prerrogativa legal também para acompanhar pessoa da família que requer cuidados.

Além disso, o trabalho enseja ser um contributo para análise da situação de saúde dos professores que constituem a jurisdição da DIREC 03, que nessa amostra ilustra os problemas vivenciados pelos mesmos, de forma universal. Nesse sentido, a presente pesquisa poderá servir de fonte para promover um debate acerca do tema apresentado, despertando o interesse para futuros trabalhos nessa área, envolvendo pesquisadores e pessoas interessadas na área de Educação, Saúde, Trabalho e Família, contribuindo com a comunidade científica, gerando novos estudos, buscando novas relações, promovendo de forma socialmente relevante, na busca de intervenções que possam melhorar a qualidade dos profissionais da educação.

O presente trabalho está estruturado em três capítulos que atendem as finalidades abaixo descritas:

O Capítulo I, Sofrimento psíquico e mal–estar docente em professores da rede pública, contendo os dois casos, Marta e Amabel, professoras que apresentam situações vivenciadas acerca do sofrimento psíquico e mal–estar docente como resultantes das condições de trabalho, das relações estabelecidas no âmbito escolar e institucional e das configurações construídas ao longo da itinerância profissional de ambas. O primeiro caso, da professora Marta ilustra todos os sentimentos relacionados à sua prática pedagógica somados às relações cotidianas com os alunos e colegas de profissão, tendo como foco a sintomatologia apresentada pela mesma, traduzida através das queixas, dos comportamentos desencadeados na prática pedagógica e principalmente as manifestações que envolvem o seu corpo nas dimensões biopsicossociais desenvolvidas sob a forma de patologias invisíveis para o Sistema de Ensino por não terem sido materializadas em solicitações de licenças médicas para o afastamento do trabalho dada as implicações que essa decisão acarretaria para a sua vida profissional e familiar.

Ao contrário dessa situação, a professora Amabel utiliza a prerrogativa legal do licenciamento para afastamento do trabalho, para fazer valer seus direitos de servidora pública diante de um quadro de adoecimento revestido por sete CID’s, que justificam a emissão do afastamento oficial emitido pelos médicos dando, de certa forma, visibilidade para as instituições competentes

ligadas ao trabalho e a saúde do professor. Diante desses casos ganha destaque nessas duas situações o estudo de sofrimento e mal-estar docente que oportuniza nessa pequena amostra a reflexão sobre a situação da saúde dos professores de forma universal.

No Capítulo II, intitulado *O trabalho do professor e a relação saúde/doença*, passo em revista o estado da arte que lida com o referenciamento sobre o estresse, o sofrimento psíquico e o mal–estar docente como um conjunto de elementos resultantes das condições de trabalho do professor. Evidenciam-se no estado da arte que arregimento, as frágeis e complicadas condições de trabalho de um lado, e as super exigências que a demanda por educação colocou para estes profissionais. Uma espécie de "corda atada entre dois abismos". Falta de condições para realizar o seu ofício, associado ao aumento significativo de atividades para dar conta das intensas mudanças do ato de educar na contemporaneidade. Neste espaço, promovo a discussão dos conceitos de sofrimento psíquico efetivando um recorte da sua especificidade para o universo docente, ao tempo em que recorro a um conceito que promove uma plasticidade maior a isto que poderia ser tomado – e o é, em muitos estudos – como sendo algo de ordem subjetiva. O adoecimento do docente tem o estatuto, portanto, de um mal-estar. Manifesta um adoecimento social que é histórico e sócio materialmente determinado.

No capítulo três dessa dissertação analiso os relatórios médicos dos professores das Escolas da jurisdição da DIREC 03/Ba no período correspondente a um ano letivo entre 2011/2013, dispositivos legais que justificam as licenças para tratamento de saúde, assim como as licenças por motivo de doença em pessoa da família.

O professor utiliza a licença para cuidar da saúde, em última instância, como recurso para solver os problemas de saúde. Isso significa que a partir de um olhar sobre a psicodinâmica do trabalho, tendo como referência a classificação disposta à exaustão nos documentos aqui mapeados, sobretudo no recurso ostensivo ao CID 10 e ao DSM IV, que reforçam a vulnerabilidade do docente mediante a medicalização. Esta se superpõe à responsabilidade

que os mecanismos sistêmicos transferem ao professor, que se torna uma espécie de bode expiatório das mazelas estruturais da educação.

Vale ressaltar que os professores, no seu percurso profissional construíram um estado de adoecimento e sofrimento que tem seus desdobramentos no final da vida profissional. Esses sintomas representam as patologias relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais aliados às doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido como variantes reveladas na análise dos documentos dessa pesquisa e fundamentados à luz da revisão bibliográfica apresentada no capítulo pertinente.

OBJETIVOS

O objetivo geral dessa pesquisa é compreender o sofrimento psíquico de professores e a sua interface com o trabalho, repensando a relação saúde/doença pelo afastamento das atividades docentes através da licença médica para tratamento de sua saúde, assim como por motivo de doença de familiares, a quem deve dispensar cuidados.

Os objetivos específicos pretendem: **(1)** Identificar os motivos de afastamento através de licença médica para cuidar da saúde, feita pelos professores do ensino fundamental e médio que pertencem às escolas estaduais que compõem a Diretoria Regional de Educação de Alagoinhas (DIREC/03). **(2)** Analisar os protocolos médicos triados dos arquivos das escolas, dando particular atenção aos laudos emitidos pelos médicos revelando diagnósticos que possibilitam uma leitura crítica apurada sobre as possíveis patologias apresentadas pelos professores no processo de afastamento do trabalho.

DELINEAMENTO METODOLÓGICO

No elenco dos procedimentos metodológicos está o delineamento, que tem papel importante na pesquisa científica. Kerlinger (1980, p. 94) afirma que: “A palavra delineamento focaliza a maneira pela qual um problema de pesquisa é concebido e colocado em uma estrutura que se torna um guia de coleta de dados e análise”.

Dadas as características específicas das questões apontadas, em particular pelo problema e justificativa, e para atingir os objetivos supramencionados, fez-se a opção metodológica pela pesquisa documental, por ser mais coerente com o contexto, com as ações dos sujeitos protagonistas dessa pesquisa.

Nesse trabalho utilizei dois recursos metodológicos: o da revisão de literatura e o da pesquisa documental. A coleta de dados voltou-se para a busca de material bibliográfico e documental que suscitasse uma reflexão sobre a problemática que envolve o sofrimento psíquico dos professores, como apresentado nos estudos especializados que aqui constituem o estado da arte por mim triado, bem como no garimpo de documentos em arquivos institucionais, aos quais tive acesso oficial.

Segundo Gil (1991), a revisão de literatura é descrita como a busca de informações sobre um tema ou tópico que explana a situação dos conhecimentos sobre um problema de pesquisa. O principal objetivo da revisão de literatura é fornecer uma síntese dos resultados de pesquisa, para auxiliar o profissional a tomar decisões. Esta ação metodológica é, nesta investigação, uma oportunidade de crítica, possibilitando uma montagem de redes semânticas, corroborando na elaboração de uma lógica que permite problematizar os interesses para a investigação, ao mesmo tempo em que problematiza um objeto complexo, usando do dispositivo da informação multi fonte para compreender com grau de profundidade necessário essa mesma complexidade. Neste tipo de estudo são abordados os tópicos relevantes sobre o tema, de forma a proporcionar ao leitor, uma compreensão do que existe

publicado sobre o assunto aqui triado na composição de um estado da arte seguindo o critério da pertinência. Assim, a revisão tem uma função integradora e facilita o acúmulo de conhecimento.

Foram selecionadas dissertações, teses, livros e artigos relativos à temática e aos objetivos delimitados. Trata-se de um estudo que recolhe esforços reflexivos de caráter explicativo. Na concepção de Silva e Menezes:

> A pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e atribuição de significados são básicos no processo qualitativo. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem. (SILVA; MENEZES, 2001, p. 20).

A pesquisa tem caráter descritivo, situando-se no campo das investigações qualitativas que se baseiam nas discussões teórico-críticas propiciadas pela aproximação dos estudos realizados sobre a realidade emocional dos docentes inscritos profissionalmente no sistema brasileiro de educação básica. A organização do material consiste do processamento da leitura, por meio de técnicas como fichamento, levantamento qualitativo de termos, cotejamento de descritores para estabelecer diferenças axiológicas, aproximações, tensões, complementariedade, contradições.

Considero, nesta elaboração, o caráter interdisciplinar do Programa de Pós-graduação em Família na Sociedade Contemporânea, uma vez que a discussão sobre família demanda contribuições de áreas diversas do conhecimento, como Psicologia, Sociologia, Saúde Coletiva, entre outras, saberes convocados na construção de abordagens fomentadas pela Universidade Católica no referido Programa.

O outro dispositivo metodológico aqui utilizado é a análise documental. Parto da consulta aos arquivos de relatórios médicos, pareceres e solicitações emitidas e recebidas pela direção das escolas que fazem parte da DIREC/03,

em que estão circunscritas as cidades de Alagoinhas e cidades circunvizinhas que constam nas pastas-arquivo dos professores das escolas em questão.

Esse trabalho apresenta características eminentemente sociais, daí a opção pela pesquisa qualitativa.

Colheu-se dados referentes ao período correspondente a um ano 2011/2012. Esse período é justificado pela referência do ano letivo que traduz em termos de tempo, o período de efetivo exercício do trabalho em sua dinâmica escolar. As atividades docentes são suspensas e, consequentemente, esses professores são substituídos, dado o caráter da prática da atividade docente, que não pode ser interrompido nem extinto, pois se trata do efetivo trabalhado que envolve sujeitos em formação.

O campo de investigação desta pesquisa é a DIREC/03. A escolha pelas escolas públicas estaduais justifica-se por alguns motivos que estão diretamente ligados ao problema e aos objetivos da pesquisa: **1.** por ser um campo mais vasto onde estão situadas 51 escolas na jurisdição da DIREC/03, numa abrangência regional – denominado na organização política e econômica como Território de Identidade 18 - Agreste de Alagoinhas/Litoral Norte; **2.** pelo contingente de 13 professores que tiveram suas licenças médicas analisadas, e pela informação de que os mesmos não estão em estágio probatório (o que os impediriam de gozar esse termo de licença, enquanto prerrogativa legal); **3.** porque abrangeria os professores de ensino fundamental e médio, pois em termos organizacionais as escolas estaduais possuem historicamente documentos com essas características, e, finalmente, **4.** pela disponibilidade para obtenção da coleta de dados. Nesse sentido saliento que foi solicitado o acesso aos documentos em primeira instância à Diretora Regional da DIREC/03, através da solicitação do Programa de Pós-graduação em Família na Sociedade Contemporânea (Anexo I), que o encaminhou às escolas pesquisadas através de ofício circular (Anexo II). As normas éticas de pesquisa preconizam não se tratar de pesquisa direta com seres humanos, donde, resguardando-se sigilo de elementos que pudessem revelar a identidade do pesquisado, a submissão da pesquisa ao comitê de ética torna-se facultativo.

Através dos Territórios de Identidade, a sociedade civil e os poderes públicos podem atuar conjuntamente para garantir eficiência na execução das políticas públicas. Um território reúne alguns municípios de acordo com critérios sociais, culturais, econômicos e geográficos. Hoje, a Bahia está dividida em 27 territórios de identidade. Estes são unidades de planejamento, execução e monitoramento das políticas públicas: fazem parte do Território Agreste de Alagoinhas/Litoral Norte que também compõem a DIREC/03: Acajutiba, Alagoinhas, Aporá, Araçás, Aramari, Cardeal da Silva, Catu, Conde, Crisópolis, Entre Rios, Esplanada, Inhambupe, Itanagra, Itapicuru, Jandaíra, Mata de São João, Olindina, Ouriçangas, Pedrão, Pojuca, Rio Real e Sátiro Dias (vide Figura 1).

A Unidade Regional da Secretaria da Educação, a DIREC 03 está situada no Território de Identidade Agreste Baiano/Litoral Norte, abrangendo 16 municípios, com um total de 51 Unidades Escolares, 18 anexos e 27.838 alunos matriculados na rede em 2012, com condições econômicas e culturais diversas. A nossa sede dista em aproximadamente 170 km das outras cidades que compõem o Território de Identidade 18.

Nos documentos oficiais, visualiza-se que a Escola é o foco do Plano de Gestão Educacional da DIREC/03, para garantir o direito ao percurso educativo digno, a melhoria da qualidade do ensino e aprendizagem significativa dos estudantes.

O Plano de Ação ali contido estabelece agir democraticamente na gestão educativa, balizado pela participação de toda a comunidade educacional, percebendo atividades que possibilitem focar uma concepção de Educação que a enxergue como processo e não necessariamente produto, pautando a aprendizagem como meta maior. Para garantir esse direito, a DIREC/03 vem articulando uma ampla mobilização com todos os municípios de sua jurisdição, além de efetivo acompanhamento e monitoramento às suas unidades escolares da Rede Estadual.

A declaração oficial contida no documento parece indicar o melhor dos propósitos: Garantir a todos os estudantes da escola pública o direito de aprender: esse é o grande desafio da Secretaria da Educação do Estado da

Bahia com o Programa Todos pela Escola, que conta com o compromisso do Governo da Bahia, a adesão das prefeituras, a colaboração dos gestores, educadores e a parceria das famílias. Com quais atores? Com quais condições estruturantes? Com qual dinâmica de funcionamento? Estas questões emergem do cruzamento dos dados da pesquisa, que colocam em relevo um preço altíssimo pago pelos professores, responsabilidades exponencialmente em suas performances, ao tempo em que vêm suprimidos direitos elementares em nível de profissionalidade.

Visando a qualidade da educação básica, a Secretaria articula um grande pacto do Estado com os municípios no sentido de integrar as redes e sistemas públicos de ensino, em regime de colaboração, para atender às crianças desde o processo de alfabetização.

Os enunciados dos documentos são intencionalmente explícitos: gestores e educadores da rede estadual propõem uma efetiva intervenção pedagógica nas escolas, no sentido de corrigir dificuldades dos alunos desde o início do ano letivo e, assim, garantir o sucesso no seu percurso educativo.

Junto com as famílias, os professores desejam mobilizar a sociedade para atuar como parceira da escola, no sentido de garantir que esse espaço de convivência, de troca de conhecimentos e de aprendizagens seja, de fato, extensão de suas casas para total acolhimento dos estudantes. Contudo, o que a literatura especializada aqui arrolada revela? E mais: o que a amostra documental aqui manejada coloca em relevo? Veremos a seu tempo.

O que os documentos oficiais enunciam, e o que a amostra documental (ANEXO V) que aqui manejo, apresentar duas realidades distintas. Uma que desenha o *melhor dos mundos possível*. A outra que, flagrantemente, diz que *o rei está nú*. Quer dizer, apresentam as vulnerabilidades sistêmicas a partir do adoecimento psicológico de agentes muito relevantes do sistema: os docentes. Se na letra dos documentos oficiais as intenções se apresentam as mais nobres possíveis, onde reside mesmo o problema que mostra a deficiência estrutural da educação básica no país, aqui sob a lupa que delimita esta evidência a partir do adoecimento dos professores, atores constituintes do processo educativo.

No universo da DIREC, fiz a opção para análise dos documentos seguindo alguns critérios: a escola onde está registrado o maior número de professores solicitando licença médica que é a escola que denominarei de A1 com doze professores. As escolas A2 com um professor, a A3 com dois professores e A4 com um, na qual é registrada uma solicitação de licença por motivo de doença em pessoa da família para cada instituição citada. Essas escolas foram escolhidas porque o foco de interesse dessa pesquisa versa sobre os afastamentos do professor para tratamento de saúde e a necessidade de acompanhar pessoa da família que está doente.

Os momentos da ação pedagógica, as manifestações de saúde-doença na relação com o trabalho acontecem no ambiente da escola, em que os traumas são constituídos e se revelam nas sutilezas trazidas de outros ambientes, principalmente do lócus familiar.

May (2004, p. 228) chama atenção no que se refere à pesquisa documental que é preciso não supor que os documentos são artefatos neutros. Eles precisam ser avaliados dentro do contexto social em que foram engendrados. Afirma o autor: “[...] aquilo que as pessoas decidem registrar, incluir ou deixar de fora, é informado pelas decisões que se relacionam ao ambiente social, político e econômico dos quais são parte”.

Na perspectiva da pesquisa social, os documentos são lidos como sedimentação das práticas sociais, tendo o potencial de informar e estruturar as decisões que as pessoas tomam diariamente e a longo prazo, constituindo-se também em leituras particulares dos eventos sociais. Vale ressaltar que a abordagem do documento no nível do significado enfoca as relações existentes do conteúdo a ser analisado, da abordagem a ser considerada e do enfoque científico que tem como base as teorias representadas. Conforme Bruyne (1991, p.16) “na realidade histórica de seu devir, o procedimento científico é ao mesmo tempo aquisição de um saber, aperfeiçoamento de uma metodologia, elaboração de uma norma”.

Enquanto constructo histórico, a pesquisa é validada tão somente pelos protagonistas do dinamismo social que, numa visão contemporânea, não é apenas atributo do investigador, mas das ações integradas dos atores que dela

fazem parte. É imprescindível reconhecer que além da consciência, sujeito e objeto são constitutivos de identidade, além de ser intrínseca e extrinsecamente ideológica. Nesse sentido, Minayo afirma que:

> Na investigação social, a relação entre o pesquisador e seu campo de estudo se estabelecem definitivamente. A visão de mundo de ambos está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto, aos resultados do trabalho e sua aplicação. (MINAYO, 1994, p. 14).

Essa afirmação vem corroborar com esse estudo por se tratar de um tema eminentemente social, no qual os atores apresentam suas queixas e sintomas de sofrimento e adoecimento através dos pareceres médicos escritos nos relatórios, documentos analisados nessa pesquisa. Imerso nesse contexto compreendemos à luz da teoria e do percurso metodológico o sofrimento psíquico de professores do ensino fundamental, tendo em vista o seu caráter social e qualitativo para a reconstrução do seu significado.

O sofrimento psíquico e o mal-estar docente se configuram como um fenômeno contemporâneo decorrente das condições de trabalho e da desvalorização profissional, ao que os especialistas nomeiam de processo de proletarização dos docentes. Os efeitos desses aspectos aqui apresentados pelos professores se desencadeiam em várias instâncias, em sentido específico no cotidiano da sala de aula e, de forma consequente, se desdobra no seio familiar do professor. De que forma esses sintomas são manifestados nesses ambientes, chegando ao limiar da suportabilidade desses professores a ponto de se afastarem da atividade laboral?

Pensando no mundo real e na degradação, fracassos e sofrimentos experimentados pelos professores acometidos pelo mal-estar, recorro à Bourdieu que em “A miséria do mundo” afirma:

> Levar à consciência os mecanismos tornam a vida dolorosa, invencível até, não é neutralizá-los; explicar as contradições não é resolvê-las, mas por mais ético que se possa ser sobre a eficácia

> social da mensagem sociológica, não se pode anular o efeito que ela pode exercer ao permitir aos que sofrem que descubram a possibilidade de atribuir seu sofrimento as causas sociais e assim se sentirem desculpados; e fazendo conhecer amplamente a origem social, coletivamente oculta, da infelicidade sob todas as suas formas, inclusive as mais íntimas e as mais secretas (BORDIEU, 2001, p. 735).

Esse estudo interdisciplinar está inserido numa perspectiva qualitativa de investigação. Minayo (1999) destaca que esta objetiva incorporar o significado e a intencionalidade das comunicações, faladas ou escritas, produzindo dados descritivos.

Pensar a análise documental como dispositivo da pesquisa referente ao mal-estar docente e as implicações familiares é decidir sobre a originalidade dos resultados sem ser arbitrário, é perceber, observar e analisar através da leitura cuidadosa o texto e o contexto para efetivação do percurso metodológico baseando-se numa perspectiva crítica e reflexiva sobre os documentos, as palavras e as coisas escritas através dos registros contidos no documento.

> A etapa de análise dos documentos propõe-se a produzir ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender os fenômenos. É condição necessária que os fatos devem ser mencionados, pois constituem os objetos da pesquisa, mas por si mesmos, não explicam nada. O investigador deve interpretá-los, sintetizar as informações, determinar tendências e na medida do possível fazer a inferência (SÁ et al., 2009, p. 10).

A pesquisa é assim considerada, como atividade básica da ciência na sua construção da realidade. Responde a questões complexas como também muito particulares, se preocupa com o nível de realidade que no seu dinamismo histórico-social não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondente a um espaço mais profundo das relações, dos processos e fomentos que se estabelecem dinamicamente e que não podem ser reduzidos apenas à operacionalização de variáveis e instrumentos quantitativos.

Trabalhar com o sofrimento psíquico de professores: uma interface com o trabalho e a necessidade de cuidar da família, suscita fazer a opção metodológica da investigação documental realizada através de documentos extraídos no interior de órgãos públicos de natureza relacional nos campos da educação/saúde, envolvendo pessoas-professores, através da leitura, interpretação e análise dos registros coorporificados em requerimentos, protocolos e laudos médicos solicitados pelos docentes implicados na pesquisa, apresentados na condição de solicitantes dos pedidos de licença para cuidar da saúde ou acompanhar familiares em estado de adoecimento.

Esse trabalho apresenta uma apreciação das fontes documentais, especialmente no que diz respeito às investigações no campo da educação e saúde. Procura explicitar a abordagem tipológica e a considera através da metodologia da pesquisa relacionada com o uso da análise documental, na investigação histórico-social voltada para o binômio saúde/doença e o processo de adoecimento dos professores, desdobrando-se em pedidos de afastamento do trabalho para tratamento de saúde.

Colocar em destaque a pesquisa documental implica trazer para a discussão uma metodologia que é “pouco explorada não só na área da educação como em outras áreas das ciências sociais”. (LÜDCKE; ANDRÉ, 1986, p. 38).

A amplitude e riqueza das informações que podemos extrair e resgatar justifica o seu uso nessa pesquisa, pois possibilita aprofundar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita da contextualização histórica e sociocultural.

> [...] o documento escrito constitui uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais. Ele é evidentemente insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas. Além disso, muito frequentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridos num passado recente. (CELLARD, 2008, p. 295).

Compreender o adoecimento psíquico dos professores a partir da análise dos documentos citados possibilita analisar, compreender e interpretar a letra fria dos pareceres médicos que sobre a égide do poder de quem escreve, avalia e delibera, nesse caso específico o médico viabiliza o entendimento das informações e das complexas relações estabelecidas entre os requerentes medicados institucionalmente pelo Estado.

Pretende-se compreender que a análise dos documentos, o seu manuseio e manejo eclodem as compreensões que tornam vivas as letras duras e frias, por vezes estáticas dos registros que frequentemente passam ao largo de uma atenção maior por parte dos órgãos competentes na área de educação e saúde.

As ambiguidades e tensões da pesquisa documental são ilustrativas nas afirmações de Foucault (1991) fazendo referências aos seus estudos da medicina, da doença mental, da sexualidade e da criminalidade.

> Se estender às “práticas” como as do encarceramento dos loucos, ou da clínica médica, ou da organização das ciências empíricas, ou da punição legal foi para estudar o inter-jogo entre um “código”, que regra as maneiras de fazer as coisas (como as pessoas devem ser guardadas e examinadas, as coisas e signos classificados, os indivíduos treinados, etc), e uma produção de discursos verdadeiros, que servem para descobrir, justificar e fornecer razões e princípios para essas maneiras de fazer as coisas (FOUCAULT, 1991, p. 79).

Nesse sentido, May (2004) refere-se à Foucault quando aborda sobre as razões e princípios para normatização e controle de condutas, revelados através dos documentos.

> O trabalho de Michel Foucault é um projeto crítico que não é tão preocupado com a relação entre o autor e o documento, mas as maneiras nas quais a utilização de um documento está ligada ao presente como os atos escritos históricos estão ligados inevitavelmente aos usos correntes. (MAY, 2004, p. 214).

Análise documental, enquanto destaque metodológico para atingir os objetivos e compreender o objeto de pesquisa aqui apresentado, contribuirá com o aprofundamento teórico, a análise do discurso e a performance apresentada pelos sujeitos apresentados nos registros documentais a serem analisados a seu tempo.

A pesquisa social tem sido marcada pela necessidade de viabilizar a possibilidade de investigação pela pesquisa qualitativa. Esse tipo de pesquisa costuma ser direcionada ao longo do seu percurso tendo em vista que seu foco de interesse é amplo e seu caráter descritivo incrementa o contrato direto e interativo do pesquisador com o objetivo de estudo. É necessária a compreensão do fenômeno tendo em vista a perspectiva dos atores implicados da situação estudada e, a partir desse ponto, a interpretação dos fenômenos estudados.

Godoy (1995) ressalta as diversidades existentes entre os trabalhos qualitativos apontando as características essenciais e capazes de identificar uma pesquisa desse tipo, a saber: o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental; o caráter descrito; o significado que as pessoas dão às coisas e a sua vida como preocupação do investigador; enfoque dedutivo.

> A expressão ”pesquisa qualitativa” assume diferentes significados no campo das ciências sociais compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam a descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Tem por objetivo traduzir expressar o sentido dos fenômenos do mundo social. Trata-se de reduzir a distância entre indicador e indicado, outra teoria e dados, contexto e ação. (MAANEN, 1979, p. 520).

A fonte dos dados, nesse caso em específico dados documentais, pois se trata de documentos legais (laudos médicos) são caracterizados como fontes primárias.

Os sujeitos são efeitos de discursos e esses efeitos são produzidos no interior de inúmeras e concretas relações institucionais, sociais e econômicas, que não existem senão nos corpos. Nesse sentido Foucault afirma que:

> [...] Sobre o corpo se encontra o estigma dos acontecimentos passados do mesmo modo que dele nasceu os desejos, os desfalecimentos e os erros; nele também eles atam e de repente se expirou, mas nele também se desatou, entram em Cuba, se apagou uns aos outros e continuou seu insuperável conflito. (FOUCAULT, 1992, p.22).

Foucault (1992), discorrendo sobre a milenar prática da literatura de *moi* (“escrita de si”., p. 218), mais uma vez distingue discurso e sistemas simbólicos, admitindo que estes obviamente, sejam também ativos na produção do sujeito. “Embora seja verdade que o sujeito é constituído, simbolicamente ele é, sobretudo constituído por práticas reais, historicamente analisáveis. Há toda uma tecnologia de produção do sujeito que atravessa, perturba e até desestabiliza os sistemas simbólicos ao mesmo tempo em que deles se serve”. (DREYFUS; RABINOW, 1984, p. 344).

O que ensina Foucault sobre a análise documental, afirmando que, para ele, não se trata de verificar se os documentos são “sinceros ou falsificadores, bem informados ou inocentes, autênticos ou alterados [...] com o intuito de reconstruir, a partir do que dizem estes documentos às vezes com meias – palavras –, o passado de onde emanou e que se dilui, agora, bem distante deles” (FOUCAULT, 1995, p.7). Trata-se de considerar tarefa primordial “não interpretá-lo [documento], não determinar se diz a verdade nem qual o seu valor expressivo”. (Ibidem)

2 SOFRIMENTO PSÍQUICO E MAL–ESTAR DOCENTE DE PROFESSORAS DA REDE PÚBLICA DE ENSINO

> A vida plena é um processo, não um estado de ser; É uma direção, não um destino; A direção representada “pela vida plena” é aquela que é acolhida pelo organismo total, quando existe liberdade psicológica para se mover em qualquer direção. (ROGERS, 2009, p. 165)

Na condição de professora durante três décadas nos âmbitos da Educação Básica e no Ensino Superior, pude vivenciar de perto a labuta dos professores com experiência, os quais convivi e pude testemunhar, durante este percurso, intercorrências indicadoras de sofrimento psíquico de parte significativa de colegas com quem trabalhei, coordenei, dirigi, testemunhos decorrentes do exercício profissional.

Evidente que foram intermitentes, no percurso, a presença de experiências de muita satisfação e lucidez derivadas do comprometimento desses professores com a profissão que abraçaram. Todavia, sempre me chamou a atenção as queixas e sofrimentos expressos, tanto na formação inicial, quanto no trabalho efetivo da sala de aula. A formação sempre foi recheada pelos dilemas comuns suscitados pelas exigências emitidas institucionalmente através das demandas curriculares e, em específico, no período de estágio, momento que causava insegurança frente ao novo, ao desconhecido, manifestado pelos profissionais como um misto do desejo de acertar e se constituir como um bom professor e como um profissional competente. Pude presenciar esse fenômeno porque era protagonista desse processo de formação na condição de professora e supervisora de estágio. Com relação ao trabalho desenvolvido em sala de aula, também observei, ouvi, acolhi e compartilhei as nuanças vividas pelos professores em sua trajetória pedagógica cotidiana.

Do meu lugar, pude assumir um papel de observadora e de interventora, porque a mim cumpria conduzir certos processos formadores e ajustadores de

roteiros pedagógicos, situação algo ambígua, porque acompanhava de modo contíguo as estagiárias e as professoras experientes no mesmo cenário escolar. As iniciantes se expressavam acerca do sofrimento decorrente da insegurança do não vivido e dos desafios propostos obrigatoriamente pela formação. E as veteranas, sentindo paradoxalmente as mesmas coisas, a insegurança por não se sentirem capazes de atender as demandas do sistema, por estarem atônitas frente às questões disciplinares, por se sentirem cobradas em demasia pelas famílias, além de, claro, se sentirem premidas frente aos problemas trazidos pelos alunos a partir de suas realidades concretas. Nesse contexto, essas professoras também vivenciaram concomitantemente o adoecimento psíquico, as pressões decorrentes da necessidade de atender as solicitações dos maridos ou filhos que, também, exigiam cuidados e atenção, maximizando, dessa forma, as variantes que afluíam para o aumento do grau de sofrimento que vivenciavam. O vivido pode ser caracterizado, portanto, enquanto desafio camuflado de incerteza das exigências institucionais, das políticas públicas, das condições de trabalho, isso somado à vida pessoal e familiar.

Nesse itinerário, sempre me chamou a atenção as frequentes queixas, pelos sintomas de insatisfação, silêncio, mal-estar e sofrimento apresentados nos momentos de conversas informais, de reuniões de planejamento e avaliações.

Nos contatos informais vividos na escola, que se constituíam em oportunidades de desabafo, pude perceber, progressivamente, que esses problemas iam avançando, a ponto de sentir que os mais resistentes criaram alternativas de superação de todo o sofrimento vivido no seio do trabalho e o que mais me sensibilizava eram os sinais apresentados por aqueles mais frágeis. Foram muitas escolas visitadas, muitos professores observados e uma infinidade de alunos com os quais pude fazer contatos.

É desses professores de quem testemunhei de muito perto o sofrimento vivido como profissionais e que me ocupo nesta investigação, ao construir minha reflexão acerca de variantes que se projetam e ajudam a compreender suas vulnerabilidades visíveis nos âmbitos escolar, profissional, familiar. Como

dispositivo detonador de minha motivação para esta pesquisa resgato o caso que mais me chamou a atenção e sempre ensejou a organização reflexiva que aqui proponho, no afã de compreender os fatores mais relevantes que provocam o adoecimento desses profissionais e membros de família. Trata-se da situação da professora Marta[1], que aproximadamente durante cinco anos pude acompanhar. A professora se encontra num estado doentio, apesar de continuar atuando em sala de aula, e o que é pior, com as crianças mais novas da escola, com faixa etária de 0 a 6 anos.

2.1 O CASO DA PROFESSORA MARTA: INVISIBILIDADE PATOLÓGICA

Professora Marta, chamada na escola de “a professora problemática”[2], mulher negra, 49 anos, solteira, dois filhos (uma de 17 anos e outro de 26 anos), tem dois netos, mora em uma casa emprestada pela tia há 27 anos. Além das pessoas citadas, mora com ela um irmão mais novo (42 anos), do qual a mesma “toma conta” até hoje. Ficou órfã muito cedo, foi criada pela madrasta, tem um aspecto físico de descuidada. Está sempre mal vestida, inclusive no ambiente profissional, arrastando um chinelo, cabelos assanhados, com manchas de sujeira nas vestimentas. Parece não se cuidar. Aparentemente a higiene básica com o corpo deixa a desejar, apresenta cheiro desagradável e mau hálito. Às vezes a professora é confundida como servente da escola, como cozinheira ou como mãe. Quase nunca é identificada como professora. E quando é assim reconhecida, causa estranhamento às visitas que chegam à escola. Esse é o quadro estigmatizado da professora, traduzido também pelas falas e expressões dos seus pares. Mas este é tão somente um aspecto visível, palpável das manifestações do seu mal-estar, bem mais profundo e muito mais complexo que o plano das aparências.

---

1 Homônimo utilizado em respeito ao protocolo de ética em pesquisa.

2 As expressões aspeadas são fidedignas às falas dos sujeitos nos quais me inspiro para realizar esta pesquisa.

Já tem 30 anos de serviço e informa que seu acesso ao Sistema de Educação foi através de “um pistolão”. Depois de cinco anos foi efetivada como estatutária, “nesse período era difícil passar em concurso e quando tinha, passavam as cartas marcadas”. Hoje a professora assume o regime de trabalho de 40 horas, atuando no matutino e vespertino. Já lecionou na Educação de Jovens e Adultos, Ensino Fundamental nos anos Iniciais, com a justificativa da diretora da escola de ser essa turma “mais fácil em termos de conteúdo e também melhor para controlar”. A mesma fez o curso de Pedagogia, é especialista em Psicopedagogia e participa de todos os cursos oferecidos pelo Sistema de Educação. A professora revelou que as outras ocupações do seu cotidiano são estritamente domésticas e religiosas, porque é “evangélica e assídua na igreja”. Seus momentos de lazer e diversão resumem-se em atividades na igreja como cultos, vigília, casamentos e quando recebe o salário, sai para comer pizza.

Trabalha nessa escola há vinte anos, pois se sente muito cansada e precisava trabalhar numa escola do bairro perto da sua residência. Ensina crianças porque se sente “melhor trabalhando com os menores, já que tem problemas com os maiores”.

Quando se refere ao seu estado de saúde queixa-se de: cansaço físico, fadiga, crise de garganta (rouquidão) devido ao recurso que usa com frequência com os alunos: interpelação aos gritos. Revelou que nunca se afastou para tratamento de saúde ao afirmar que: “até precisava para tomar conta dos meus filhos e netos e irmão quando ficam doentes”. A professora nunca admite ter problema de saúde. Todas as vezes que questionei sobre as licenças prêmios a que tem direito, sempre reticente, afirmava: “Nunca tirei, porque não quero ficar em casa. Prefiro ir para o colégio trabalhar”. Ainda afirma: “Aparentemente não sinto nada, nunca vou ao médico, só sinto cansaço físico, pressão alta, fadiga, angústia e insatisfação. E isso para mim não é doença”. Percebe-se que para a professora aceitar a condição de doente a ponto de solicitar o afastamento do trabalho lhe causa constrangimento, porque não reconhece a fadiga, a pressão alta e o cansaço como sinais de adoecimento.

Reconhecer tudo isso é reconhecer o fracasso frente aos pares, aos superiores e ao sistema de educação. Nesse sentido, Dejours (1992, p. 29) afirma que a reticência em falar de doença e sofrimento é histórica e maciça:

> Quando se está doente tenta-se esconder o fato dos outros, mas também da família e dos vizinhos. É somente após longas voltas que se chega, às vezes, a atingir a vivência da doença que se confirma como vergonha: bastou uma doença ser evocada para que, em seguida, venham numerosas justificativas, como se fosse preciso se desculpar. Não se trata da culpa no sentido próprio que refletiria uma vivência individual, e sim de um sentimento coletivo de vergonha.

Contraditoriamente, a professora Marta diz que gosta de estar com as colegas e alunos, apesar de estes serem “danados”. Quando falávamos sobre os conflitos no ambiente de trabalho, a professora Marta sempre reclamava da desunião das colegas, da falta de coletividade, do desinteresse dos alunos e dos pais. Confessou que um dos seus maiores medos é de perder o emprego e de não ser reconhecida como professora. As suas inseguranças estão sempre relacionadas aos problemas com os alunos, pois se sente desamparada, porque nem a coordenação, nem a direção tomam providência para ajudá-la. Quando indaguei sobre os momentos em que se sente estressada, a mesma revelou o que acontece quando está cansada, nervosa: não consegue dormir. Em suas próprias palavras: “Sinto dor no peito, dor de cabeça, dor no coração, muita fadiga. Fico aliviada quando vou à igreja e peço a Deus para renovar minhas forças”. Quando se trata do seu desempenho reconhece que: “Preciso melhorar mesmo, me dedicar mais e procurar ajuda, porque sozinha não consigo fazer nada”. Para o futuro pensa em conseguir ter uma casa, um carro e viver bem, além de descansar, casar e aposentar-se.

Como pessoa, manifesta uma espécie de falta de integração em seu comportamento que sói manifestar arredio, e quando alguém se aproxima para conversar, o seu discurso se mantém na queixa interminável, tendo como foco o “outro”. Esse “outro” são os alunos, que a mesma interpela com os mais diversos apelidos: esses “diabos, cabruncos, insuportáveis, burros, pestes, cães” e, quando se refere à família, aos pais, se expressa como “um bando de

irresponsáveis que aparecem e trazem os filhos para cá, só tem maconheiros, cachaceiros".

A professora Marta apresenta, através da sua narrativa pessoal e turbulenta, as dimensões da sua vida entrecruzada nos aspectos econômicos, quando se refere à desvalorização profissional através do rebaixamento salarial, das questões políticas do mundo do trabalho que a tornam insegura, a ponto de verbalizar que seu maior medo é perder o emprego e sua insegurança, de não ser reconhecida como professora tanto pelos pares quanto institucionalmente, e de forma ampliada pela sociedade.

Quando se refere aos seus pares, professores e funcionários sempre diz: "elas querem ser as boazonas, as melhores, tudo um bando de preguiçosas e enroladas". Quando fala de si, a professora evidencia os melhores adjetivos: "responsável, preocupada, interessada, faz o melhor com os alunos, porém eles é que não aprendem". Curioso é que a professora Marta nunca falta às aulas, mesmo quando está doente. Parece que ir para o trabalho a livra de situações não muito boas vividas no seio familiar, porque várias vezes expressou: "se pudesse, nem ia para casa".

Nesse sentido, Dejours (1992), problematizando a relação trabalho/saúde, defende que o trabalho não é apenas fonte de doença e de infelicidade, podendo ser também, ao contrário, operador de saúde e prazer. Portanto, ele nunca é neutro em relação à saúde podendo tanto favorecê-la, quanto contribuir para o adoecimento.

Esse caso específico e emblemático representa e denuncia ao mesmo tempo a situação complexa por qual passaram os professores na sociedade, no mundo. Esses sujeitos, atores sociais protagonistas dos processos educativos de outras pessoas em formação, constrói a sua identidade de professores e enquanto pessoa na contradição que o trabalho e o convívio socioeconômico e cultural lhe confere:

> O sujeito, previamente vivido como tendo uma identidade unificada e estável está se tornando fragmentado; composto não de uma única, mas de várias identidades, algumas vezes contraditórias ou não

> resolvidas. ...O próprio processo de identificação, através do qual nos projetamos em nossas identidades culturais, tornou-se mais provisório, variável e problemático. Esse processo produz o sujeito pós-moderno, conceptualizado como não tendo uma identidade fixa, essencial e permanente. A identidade torna-se uma "celebração móvel"[...] O sujeito assume identidades diferentes em diferentes momentos, identidades que não são unificadas ao redor de um "eu" coerente. Dentro de nós há identidades contraditórias, empurrando em diferentes direções, de tal modo que nossas identificações estão sendo continuamente deslocadas. (HALL, STUART, 2006, p. 12-13).

É na contradição que se forja o sujeito social e cultural, que nas tensões e ambiguidades se basculam a sanidade e a doença, a subjetividade revela-se nos vários contextos de significação e criatividade. A professora citada nesse trabalho se manifesta na tensão entre o desconforto, a insatisfação, o desejo e o prazer provocado pelo ambiente do trabalho. Está consciente de que ir trabalhar ao invés de ficar em casa lhe propicia um alento sobre a sua condição contraditória.

Em momento de avaliação e relatos do estágio, algumas estagiárias chegaram a dizer, com medo de se comprometer, já terem visto a referida professora bater nos meninos, quando não lhes aplica castigos severos: "Já cheguei à escola, a encontrava no corredor e quando chegava à sala, a porta estava trancada e a chave em sua mão". Como ler essas contradições?

Como reação, as professoras desenvolvem defesas (DEJOURS, 1992), através das quais o *faltar para não faltar ao trabalho* (para não adoecer), as saídas constantes de sala de aula, as relações de desconfiança entre colegas de trabalho e demais profissionais, o individualismo e o desengajamento afetivo e cognitivo são recursos bastante utilizados.

A minha presença nunca inibiu seus gritos e chingamentos. Essas cenas sempre me deixaram perplexa, porque a cada ano a situação se agravava e a professora continuava trabalhando. Nesse estado de doença e sofrimento visível, sempre me perguntei: Por que ninguém toma providência? Por que a direção da escola não a encaminha para o serviço médico? Será que os coordenadores do órgão central da educação não têm conhecimento disso? E todas as vezes que perguntei às suas parceiras professoras, elas respondiam: "ela disse que não é doente e que vai continuar trabalhando até se aposentar".

A diretora disse que informou o caso para o órgão gestor e que a justificativa é que a professora não tem nenhuma doença que justifique seu afastamento, mesmo porque a mesma é que necessita realizar a solicitação. O caso apresentado da professora Marta é ilustrativo, porque no universo escolar, mesmo não se constituindo como regra, revela manifestações comuns e corriqueiras no âmbito educacional.

As condições de trabalho provocam situações subjetivas que são dimensionadas nas relações que se estabelecem no âmbito escolar. Tais situações aglomeram-se e cristalizam-se tornando o sistema da educação em todas as esferas de atuação como o lócus de construção e fomento de doenças.

A atividade laboral em situação que implica criatividade e transformação modifica o mundo, as relações e o homem que a executa. O trabalho, na sua ambiguidade, traz essencialmente o prazer e a dor da sua realização. O trabalho é possibilitador de recursos para a sobrevivência, manutenção da vida, ao mesmo tempo em que é gerador de medos, inseguranças, cansaço, sobrecarga física e mental. Inexoravelmente, essas contradições provocadas por esse trabalho levam o sujeito a mudar seus hábitos, experiências, comportamentos, pensamentos e emoções.

Seligmann (2010), quando se refere à escola de Psicologia do Trabalho que se edificou a partir das ideias e das pesquisas de Dejours, afirma que:

> Inicialmente centrou-se no estudo das dinâmicas que, em situações de trabalho, poderiam conduzir ao prazer ou ao sofrimento, e no modo como estas situações podiam seguir diferentes desdobramentos, inclusive naqueles que culminavam em sofrimento psíquico ou psicossomático. Ao longo do tempo essa escola ampliou seu enfoque transpondo as fronteiras do estudo da dinâmica saúde/doença. (SELIGMANN, *ibid.,* p. 13).

Finalmente, a professora revela não se sentir arrependida de ser professora, porque é dessa profissão que tira o sustento da família, mas se tivesse opção escolheria outro trabalho. Nos seus relatos, mesclados por

medos e inseguranças, a mesma revela que o professor tem muitos sofrimentos, tem salário baixo, sem condição de trabalho na escola, falta de reconhecimento das colegas e do diretor e da sociedade: “Quando comecei há trinta anos o professor era mais respeitado e valorizado.”

A história de vida da professora Marta, e a itinerância profissional a que a mesma está submetida, tem na sua dinâmica a contradição como traço da existência revelada pelo discurso.

As minhas indagações e preocupações sempre foram aumentando. Sem me conformar, procurei conversar com os professores mais próximos e a resposta mais plausível para essa situação de calamidade é que a professora não pede afastamento, com o argumento de que a solicitação e liberação da licença diminuiriam o seu salário, impactando nas suas condições de sobrevivência e, além disso, justifica que a ausência temporária da escola poderia instigar nos seus pares, indagações do tipo: “a professora deve estar passando por situações de depressão ou loucura a ponto de defrontar-se no limiar entre a sanidade e a doença, aspecto invisível durante toda sua trajetória”.

O afastamento para cuidar da saúde torna-se uma situação que depõe contra a sanidade mental, uma vez que a professora citada sempre foi considerada como louca. Numa tentativa de manter a performance saudável, é preferível sofrer todas as agruras que o estado da aparente normalidade pode vir a sugerir em detrimento de uma aceitação pelos pares, pela instituição, pelos alunos e por suas famílias de ser considerada uma “professora normal.”

Tudo isso que apresento no caso paradigmático dessa professora, através desse arrazoado que aqui construo é o que está me intrigando e me incomodando ao longo desses anos de experiência docente. Essa é a imagem que sempre me vem à mente, porque é representativo, além de ser o caso mais emblemático no universo de casos que revelam sofrimento psíquico dentre as situações dos professores apresentados nessa pesquisa, assim como os professores com quem convivi ao longo da minha itinerância profissional.

Nesse caso apresentado, vale ressaltar a minha indignação frente ao estado de adoecimento apresentado pela professora e a indiferença dos seus pares na convivência diária no âmbito escolar, e de forma extrema o pseudo desconhecimento e inoperância do Sistema de Educação em afastar a professora das suas atividades laborais, corroborando com a ampliação do problema de saúde, desajustes nas relações e os impactos exercidos sobre as crianças com as quais trabalha. Utilizando aparente justificativa de que a iniciativa pelo afastamento das atividades docentes deve partir sempre do professor, única pessoa interessada pelo seu estado de saúde, uma vez que ao longo dos anos nenhum acontecimento fatídico aconteceu; esses são argumentos de todas as pessoas que direta ou indiretamente estão ligadas a esse caso.

Tenho perguntado em que medida o sofrimento psíquico dos professores é gerador da crise de identidade profissional? Qual a relação entre condições de trabalho e a saúde dos professores? De que forma o sofrimento psíquico vem impactar nas relações sociais e familiares que se constituem no espaço escolar? Por que esses afastamentos só acontecem em última instância? Somando a tudo isso, qual é a relação de dependência que existe entre o sofrimento psíquico dos professores e a necessidade de apoiar os familiares doentes a ponto de se afastarem para cuidar dos mesmos?

A atividade docente é eminentemente cognitiva, social e intersubjetiva. O contato com essa temática e, simultaneamente, com a situação às vezes considerada dramática dos professores implicados nesse trabalho, nos impele a refletir sobre a situação em que se encontram muitos professores no exercício da docência. Os profissionais da educação, em particular os professores, como aponta Esteve (1999), têm sofrido tanto uma exigência de postura requerida pela sociedade, como problemas relativos aos recursos materiais e humanos.

Nesse sentido, Codo (1999) observa que o processo de resgate e a consequente dificuldade em se relacionar afetivamente com o usuário transformam o perfil eufórico, característico do início da carreira docente, em depressivo. Esse processo de desgaste pode levar à completa exaustão da

energia física e/ou mental, fazendo com que o profissional abandone seu trabalho, não por não mais desejá-lo, mas por sentir-se incapaz de realizá-lo, por perder a identificação que mantinha com a atividade.

Esteve (1999) afirma que as queixas apresentadas pelos professores pesquisados dizem respeito às condições de trabalho, incluindo-se nelas as condições físicas e as condições psicossociais. Segundo o autor, ressentidos com a desvalorização do seu trabalho, alguns professores adoecem, mas permanecem trabalhando, enquanto outros optam por abandonar a docência em busca de melhores condições de trabalho e de saúde em outras atividades ocupacionais.

> O mundo contemporâneo inaugurou uma nova ordem na relação do homem com o trabalho. O desenvolvimento globalizado aponta cada vez mais para a especialização, a tecnologia, a robotização, a desumanização dos contatos humanos e afetivos dentro dos âmbitos produtivos. Do outro lado da linha estão os profissionais que fazem do contato direto, sua condição de trabalho [...] aqueles chamados atualmente de profissionais de alto contato, os quais associam as longas jornadas de trabalho, o inevitável envolvimento com os problemas dos outros e a excessiva carga de trabalho em âmbitos potencialmente geradores de conflitos. (SANTOS; D'ÁVILA In. MASLACH; LEITER, 1999, 2010, p. 329).

É exatamente na direção dessas indagações, inquietações motivados pelo caso da professora Marta, que procurei situar o objeto dessa pesquisa, no campo da relação saúde/doença e trabalho docente frente às responsabilidades do possível afastamento do professor afetado por sofrimento psíquico no contexto do mal-estar docente, cujo cenário se compõe nas 51 (cinquenta e uma) escolas do ensino fundamental e médio da cidade de Alagoinhas e região circunvizinha.

2.2 O CASO DA PROFESSORA AMABEL VIEIRA: VÍTIMA CULPABILIZADA?

A professora Amabel Viera constitui-se como vítima de um processo do adoecimento decorrente da sua itinerância profissional e de todas as pressões experenciadas na profissão, reveladoras da necessidade de cuidar da saúde, uma vez que as solicitações de licenças médicas trazem no seu escopo, indicadores de patologias que referendam as emissões de pareceres médicos para o seu afastamento das atividades laborais. Esse caso vem ilustrar a situação de muitos professores que vitimizados pelo sofrimento psíquico e pelo mal–estar docente, não possuem outras alternativas para a cura do seu adoecimento, restando-lhe apenas a utilização dos recursos legais para minimizar situação do seu quadro patológico, tendo em vista que o afastamento do trabalho docente constitui-se como uma estratégia para o alívio das suas dores físicas, psíquicas e sociais. A descrição do caso Amabel revela-se, enquanto material para análise do tema proposto desse trabalho.

> Amabel Vieira, não tem condições de exercer suas funções laborativas por apresentar um diagnóstico de lesão meniscal Joelho de LCA classificado no CID 10 por M23.2 e M24.6, sendo submetida aos procedimentos médicos e fazendo-se necessário o afastamento de suas atividades laborais, bem como, apresenta incapacidade para o laudo do parecer médico de doença neuropsiquiátrica classificado no CID 10 por R42, R45.0, R51, F32, F41 e F51 devendo se afastar do trabalho e tem indicação de duas Licenças Médicas sendo pelo prazo de 60 dias cada, totalizando 120 dias.
>
> **Relatório Médico:**
>
> O (a) paciente Amabel Vieira, foi atendida nesta clínica, em caráter de emergência com diagnóstico de lesão meniscal Joelho de LCA CID M23.2 e M24.6, apresentando dor e edema xxxxxxxxxxxxxxx e foi submetida aos seguintes procedimentos: xxxxxxxxxxxx, sendo necessário afastamento de suas atividades laborais p/ 60 dias.
>
> **PARECER MÉDICO DE DOENÇA NEUROPSIQUIÁTRICA**
>
> A Sra. AMABEL VIEIRA, 50as, professora, continua incapaz para o laudo por CIDs: R. 42 (tonturas), R. 45.0 (nervosismo), R. 51 (cefaléia) e CID F. 51 (dissonia) por CID: F. 41 (ansiedade) por CID: F. 32 (depressão) que a IMPEDE de desenvolver atividades letivas para própria subsistência.
>
> Continua em uso de tiamina e paroxetina.
>
> Solicito afastamento de atividades letivas por 120 (cento e vinte) dias para diagnose e estabelecimento de conduta terapêutica.
>
> Data, assinatura e carimbo do médico psiquiatra
>
> **Descrição do CID 10 por F32 - Episódios depressivos**

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e frequentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos "somáticos", por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave. Inclui: Episódios isolados de (um) (uma): - depressão: - psicogênica – reativa - reação depressiva. Exclui: Quando associados com transtornos de conduta em F91.- (F92.0), Transtornos (de): - adaptação (F43.2) - depressivo recorrente (F33.-)

Assinatura, carimbo e CRM do médico assistente

Descrição do CID 10 por F41 – Outros transtornos ansiosos

Transtornos caracterizados essencialmente pela presença das manifestações ansiosas que não são desencadeadas exclusivamente pela exposição a uma situação determinada. Podem se acompanhar de sintomas depressivos ou obsessivos, assim como de certas manifestações que traduzem uma ansiedade fóbica, desde que estas manifestações sejam, contudo, claramente secundárias ou pouco graves.

Descrição do CID 10 por F51 - Transtornos não orgânicos do sono devidos a fatores emocionais

Em numerosos casos uma perturbação do sono é um dos sintomas de um outro transtorno mental ou físico. Saber se, num dado paciente, um transtorno de sono é uma perturbação independente ou simplesmente uma das manifestações de outro transtorno classificado em outra parte no Capítulo V ou em outros capítulos da CID-10 deve ser determinado com base nos elementos clínicos e da evolução, assim como a partir de considerações e de prioridades terapêuticas no momento de consulta. Como regra geral, este código deve ser utilizado juntamente com outros diagnósticos pertinentes que descrevem a psicopatologia e a fisiopatologia implicadas num dado caso, quando a perturbação do sono é uma das queixas preponderantes e quando é vista como uma afecção per si. Esta categoria compreende unicamente os transtornos do sono que são essencialmente imputáveis a fatores emocionais não-orgânicos, e que não são devidos a transtornos físicos identificáveis classificados em outra parte. Exclui: Transtornos de sono (de origem orgânica) (G47.-).

Descrição do CID 10 por R42 - Tontura e instabilidade

Correspondem a: Tontura é algo que experimentamos ocasionalmente, e nem sempre sabemos dizer a causa. Muitas vezes é algo leve e passageiro, e outras são bastante sérias e nos leva a ter de ir ao médico para saber sua causa. Tontura é um sintoma que

pode significar várias coisas. E por ser um sintoma extremamente subjetivo, ou seja, só quem sente pode dizer o que sente, necessita que o paciente seja bem completo na descrição dos sintomas, pois somente assim o médico pode dar um diagnóstico correto. Com instabilidade (do latim *instabilis*) é denominado algo que: balança, oscila, treme, sem se firmar tem ausência de constância, de permanência tem falta de segurança, de certeza.

Descrição do CID 10 por R45.0 – Nervosismo

Informa que: Ansiedade, ânsia ou nervosismo é uma característica biológica do ser humano, que antecede momentos de perigo real ou imaginário, marcada por sensações corporais desagradáveis, tais como uma sensação de vazio no estômago, coração batendo rápido, medo intenso, aperto no tórax, transpiração etc.

Esses dois aspectos, tanto a ansiedade quanto o medo, não surgem na vida da pessoa por uma escolha. Acredita-se que vivências interpessoais e problemas na primeira infância possam ser importantes causas desses sintomas. Além disso, existem causas biológicas como anormalidades químicas no cérebro ou distúrbios hormonais. Ansiedade é um estado emocional que se adquire como consequência de algum ato.

Descrição do CID 10 por R51 – Cefaléia

Definido como: Cefaléia, ou “dor de cabeça” como popularmente é conhecida, constitui problema frequente na população em geral, sendo uma das causas mais comuns de busca de atendimento médico. Ela pode ocorrer isoladamente como manifestações de um complexo sintomático agudo, como a enxaqueca (cefaléias primárias), ou pode fazer parte de uma doença em desenvolvimento, como infecções, neoplasia cerebral ou sangramentos intracranianos (cefaléias secundárias).

Descrição do CID 10 por M23.2 - Transtorno do menisco devido à ruptura ou lesão antiga

Corresponde à doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.

Descrição do CID 10 por M24.6 - Ancilose articular

(do Grego ἀγκύλος, dobrado) é uma rigidez de uma articulação, resultado de uma lesão ou doença. A rigidez pode ser completa ou parcial e pode ser devida a uma inflamação das estruturas musculares ou tendinosas fora da articulação ou dos tecidos da própria articulação.

2.3 ANÁLISE COMPARATIVA DOS CASOS MARTA E AMABEL

A análise dos documentos (Anexo IV) apresentados acerca do processo de adoecimento, sofrimento psíquico e mal-estar docente com o caso da professora Amabel Vieira que apresenta, nos seus relatórios médicos psiquiátricos e osteomusculares, um total de 07 diagnósticos do CID 10 por F, M e R que se constituem pelo discurso médico em: Episódio Depressivo, Outros Transtornos Ansiosos, Transtornos Não Orgânicos do Sono Devido a Fatores Emocionais, Transtornos do Menisco devido à Ruptura ou Lesão Antiga, Ancilose Articular, Outros Transtornos Articulares Específicos, Nervosismo e Cefaleia.

O foco nesse caso justifica-se pelo recorte feito no universo dos casos estudados, na tentativa de fazer um estudo comparativo com o primeiro caso (da professora Marta), que possibilitou a problematização dessa pesquisa relacionando com esse caso (da professora Amabel), que oportuniza a reflexão apurada para finalizar o detalhamento dos documentos apresentados. Esse caso tem o seu destaque nesse trabalho pelo quantitativo de CID's diagnosticados e suas especificidades, o que causou em primeira instância indignação. Como o professor pode apresentar tantos sintomas apresentados pelo CID 10, e manter-se trabalhando por tanto tempo? E merece uma atenção acerca dos questionamentos feitos pelo diagnóstico universalizado e controlador que se apresenta através do Código Internacional de Doenças, na sua materialização em pareceres médicos e a ausência desse dispositivo no caso Marta, que não inviabiliza os sintomas, nem o diagnóstico, nem as patologias muito menos o estado de adoecimento enfrentado pela mesma. Quero com essa situação apresentada evidenciar a existência do estado de adoecimento e mal-estar, que abate a professora Marta, escrito na introdução desse trabalho, que de forma significativa existe uma sintomatologia sentida, mas invisível para o olhar do poder médico e dos órgãos competentes para emissão de licença, porque jamais foram enunciados para esse fim.

E o caso da professora Amabel que deu visibilidade das suas patologias no ambiente escolar e na perícia médica, mas que não permite maiores detalhamentos por se tratar dos indicadores que aparecem nos documentos e que só me possibilita fazer inferências sobre a sintomatologia comparada pela descrição do manual classificatório das doenças.

Estes dispositivos foram motivadores e legitimadores do afastamento das atividades laborativas da professora Amabel, que foram traduzidas em duas licenças médicas, totalizando 120 dias de afastamento. Esse foi o caso mais representativo e ao mesmo tempo curioso dessa análise, pelo número de diagnóstico através do CID 10 e inicialmente pelas especificidades das patologias, que após uma avaliação posterior mais refinada e um estudo aprofundado dos diagnósticos apontados pela OMS, me fez compreender a generalização de tais doenças enquanto universais.

O estado patológico apresentado nos relatórios médicos evidenciam que apesar das especificidades, digo, os CID's por F que se caracteriza por depressão, ansiedade e dissonia, todos esses sintomas apresentam uma série de reações e manifestações encadeadas, em seguida os CID's por R cefaleia, nervosismo e tontura, que também constam na descrição do estado depressivo, aponta um quadro que aglutina todos os sintomas e que também aparecem no CID 10 por M23.2 e M24.6 que são transtornos osteomusculares interdependentes dos estados neuropsiquiátricos, uma vez que o código de doenças apresenta as descrições sem nenhuma analogia e interdependência entre os sintomas, porém a sintomatologia apresentada nos relatórios denotam a indissociabilidade dos sintomas, uma vez que a professora enquanto sujeito historicamente situado, em essência é indivisível e integrado.

Gueland (2010) relaciona um referencial específico denominado de carga psíquica do trabalho referente às duas ordens e fenômenos citados por Gueland et al. (1975), afirmando que se costuma separar a carga física de um lado, a carga mental de outro. Por trás da noção de carga mental há uma mistura de fenômenos de ordem neurofisiológica e psicofisiológica: variáveis psicosensoriais, sensoriomotoras, perceptivas, cognitivas, etc. e fenômenos de ordem patológicos, psicossociológicos ou mesmo sociológicos, tais como variáveis do comportamento, de caráter, psicopatológicas, motivacionais (GUELAND et al., 1975 in DEJOURS, 2010).

Essa afirmação acerca do dualismo físico e psíquico vem corroborar com o pensamento multireferencial que vê na psicodinâmica da relação saúde /

trabalho as evidências da interdependência entre o sujeito e a clínica que diagnostica: “O que não tem remédio, remediado está”.

No momento em que aprofundei o estudo pude constatar que os diagnósticos estavam totalmente imbricados uns com os outros, uma vez que, a própria descrição justifica os sintomas apresentados. Daí refletir sobre algumas questões pertinentes aos procedimentos médicos e a tentativa diagnóstica de ampliação quantitativa para justificar o afastamento da professora das suas atividades laborais.

Os profissionais da educação em geral e nesse caso específico os professores, quando não se enquadram nos padrões impostos pelas organizações educativas, não importando se suas patologias são decorrentes do seu trabalho, devem ser de certa forma descartáveis, se as manifestações de adoecimento persistirem. Referindo-se especificamente ao estresse ou às doenças mentais. Dejours (1992, p. 120) afirma que:

> Toda descompensação psiconeurótica traduz-se, provavelmente, por uma queda no desempenho produtivo. Assim, as neuroses e psicoses descompensadas, são imediatamente detectadas através dos critérios de rendimento na produção, frequentemente os primeiros que aparecem, num quadro psicopatológico.

Sabe-se que apenas o estresse não é motivo suficiente para o afastamento do trabalho. Daí compreende-se que apenas o sofrimento não pode ser considerado pelo controle médico, dando lugar a legitimação da doença que segundo Dejours (1992) quando se refere aos trabalhadores da fábrica, e eu fazendo uma referência para os trabalhadores da escola, aqui com destaque para o professor, segundo o autor [...] o trabalhador deverá apresentar um atestado médico, geralmente acompanhado de uma receita de psicoestimulantes ou analgésicos. A consulta médica termina por disfarçar o sofrimento mental: e o processo de medicalização, que se distingue bastante do processo de psiquiatrização, na medida em que se procura não somente o deslocamento do conflito homem – trabalho para um terreno mais neutro, mas

a medicalização visa, além disso, a desqualificação do sofrimento, no que este pode ter de mental.

A medicalização ocorre pela extensão da normatividade da medicina, vinculada indissoluvelmente à prática médica. O discurso médico irá apregoar a incapacidade do professor para o trabalho.

Sintetizei os pareceres médicos revelados através dos saberes médicos, sob as formas dos diagnósticos de poder sobre o paciente que em pauta é a solicitante do licenciamento legal para cuidar da saúde.

O professor utiliza a licença para cuidar da saúde, em última instância como dispositivo de salvação para os problemas que enfrenta com a sua saúde, a partir de um olhar sobre a psicodinâmica do seu trabalho é preciso não o encapsular num CID 10 e no DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), reforçando com isso a medicalização, recaindo sobre ele, a vitimização e culpabilização do seu estado de adoecimento vivido pela classe de professores e não apenas de forma individual categorizando-o perversamente como um “bode expiatório”.

É necessário problematizar o sofrimento e adoecimento do professor na perspectiva crítica da compreensão de que o trabalho docente é coletivo e que as demandas sociais e históricas devem ser favoráveis ao entendimento de que as patologias inscrevem-se no aspecto biológico tendo o corpo como receptáculo, somando-se as tensões sócio-afetivas e emocionais. Nesse sentido Mariana Fiore (p. 3) em seu Artigo *O Professor está doente? Refletindo sobre a Dimensão Política do Sofrimento Docente,* afirma que:

> O adoecimento do professor é produzido na intersecção de múltiplos vetores. Portanto, demanda diversas perspectivas de análise que interroguem sobre as forças que concorrem e se afirmam na fabricação do professor estressado, deprimido, desvitalizado, despotencializado, do “professor adoecido”. Ao individualizarmos questões políticas no corpo do sujeito, estimulamos a medicalização e a construção de uma subjetividade marcada por rótulos, com efeitos de afastamento do trabalho entre outros. Se o sofrimento docente for percebido como uma questão de saúde e não de doença, podemos

> construir outras modalidades de enfretamento que não seja a medicalização.

O Episódio depressivo é caracterizado por humor triste, perda de interesse e prazer nas atividades cotidianas, sentindo uma sensação de fadiga aumentada, queixas de dificuldades de concentração, baixa autoestima e autoconfiança, desesperança, ideias de culpa e inutilidade. O sono encontra-se frequentemente perturbado, geralmente por insônia terminal. As alterações da psicomotricidade podem variar da lentificação à agitação. Sintomas de ansiedade frequentes.

Essas características e sintomas são indicações do CID 10 por F32 – Episódio Depressivo, que vem justificar os F41 e F51, que se sucedem no laudo médico ligados à ansiedade e dissonia. Na minha reflexão fica a dúvida. O médico precisa de mais um diagnóstico para referendar e justificar o afastamento na tentativa de agravar o quadro da paciente? Essa não seria uma forma também de agravar o estado de saúde da professora? Ou apenas maquiar o seu estado de saúde numa tentativa de sedução e apelação da emergência do afastamento diante da perícia médica?

Numa sequência lógica, o psiquiatra–assistente referenda a solicitação de afastamento através do CID 10 por R45 nervosismo e R51 cefaleia emitido em outro parecer médico em relatório. Todavia, na descrição anterior do F32 esses sintomas já foram contemplados, o que vem ratificar quase que insistentemente a necessidade ou apelação pelo afastamento da professora. Daí questionar em que medida o sintoma apresentado pela professora originariamente se configura enquanto discurso de verdade do diagnóstico médico revelado na relação saber/poder?

Nessa direção, faz-se necessário apresentar, analisar e refletir sobre o parecer médico apresentado através do relatório médico, dado pelo ortopedista assistente. Com relação ao CID 10 por M23.2 – Transtorno do Menisco devido a Ruptura ou Lesão Antiga e o M24.6 Ancilose Articular. Que na indicação da literatura da OMS define: Anquilose ou Ancilose – palavra grega que significa dobrado. É nessa rigidez de uma articulação, resultado de uma lesão ou

doença. A rigidez pode ser completa ou parcial e pode ser devido a uma inflamação das estruturas musculares ou tendinosas fora da articulação ou dos tecidos da própria articulação.

Quando no diagnóstico (primeiro) do F32 aparece a afirmação “As alterações da psicomotricidade podem variar da lentificação ou agitação”, referenda a ideia da interligação dos sintomas psíquicos com o funcionamento do aparelho motor, que consequentemente a musculatura vai responder aos estímulos psíquicos dado a sua integração com todos os outros sistemas e nesse caso em específico aos sintomas mentais e comportamentais, sem perder de vista a história de vida da professora que embora apresentada de forma tênue, nos seus lapsos discursivos pode-se constatar que: os sintomas (ou queixas) apresentados pela mesma estão em consonância com as indicações do diagnóstico e com a sua qualidade de vida. Os episódios ou transtornos mentais e comportamentais são interdependentes do quadro osteomuscular.

Evidencia-se que a professora, no seu percurso profissional construiu um estado de adoecimento e sofrimento que vem ter seus desdobramentos no final da sua vida profissional, tendo como resultado de um mal-estar progressivamente construído e revelado enquanto patologias. E tenho me perguntado, em que nível de consciência a professora domina esse estado psicomotor como consequência da sua profissão e da sua história de vida que está circunscrita à dor e ao sofrimento psíquico?

Os médicos, considerados responsáveis pelo cuidado da saúde dos seus pacientes analisam essas relações recíprocas a partir do estudo e análise dos pareceres emitidos através dos saberes médicos, apresentando uma inadequação guiada pela perspectiva científica ou apenas na frieza da técnica médica se comportam como emissores de laudos e licenciamentos das atividades profissionais. Comportam-se apenas como emissores de laudos e licenciamentos das atividades profissionais.

O quadro clínico ora discutido não faz da referida professora um ícone representativo das doenças relativas à profissão docente, mas corrobora com a constatação de que esse caso é ilustrativo do estado saúde/doença, que

caracteriza a situação de muitos professores, que não aparece nessa pesquisa por causa das próprias limitações relacionadas à população estudada e do próprio recorte metodológico que se fez mister para esse trabalho.

Tenho perguntado se a quantidade e especificação das patologias apresentadas realmente definem um quadro de doença dessa professora? Ou o diagnóstico referenda a necessidade e urgência em afastar a professora das atividades docentes? Diante da comprovação do diagnóstico médico, a professora está condenada a incorporar os dados apontados pelos protocolos legais? E em que medida essa professora pode superar tal situação a ponto de cuidar de si e poder novamente viver um estado de saúde certamente vivido outrora no início da profissão? Como os organismos institucionais responsáveis pelo exercício da profissão em paralelo aos órgãos que licenciem a professora a partir de um estereotipo da patologia reagem aos cuidados durante o processo de afastamento do trabalho e quais as garantias de um acompanhamento cuidadoso a posteriori?

Iniciei este capítulo com o caso da professora Marta que, de forma ilustrativa pude relatar com detalhes o seu estado de mal-estar docente relacionado ao exercício da profissão, aos sintomas de adoecimento apresentados no seu relato e a sua dinâmica familiar que constitui a sua história de vida. Reconheço que nesse primeiro momento, com atenção a esse caso, não requisitei os dispositivos dos CID's, mesmo porque não analisei documentos. A referida professora não admitia o seu estado de adoecimento, quiçá admitia a solicitação de licença médica, motivos enunciados no texto introdutório. Preciso referendar que a ausência dos CID's não inviabiliza a constatação do estado de adoecimento vivido pela mesma. Compreendo que, no segundo caso, os CID's são instrumentos de análise do quadro patológico da professora e que, ao contrário da primeira, não pude descrever minuciosamente o seu estado de adoecimento, porque não faz parte do meu universo de formação e acompanhamento docente, também relatado posteriormente, mas, sinto-me implicada e, contar aqui uma conversa despretensiosa e ocasional que aconteceu no momento em que analisava os documentos que compõe esse trabalho.

Em uma situação *sui generis,* tive a oportunidade de fazer um contato espontâneo com a professora em um ambiente educacional, quando a mesma me interpelou e disse: “eu estou para me aposentar, estou gozando as licenças prêmios que nunca tirei ao longo dos 30 anos de profissão, e preciso te dizer que sofro de uma síndrome que atinge os professores no mundo inteiro, estou estudando sobre essa doença, você conhece? É o bournout.”

E na minha perplexidade preferi silenciar para não dar indícios da minha implicação anônima com seus documentos, por questões éticas exigidas pelo protocolo das pesquisas científicas com humanos.

Fiz a opção em trazer de forma ilustrativa esse caso para algumas constatações transitórias, a respeito do meu olhar sobre a análise dos documentos e esse momento de fala da professora.

Penso que apesar da letra fria e indiferente que existe por trás das linhas dos textos analisados existe uma verdade sentida e sofrida pela professora que lhe confere uma consciência a respeito da sua saúde, reconhecendo o seu estado patológico. Numa perspectiva existencial, Foucault (1984, p. 58) problematiza a relação entre sujeito e verdade, afirmando que:

> O doente reconhece sua anomalia e dá-lhe pelo menos, o sentido de uma diferença irredutível que o separa da consciência e do universo dos outros. Mas o doente, por mais lúcido que seja, não tem sobre o seu mal a perspectiva do médico; não toma jamais esse distanciamento especulativo que lhe permitiria aprender a doença como um processo objetivo. Desenrolando-se nele, sem êle; a consciência da doença é tomada no interior da doença, está consolidada nela, e, no momento que a percebe exprime-a.

O caso da professora em questão denota formas de variação da consciência em relação à doença. Paradoxalmente, a referida professora, ao reconhecer-se doente, afirma em seu discurso que “sofre de uma síndrome” e paralelamente afirma, que só fez uso das licenças prêmios após 30 anos de profissão, o que denotaria um estado de perfeita saúde em manter-se trabalhando de forma ininterrupta. Nesse sentido, Foucault (ibdem. p. 58) afirma que:

> A maneira pela qual o sujeito aceita ou recusa sua doença, o modo pelo qual a interpreta e dá significação as suas formas mais absurdas, tudo isso constitui uma das dimensões essenciais da doença. Nem destruição inconsciente no interior do processo mórbido, nem consciência lúcida, objetiva e desinserida desse processo, mas reconhecimento alusivo, percepção difusa de um cenário mórbido no fundo do qual se destacam os temas patológicos, tal é o modo de consciência ambígua, cuja reflexão fenomenológica deve analisar as variações.

Parecer médico: CID 10 por M 23.2 Transtorno do Menisco devido à Ruptura ou Lesão Antiga. Infere-se, a partir desse diagnóstico e da afirmação discursiva da professora, que o fato de na sua trajetória profissional apresentar uma sequência ininterrupta de atividades laborais, pois nunca gozou da prerrogativa legal ao descanso através das licenças prêmios, o esforço do trabalho em sala de aula com prevalência de sempre estar em pé ou sentada não teria levado o seu corpo a um nível de comprometimento que venha justificar uma lesão antiga? A insistência em manter-se trabalhando não ampliou o seu estado emocional retirando o interesse e o prazer nas atividades cotidianas, causando-lhe fadiga, baixa concentração e autoestima, como revela a indicação patológica da OMS?

Quando afirma que sofre da Síndrome do Bournout passa pelo estado de reconhecimento do seu estado clínico e quase que imitando os médicos aglutinou todos os CID's num único diagnóstico para universalizar o seu estado de adoecimento?

E quando, enfim, afirma que está estudando sobre a doença revela a tentativa de desmistificar o fenômeno através do manejo científico sobre a patologia, quase que numa tentativa de dominar o sentido e o vivido e daí minimizar o seu sofrimento? Ou, para aliviar as minhas indagações de pesquisadora, seria essa uma forma de estabelecer o enfraquecimento da doença e num movimento de aproximação com a literatura vivenciar o processo de cura? Questionamentos que se projetam para uma sequência de investigação.

3 O TRABALHO DO PROFESSOR E A RELAÇÃO SAÚDE/DOENÇA

As situações adversas existentes no âmbito do exercício profissional dos professores são documentadas à exaustão: o trabalho é realizado de forma conflituosa; o cenário educacional enseja narrativas cujo conteúdo é constituído de uma baixa estima consequente da desvalorização salarial, das condições reais de trabalho, do “estresse” ocupacional, das comprometidas relações institucionais e pessoais. Todo este conjunto de fatores derrisórios suscitam um desprestígio social e abatimento emocional indutores de um sentimento de estranheza. Barton e Walker (apud Esteve, 1999, p. 28) afirmam que:

> [...] nos últimos anos, tem aumentado as responsabilidades e exigências que se projetam sobre os educadores, coincidindo com um processo histórico de uma rápida transformação do contexto social, o qual tem sido produzido em uma modificação do papel do professor, que implica uma fonte importante de mal-estar para muitos deles, já que tem sido provocador desse mal-estar que acomete o professor e que implica diretamente sobre a sua ação em sala de aula, gerando consequentemente tensões associadas a sentimentos e emoções negativas, afetando sobremaneira a atividade docente ao promover significativas diminuições na sua motivação e implicação com o trabalho.

Os sintomas psíquicos acumulados ao longo da trajetória profissional influenciam fundamentalmente sobre a autoimagem e a sua profissionalidade, construindo uma crise de identidade profissional traduzida, inclusive, pelo desejo de abreviar o tempo de serviço, antecipando aposentadoria, ou com mudanças de profissão e até mesmo abandono de serviço.

Essas reações sintomáticas muitas vezes se materializam sob a forma de patologias físicas e psíquicas, consideradas, às vezes, como mecanismo de defesa ou subterfúgios para o não enfrentamento, ou como momentos de interrupções, fugas e paralisação das atividades inerentes à profissão, ampliando o tempo das licenças médicas e os afastamentos temporários no ciclo vital das funções docentes. Nesse sentido, tenho me perguntado sobre a formação profissional construída através da trajetória de vida dos professores.

Como o mal-estar docente tem se manifestado na vida profissional e pessoal desses professores? Quais as estratégias de enfrentamento do mal-estar dos professores?

O século XXI traz em si uma dinâmica na evolução dos fenômenos naturais – biológicos; psicossociais (a subjetividade humana); sociais (a sociedade em crise) que potencializa os avanços através das grandes transformações. Mas, contraditoriamente, apresenta retrocessos e antagonismos vivenciados pelos homens e mulheres na sociedade contemporânea.

Por um lado, vivenciamos as inovações tecnológicas, a informatização, a aceleração da comunicação através da velocidade permitida pelos meios e multimeios tecnológicos, os domínios da informação para atender a um mercado emergente e que tem no seu interior o consumo como princípio. A crise política derivada dessa desestruturação, corrupção e ausência de ética, evidencia a corrida pelo poder e por outro lado as desigualdades socioeconômicas e culturais porque passa a maior parte do mundo. Segundo Delors (1999, p. 71-72):

> O aparecimento e desenvolvimento de 'sociedades de informação', assim como a busca do progresso tecnológico que constitui, de algum modo, uma tendência forte dos finais do século XX, sublinham a dimensão cada vez mais imaterial do trabalho e acentuam o papel desempenhado pelas aptidões intelectuais e cognitivas. [...] Trata-se, antes, de formar para a inovação pessoas capazes de evoluir, de se adaptar a um mundo em rápida mudança e capazes de dominar essas transformações.

A crise que se estabelece no mundo contemporâneo repercute nos mecanismos de formação profissional. E em se tratando da formação de professores, é importante ressaltar que a crise se acentua porque demanda diversas competências para atender a essas exigências ditadas pela sociedade.

Historicamente essa formação do professor vem sofrendo alterações a partir das mudanças sociais, fato confirmado quando Nóvoa investiga qual foi o

tratamento dispensado à categoria profissional dos educadores, mencionando estudos de Ball e Goodson (1989) e Woods (1991), quando estes se referem:

> [...] aos anos 60 como um período em que os professores foram "ignorados", parecendo não ter existência própria como factor determinante da dinâmica educativa; como uma fase em que os professores foram esmagados, sob a acusação de contribuir para a reprodução das desigualdades sociais; aos anos 70 como uma fase em que os professores que foram "esmagados", sob o peso da acusação de contribuírem para a reprodução das desigualdades sociais; aos anos 80 como uma década na qual se multiplicaram as instâncias de controlo dos professores, em paralelo com o desenvolvimento de práticas institucionais de avaliação; aos anos 90 e esse início de século é fundamentalmente situado através da formação contínua, onde deveria privilegiar a pessoa do professor, com atenção aos processos de subjetivação vivenciado pelo mesmo, a preocupação centrada no professor vinculado a dimensão pessoal e profissional, tendo em vista a sua indissolubilidade (NÓVOA, 1994, p. 15).

A formação profissional nesse contexto deve estimular uma perspectiva crítico-reflexiva, que forneça aos professores a construção de um pensamento autônomo e que facilite as dinâmicas de auto formação participada. Estar em formação implica um investimento pessoal, um trabalho livre e criativo, sobre os percursos e os projetos próprios, com vistas à construção da profissionalização docente. Nesse sentido, compreender a situação do professor convivendo com as mudanças sociais e os seus impactos no seio da escola e consequentemente no seu "que fazer" docente, nos remete a uma reflexão mais apurada das crises sociais e subjetivas por que passa o professor na sua formação docente e no seu desenvolvimento profissional. Nessas circunstâncias, é preciso retomar o pensamento de Nóvoa (1992), quando diz que mais do que uma profissão desprestigiada aos "olhos dos outros", a profissão docente tornou-se difícil de viver no interior da profissão. A ausência de um projeto coletivo, mobilizador do conjunto da classe docente, dificultou a afirmação social dos professores, dando azo a uma atitude defensiva mais própria de funcionários do que de profissionais autônomos.

O fenômeno da proletarização ascende no processo de desenvolvimento profissional docente, provoca desgastes, degradação da imagem, do poder e

da autonomia, causando, assim, a crise de identidade, que se intensifica e se revela através das tensões e enfrentamentos vivenciados pelos professores na sua vida cotidiana (OLIVEIRA, 2003).

Nessa direção, Esteve (1995, p. 104) afirma que, “paralelamente à desvalorização salarial, produziu-se uma desvalorização social da profissão docente. Esse é um dos aspectos a ser considerado como propulsor do mal-estar que abate os profissionais da área de educação”.

Para corroborar nesse sentido, Raujard e Cole *apud* Esteve (1995, p. 104) afirmam sobre “[...] a valoração negativa do professor como bode expiatório e responsável universal de todos os males do sistema é uma das marcas do nosso tempo. [...] a falta de apoio e de reconhecimento social do seu trabalho é cada vez mais evidente”.

Os impactos sociais referentes à situação dos professores relacionam-se com a crise social e moral a que são frequentemente submetidos, por isso. Conforme Esteve (1995, p. 104),

> O julgamento social dos professores tem vindo a generalizar-se. Desde os políticos com responsabilidades em matéria educativa até aos pais dos alunos, todos parecem dispostos a considerar o professor como o principal responsável pelas múltiplas deficiências e pela degradação geral de um sistema de ensino fortemente transformado pela mudança social. Ora, mais do que responsáveis, os docentes são as primeiras vítimas.

O trabalho do professor é sempre percebido e julgado como negativo. As inseguranças, conflitos e medos e angústias referentes ao trabalho estão relacionados por um lado ao acúmulo de trabalho e por outro às exigências sociais. A desvalorização profissional perpassa pelas questões salariais, mas principalmente pela falta de credibilidade social que vem se intensificando historicamente.

O trabalho docente, nessa perspectiva, é demarcado pela degradação e ausência da autonomia, num processo de intensificação desse trabalho, com uma inflação de tarefas e sobrecarga permanente de atividades. A

complexidade que reveste a profissão do professor não é considerada pela formação em processo. É preciso uma reflexão crítica sobre as fontes geradoras dessa problemática, uma vez que a própria formação muitas vezes forja a origem desses problemas, atribuindo ao professor a culpa sobre os acontecimentos, levando-os, na maioria das vezes, a incorporarem essa culpa pelos fracassos e degradação do sistema.

> A intensificação leva os professores a seguir por atalhos, a economizar esforços, a realizar apenas o essencial para cumprir a tarefa que têm entre mãos; obriga os professores a apoiar-se cada vez mais nos especialistas, a esperar que lhes digam o que fazer, iniciando-se um processo de depreciação da experiência e das capacidades adquiridas ao longo dos anos. A qualidade cede lugar à quantidade. [...] Perdem-se competências colectivas à medida que se conquistam competências administrativas. Finalmente, é a estima profissional que está em jogo quando o próprio trabalho se encontra dominado por outros actores (APPLE; JUNGCK, 1990, p. 56).

Essa afirmação nos remete a uma reflexão imagética do mito de SÍSIFO, que fora condenado pelos deuses, a realizar um trabalho inútil e sem esperança por toda a eternidade: empurrar repetidamente uma enorme pedra até o topo da montanha e depois de lá rolar de volta encosta abaixo. Esse mito grego, reescrito na contemporaneidade por Albert Camus, em 1942, é emblemático se compararmos à situação que vivenciam os professores no seu ofício. De certa forma, não estaríamos nós professores, revivendo, incorporando e representando Sísifo?

Com essas questões, penso na necessidade de transformar esse estudo num dispositivo de compreensão e análise do mal-estar docente sofrido pelos professores do ensino fundamental como fonte do adoecimento psíquico que se abate sobre os mesmos.

Nesse sentido, “crise de identidade” concebida segundo Carrolo (*in* Estrela, 1997, p. 23) num mundo em mutação, face às instituições e aos referenciais que perderam a sua significação e deixaram de ser securizantes, a “crise de identidade” instalou-se na consciência do cidadão contemporâneo e generalizou-se a todos os níveis. Mais do que um sintoma do mal-estar do

indivíduo, a busca da identidade é antes um cumprimento novo, extensivo em novas e velhas profissões, a grupo sociais, a regiões e etnias.

O mal-estar docente é um fenômeno que faz referência às questões relacionadas à saúde física-psíquica e intelectual dos professores. Tomemos o conceito trazido por Esteves (*in* NÓVOA, 1995, p. 96) na perspectiva dos efeitos ocasionados pelas mudanças histórico-sociais, sem perder de vista o caráter de subjetivação da formação e vida dos professores. O autor afirma que:

> Esse sentimento de desencanto afeta hoje muitos professores, quando comparam a situação do ensino há alguns anos atrás com a realidade quotidiana das escolas em que trabalham. O sentimento de insegurança está na origem do cepticismo e da recusa dos professores em relação às novas políticas de reforma educativa.

A literatura machadiana contribui sob a forma de uma linguagem representacional das questões sociais, com especial atenção para a situação dos professores, na obra Memórias Póstumas de Brás Cubas (1978). O autor, que já fazia, sem consciência, uma literatura autobiográfica através das narrativas da história de vida, através das memórias, quando elucida a situação crítica e caótica dos seus professores, ao descrever o primeiro que foi o professor Ludgero Barata, na alfabetização:

> [...] a palmatória, terror dos meus dias pueris, tu que foste o *compelle intrate* com que o velho mestre, ossudo e calvo, me incutiu no cérebro o alfabeto...[...] Que querias tu, afinal meu velho mestre de primeiras letras; com a diferença que tu, se me metias medo, nunca me meteste zanga. Vejo-te ainda agora entrar na sala, com as tuas chinelas de couro branco, capote, lenço na mão, calva à mostra, barba parda; vejo-te sentar, bufar, grunhir, absorver uma pitada inicial, chamar-nos depois à lição. E fizeste isso durante 23 anos, calado obscuro, pontual, metido numa casinha da rua do Piolho, sem enfadar o mundo com a tua mediocridade, até que um dia deste o grande mergulho nas trevas e ninguém te chorou, salvo um preto velho – ninguém, nem eu que te devo os rudimentos da escrita. (ASSIS, 1978, p. 37).

A profissão docente aparece aí como um ofício que não merece contemplação e reconhecimento, não há um apreço ao trabalho do professor, não há reconhecimento social do esforço do mestre, fora-lhe reservado o esquecimento, a solidão, o anonimato e a morte. De forma não muito diferente dessa cena:

> Dona Plácida vivia situação e sinal cruel quando revelada através das memórias, ela era uma professora eventual, uma senhora que alfabetizava crianças em troca de dez tostões por mês, mas fazia doces e costurava ao mesmo tempo, incansavelmente, com certeza para melhorar o orçamento doméstico, também morreu na miséria, vivendo de favor em casa alheia. Trabalhava muito, queimando os dedos ao fogão, e os olhos ao caderno, para comer e não cair. Emagreceu, adoeceu, perdeu a mãe, enterrou-a por subscrição e continuou a trabalhar. (ASSIS, 1978, p. 105).

Essas duas cenas narradas pelo personagem machadiano revelam, na sua linguagem literária, a situação social e subjetiva desses professores. Não é essa uma ilustração adequada na contemporaneidade, quando Ludgero e Plácida representam a realidade docente? A condição social que tinham essas personagens está distante daquela que caracteriza os professores de nossa realidade? O mal-estar docente sofrido por esses personagens não se perpetua até nossos dias?

Esse fenômeno se constitui de forma intensa na vida dos professores em foco desse estudo. As mudanças sociais acabam submetendo os professores a condições precárias de trabalho, a relações institucionais e pessoais tensas e de condições de vida insatisfatórias. Os desajustes ocasionados por esses fatores não possibilitam aos professores sequer responder às exigências apontadas pelas políticas públicas, nem a realizar atividades pedagógicas que possam suprir e transformar as necessidades da escola, muitas vezes conflituosas. Nesse sentido, para Esteve (1999, p. 27):

> Esses sintomas, isolados têm apenas significado intrínseco, mas, quando se acumulam, influem fundamentalmente sobre a imagem que o professor tem de si mesmo e de seu trabalho profissional,

> gerando uma crise de identidade que pode chegar, inclusive à autodepreciação do ego.

A sub-valorização da profissão e a expectativa gerada pela sociedade, responsabilizando os professores como protagonistas diretos pelas falhas do sistema de ensino repercutem sobremaneira nos desajustes, desencanto e insatisfações motivadoras do mal-estar docente e do processo de adoecimento dos professores e dos seus familiares.

3.1 CONDIÇÕES DE TRABALHO DO PROFESSOR

De acordo com Esteve (1999), “as condições de trabalho constituem um dos fatores principais do mal-estar docente. Tais condições afetam a saúde – física e mental – dos professores, levando-os ao absenteísmo e às vezes, ao abandono de profissão”. Constitui-se como um grande desafio na sociedade contemporânea o processo saúde/adoecimento do trabalhador. Em particular, é bastante desafiador entender as relações que se estabelecem entre o trabalho do professor, seu contexto, e as condições que originaram e desenvolveram os fenômenos de adoecimento físico-mental. Enfrentaremos este desafio, aqui, mediante o recurso à verificação das razões declaradas documentalmente, do afastamento da atividade docente por motivos de saúde, bem como para acompanhar familiares.

As mudanças sociais, econômicas e políticas, as reformas educacionais, os modelos pedagógicos derivados das condições de trabalho dos professores, promoveram transformações na profissionalização docente. De acordo com Souza et al. (2003), até 1960, a maior parte dos trabalhadores da educação gozavam de uma relativa segurança material, de emprego estável e de um certo prestígio social. Já a partir dos anos de 1970, a expansão das demandas da população por proteção social provocou o crescimento do funcionalismo e

dos serviços públicos gratuitos, entre eles a educação. Nesse sentido, Esteves (1999, p. 108) afirma que:

> Nos últimos 20 anos houve uma grande fragmentação da atividade do professor: muitos profissionais fazem mal os seus trabalhos menos por incompetência e mais por incapacidade de cumprirem, simultaneamente, enorme leque de funções [...] a ideia que se repete [...] é a de que o professor está sobrecarregado de trabalho sendo obrigado a realizar uma atividade fragmentária lutando em frentes distintas atendendo simultaneamente, uma tal quantidade de elementos diferentes que se tornam impossível dominar todos os papéis.

Esta pesquisa destaca o trabalho do professor, por representar historicamente as transformações ocorridas na formação e na profissionalização docente caracterizada por exigências externas e internas ao processo educativo. Há aspectos externos ligados às exigências ditadas pelas políticas públicas e institucionais, as demandas sociais de forma abrangente e das famílias dos alunos de forma direta e específica. Em se tratando de exigências internas, subjetivas e derivadas das tensões e sobrecargas de trabalho, os compromissos que os professores assumem extrapolam a missão profissional para além da sala de aula, nas relações que se estabelecem com seus pares, com seus familiares, com o sujeito da vinculação pessoal e social. Os conflitos se manifestam como um amalgama estabelecido no cotidiano, tanto no nível físico, quanto psíquico, que na maioria das vezes se apresentam sob a forma de tensões, estresse, medos, inseguranças, incertezas, insatisfações, que corroboram com os sintomas de adoecimento manifesto pelo mal-estar, sofrimento psíquico, patologias físicas e doenças mentais.

Segundo Souza et al. (2003), nos anos de 1990, as precárias condições do trabalho docente, mostram sua associação com sintomas mórbidos e elevada prevalência de afastamento por motivo de doença pela categoria, além dos pedidos de afastamento para acompanhar parentes doentes. Faz-se necessário, para um melhor entendimento dessa discussão, definir e ampliar conceitualmente esses termos no sentido de compreender os sintomas e as

manifestações que se abatem sobre os professores atingindo sua vida profissional e pessoal/familiar, estreitamente relacionado à sua atuação.

Esse propagado mal-estar atinge parte significativa dos professores que é representado pela necessidade de desenvolver um bom trabalho, apesar das dificuldades, como também pelo desejo de abandonar a docência em consequência da resistência e retaliação das políticas públicas e institucionais, reagindo sob a forma de neutralizar o controle institucional, buscando a desculpabilização pelo insucesso escolar.

Wisner (1994) compreende que toda atividade, inclusive o trabalho, tem pelo menos três aspectos: físico, cognitivo e psíquico. O aspecto físico corresponde ao esforço físico necessário para a execução da tarefa; ao cognitivo, os processos de tomada de decisão como aspecto principal, mas não como único, e ao psíquico, conflito produzido pelos constrangimentos gerados na organização técnica e social do trabalho.

Compreendendo que um professor é antes de tudo um trabalhador e, por conseguinte, organiza as tarefas, prevê responsabilidades, possuindo uma jornada de trabalho específica e remuneração que deveria corresponder ao esforço e às necessidades, poderia ser considerado e respeitado pela sua luta incessante para se manter saudável na profissão. As cobranças universais recaem sobre a sua profissionalização acrescida das peculiaridades inerentes ao exercício docente. As condições de trabalhos mobilizadas pelos professores, pelas suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas, para atingir aos anseios da produção escolar, são geradores de sobre-esforço ou hiper-solicitação de suas funções psico-fisiológicas.

A carga afetiva e intelectual do trabalho docente exige do professor um hiper-esforço psíquico, imbricado no desempenho fisiológico que acontece simultaneamente para atender as variadas demandas do processo do ensino-aprendizagem.

No aspecto psíquico o trabalho docente é caracterizado por relações interpessoais envolvendo a discussão e o debate entre o professor e o aluno. O trabalho específico do professor é intelectual, lhes é imputado a

responsabilidade de preparar o aluno para interagir com a sociedade. A palavra educador vem do latim *educcere,* aquele que cria, pai, o que faz as vezes do pai (CODO, 1999; ESTEVE, 1999).

Diante de tantas responsabilidades, das aceleradas mudanças sociais, do desenvolvimento e ampliação dos meios de comunicação, a desinstitucionalização das famílias, igrejas e outros espaços educativos interferem decisivamente no cotidiano escolar e evidentemente que o professor não escapa desse turbilhão. Para Esteve (2002, p. 5),

> Os professores sobrecarregados pelo acelerar das mudanças sociais, deparavam com problemas novos nas suas aulas, aos quais não sabiam fazer frente. De forma mais ou menos confusa, descobriam a necessidade de adaptar o seu papel profissional a uma realidade social e institucional em constante mudança.

Nessa direção, Gasparini Barreto e Assunção in Cruz et al. (2010) afirmam que:

> O professor é contratado para realizar tarefas prescritas como ministrar aulas (e conteúdos), orientar pesquisas e leituras e acompanhar o desenvolvimento dos alunos na perspectiva de avaliá-los no momento oportuno. É de sua competência aprovar ou reprovar o aluno, em relação ao conhecimento e domínio dos conteúdos, desenvolvidos em sala de aula e laboratório de ensino e de pesquisa. É dele a competência de atestar ou não o aproveitamento do aluno durante o período letivo e se ele está apto a seguir em frente e assimilar novos conteúdos. Na verdade, essa competência envolve crítica, auto-crítica e responsabilidade por parte do professor (GASPARINI; ASSUNÇÃO in CRUZ et al., 2010, 151-152).

A natureza do trabalho pedagógico envolve a dimensão curricular, intelectual, mas o seu detalhamento envolve um processo mais específico, profundo e sutil que é o de atingir os sujeitos na sua plenitude, num trabalho que abrange a formação humana, que além de ser simultâneo com vários sujeitos, tem sua dimensão subjetiva, que condicionalmente pode atingir ou não os implicados no processo de ensino e aprendizagem. Essas tensões

vividas cotidianamente pelos professores, geralmente em classes numerosas, com variadas faixa-etárias, com diferenciados níveis de desenvolvimento cognitivo contribui decisivamente com o desgaste e cansaço que se abate sobre o professor. Cavaco (1995) afirma que:

> As contradições que se jogam na escola atravessam a todos os níveis as relações interpessoais, geram desconforto e mal-estar, provocam desconfianças e autolimitações, mas mantêm-se ocultas nas rotinas da sala de aula ou na animação dos corredores e espaços de convívio: o caráter difuso dos seus efeitos, por vezes, é culpabilizante e não facilita a apropriação pelos professores de um outro conhecimento mais aprofundado da sua realidade profissional, dos mecanismos do seu funcionamento e das vias da sua transformação (CAVACO, 1995, p. 158).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) definiu as condições de trabalho para os professores ao reconhecer o lugar central que estes ocupam na sociedade, uma vez que são os responsáveis pelo preparo do cidadão para a vida (OIT, 1984). A profissão docente é permeada por três processos formativos simultâneos: o da autoformação ao longo de toda itinerância profissional; o da alter-formação, que também segue os percursos da vida de quem forma o aluno; e finalmente o da formação aliada ao cuidado dos familiares.

3.2 O ESTRESSE COMO RESULTADO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO DO PROFESSOR

> Criamos a época da velocidade, mas nos sentimos enclausurados dentro dela. A máquina, que produz abundância, tem-nos deixado em penúria. Nossos conhecimentos fizeram-nos céticos; nossa inteligência, empedernidos e cruéis. Pensamos em demasia e sentimos bem pouco. Mais do que máquinas, precisamos de humanidade. (CHAPLIN, Charles. Último discurso – O Grande Ditador)

O sistema educacional vem enfrentando, nas três últimas décadas, crises sem precedentes, com os professores reivindicando melhores condições de trabalho, aumento salarial, respeito à dignidade do mister de parte da sociedade, dos seus pares, dos alunos e de seus familiares. Exige-se desses profissionais boa qualificação, atualização de conhecimento e qualidade de ensino. Codo e Jacques (2002) afirmam que:

> O modo como os homens vivem (e trabalham) determina o modo como os homens são “e que” o perfil de morbidade e de mortalidade da população é uma condição socialmente produzida e definida pela inserção dos indivíduos nos processos de apropriação e transformação da natureza (CODO; JACQUES, 2002, p. 20).

Os mesmos autores ainda afirmam:

> É muito difícil reconstituir os nexos entre o individual e o social, particularmente quando se fala de sofrimento psíquico, que por definição se esconde do portador e do outro, além do que o modo como o trabalho se organiza em nossa sociedade, por definição esconde suas determinações fundamentais (CODO. JACQUES, 2002, p. 25).

Segundo Esteve (1999), os profissionais da educação tiveram que se adaptar às características evolutivas dos processos de trabalho, ainda que, na maioria das vezes, não se tenha observado necessariamente uma melhoria das condições desse tipo de exercício profissional.

A atividade de trabalho está fortemente ligada ao processo de adoecimento dos trabalhadores sendo que a atividade docente é exigida ininterruptamente, tanto no espaço escolar, o *locus* no qual a sua atividade laboral acontece, quanto no doméstico, pois nada negligenciável é observar que os seus desdobramentos em atividades extraclasse acontecem na maioria das vezes nos espaços domésticos familiares. As características mais frequentes que estão associadas ao adoecimento são relacionadas diretamente ao trabalho repetitivo, ambiente estressante, ritmo acelerado,

fiscalização contínua e pressão por parte dos superiores. As pesquisas evidenciam que as condições de trabalho, precarização do ensino e a percepção que o professor tem sobre sua realidade profissional, têm relação direta com a sua saúde.

Relativamente ao sofrimento psíquico, só a partir da década de 1990 é que os estudos no âmbito da formação do professor voltam um olhar mais específico para as questões subjetivas, principalmente na área da saúde e da psicologia. Esse interesse cresce à medida que simultânea e progressivamente os professores sinalizam e apontam sua demanda, e de forma concreta o seu adoecimento psicológico.

O campo de estudos de saúde mental e trabalho tem como foco principal de investigação a situação de trabalho (FONSECA, 2001), sendo variados os fenômenos decorrentes e associados a saúde mental: estresse laboral, tensão decorrente da vida laboral, fadiga mental, fadiga psicológica, *burnout* e síndrome neurótica do trabalho, dentre outras.

Cruz (2005) explica que a carga de trabalho presente em todas as atividades, inclusive na dos professores, está entre os esforços físicos, cognitivos e psicoafetivos, que podem em muitos casos ser incompatíveis com as condições que o trabalhador tem para executá-los.

O professor enfrenta as necessidades de adaptação das condições sociais, econômicas, tecnológicas e ainda pela exigência contínua de se manter atualizado diante das transformações do conhecimento científico, da velocidade e inconstância das informações, da enfermidade nas relações cotidianas que acabam vulneráveis às manifestações do estresse. Bauman em sua obra *Tempos Líquidos,* nos mostra como o contemporâneo e as mudanças rápidas afetam a vida do ser humano, mudando seu comportamento e suas relações com o trabalho. “A liquidez da vida e da sociedade se alimenta e se revigoram mutualmente. A vida líquida, assim como a sociedade líquido-moderna, não podem manter a forma ou permanecer por muito tempo.” (BAUMAN, 2009, p.7).

Para compreender o conceito de estresse, recorre-se historicamente à Cannon que, em 1914, que usou a resposta do organismo para uma situação percebida de risco ou fuga. Selye (apud SCHERER, 2003) apresenta três estágios distintos, que ele chama de: 1º. reação de alarme, 2º. reação de adaptação, quando o organismo se mantém exposto ao "risco" e, a 3º. reação de resistência com caráter de oposição a reação de alarme. No terceiro estágio, o organismo chega a "exaustão" por permanecer em estado de alerta; é o estágio final, em que ocorre o *burnout.* O estresse é considerado uma das principais causas que levam à incapacidade no trabalho.

Cooper e Smith (1998); indicam que a qualidade das relações de trabalho, principalmente entre supervisores e equipe, configuram-se como fator fundamental para promoção da saúde do trabalhador e da organização.

Para Levi (1998), o termo estresse é utilizado na biologia e na medicina para denominar um processo corporal, uma estratégia de adaptação do indivíduo a qualquer situação à qual se encontra exposto, representando um conjunto de respostas do corpo às múltiplas exigências e pressões. Como definiu Selye (1959) o estresse é o grau de desgaste total causado pela vida.

O termo estresse se popularizou a partir do uso pela medicina, mas também é utilizado dessa maneira na produção do conhecimento científico nas várias áreas.

Faz-se imprescindível que a discussão sobre o estresse ocorra de forma interdisciplinar. Para a física (da qual o conceito se origina), estresse se refere a uma força de resistência interna oferecida pelos materiais sólidos ante as forças externas (cargas). Tanto à luz da medicina, quanto da psicologia, originariamente o estresse aparece para controlar condições externas ou uma força imposta ao organismo, como para fazer referência às respostas desse mesmo organismo ante a essas forças.

Na perspectiva social, Aneshensel (1992) afirma que as concepções de estresse usualmente enfatizam o estado de excitação, resultante tanto das demandas socioambientais, que sobrecarregam a capacidade de adaptação do

indivíduo, como da ausência de recursos para responder às demandas intensas.

Cassel (1974), ao discutir a relação entre os processos psicossociais e o desencadeamento de estresse, afirma que a procura por novas categorias no ambiente que podem desencadear patologias se deu a partir do reconhecimento das limitações do modelo biomédico utilizado por Selye (1965, p. 65), quando afirma que o estresse significa “síndrome específica, constituída por todas as alterações não específicas produzidas no sistema biológico".

As ideias apresentadas por Aneshensel (1992) indicaram a influência dos aspectos socioculturais sobre a saúde e na determinação do estresse. Cassel (1974) ressalta que estressores são variáveis ambientais que desencadeiam o fenômeno e que afetam diferentemente as pessoas.

> Chama-se de *stress* a um estado de tensão que causa uma ruptura no equilíbrio interno do organismo. É por isso que às vezes, em momento de desafios, nosso coração bate rápido demais, o estômago não consegue digerir a refeição e a insônia ocorre. Em geral, o corpo todo funciona em sintonia, como uma grande orquestra. Desse modo, o coração bate no ritmo adequado às suas funções; pulmões, fígado, pâncreas e estômago têm seu próprio ritmo que se entrosa com o de outros órgãos. A orquestra do corpo toca o ritmo da vida com equilíbrio preciso, Mas quando o *stress* ocorre, esse equilíbrio, chamado de homeostase pelos especialistas, é quebrado e não há mais entrosamento entre os vários órgãos do corpo. (LIPP, 2000, p. 12).

Dentre os estudos acerca do estresse do professor, a psicóloga Helga Reinhold (1996) traz muitas contribuições nessa área e realizou uma revisão das pesquisas sobre o estresse do professor em diversas partes do mundo e os resultado mostraram que os principais estressores são: 1) condições de trabalho (falta de tempo, sobrecarga, ausência de recursos); 2) falta de colaboração e comunicação entre os colegas; 3) fatores interpessoais (situações de vida, momento, família, etc.); 4) imagem profissional negativa (“uma profissão de que não se tem o que esperar”); 5) os próprios alunos (desmotivados, classes numerosas, alunos com problemas escolares, emocionais ou comportamentais); 6) pais de alunos (expectativas exageradas

sobre os filhos e, como consequência, a cobrança ao professor); 7) fatores administrativos (oportunidades limitadas de promoção, burocracia excessiva, falta de apoio, atitudes diretivas e excesso de cobrança).

Nesta perspectiva de análise há um consenso quanto à percepção do indivíduo relacionado ao evento estressor e do ambiente no processo de produção de sintomas. Cooper (1983) sustém que existem seis fontes de estresse - fatores intrínsecos do trabalho, posição do trabalhador na organização, relações interpessoais estabelecidas no contexto de trabalho, possibilidade de desenvolvimento de carreira, estrutura e clima organizacionais e relação entre a dinâmica familiar e o trabalho. Para o autor, a produção de estresse psíquico no trabalho se dá a depender da percepção que o sujeito tem destas esferas, podendo, assim, desencadear sintomas individuais e organizacionais. (COX; GRIFFITHS; GONZÁLEZ, 2000; LADEIRA, 1996).

Legítima a indagação: sabendo que o estresse é componente inerente ao viver e ao trabalhar, existe alguma especificidade deste fenômeno na atividade docente?

A profissão docente é muito importante na vida de todas as pessoas. Esse fato lhe imputa maior responsabilidade sobre o outro, sobre a formação do outro, o que acarreta, paradoxalmente, um empoderamento, mesmo que tenha um caráter provisório, assim como lhe causa a sensação de desafio e desequilíbrios constantes. Trata-se de uma atividade que imputa responsabilidade, dedicação e compromisso relevante para a sociedade (CUNHA, 1989).

O professor nasceu numa época, num local, numa circunstância que interferem no seu modo de ser e de agir. Suas experiências e sua história são fatores determinantes de seu comportamento cotidiano. Além disso, ele divide o seu tempo em função do seu projeto de vida. O professor nem sempre apresenta uma vida feliz ou estável. Está sempre na inconstância sobre o seu devir. De acordo com Lambrou (2004) “estudos realizados sobre a profissão de professor, dizem que a mesma está em terceiro lugar no *ranking* das profissões estressantes”.

3.3 O MAL-ESTAR DOCENTE

O mal-estar docente é um fenômeno contemporâneo que abate os professores na sua vida física, psíquica e social. É decorrente das condições de trabalho que acaba afetando a qualidade do seu desempenho em sala de aula. Segundo Jesus (2002, p. 11),

> No âmbito dos estudos realizados com professores, o mal-estar docente é um problema atual que tem suscitado múltiplas investigações em diversos países. Esse problema afeta muitos professores e comporta várias implicações negativas, nomeadamente sobre a qualidade do ensino pelo que convém ser investigado na perspectiva de serem encontradas possíveis perspectivas ou hipóteses de intervenção que possam contribuir para a sua prevenção e resolução, isto é, para o bem-estar docente.

A atuação do professor e a prática pedagógica em sala de aula são caracterizadas pelas tensões que incidem sobre o seu trabalho e suscitam a emergência do mal-estar. O mal-estar docente é, segundo Esteves (1999), uma expressão utilizada para descrever os efeitos permanentes de caráter negativo que afetam a personalidade do professor como resultado das condições psicológicas e sociais em que se exerce a docência.

Para Jesus (2002), este mal-estar tem como sintomas evidentes: a insatisfação profissional, desinvestimento na profissão, desresponsabilização em relação às tarefas docentes, desejo de abandonar a profissão, absenteísmo, esgotamento, ansiedade, neurose, depressão e estresse.

Ainda para Esteves (1999), o absenteísmo é um mecanismo de defesa utilizado contra a tensão derivada do exercício docente, uma forma de atingir um alívio para escapar das tensões acumuladas.

As solicitações de afastamento para tratamento de saúde por professores têm sido alvo de preocupação das Organizações de Classe, e gerador de estudos e pesquisas científicas e acadêmicas, notadamente nas últimas décadas.

As doenças que acometem os professores são resultantes de complexas relações que se estabelecem entre trabalho, saúde e educação que tem um percurso lógico permeado pelos aspectos sociopolíticos e econômicos do mundo do trabalho e um itinerário individual construído por cada professor na sua vida profissional.

Segundo dados do Sindicato dos Professores do Ensino Oficial do Estado de São Paulo (APEOESP, 2006), no Brasil observa-se um grande número de professores readaptados (afastados temporária ou permanentemente para as atividades administrativas), sendo afetados por uma ou algumas doenças da área da psiquiatria, neurologia, otorrinolaringologia, reumatologia ou mesmo professores que se mantêm em sucessivas licenças de saúde por razões diversas.

As mudanças que se processam no “mundo do trabalho”, com a superposição dos padrões antigos e das novas formas de adoecimento dos trabalhadores, decorrentes da incorporação de tecnologias e estratégias gerenciais, bem como o aumento acelerado da força de trabalho inserida no setor informal, estimada, em 2000, em 57% da População Economicamente Ativa (PEA), exigem dos serviços de saúde ações que contemplem políticas de saúde e segurança no trabalho mais eficazes.

No início da década de 80, os estudos relacionados ao adoecimento docente, originários por alterações das condições de trabalho foram notificados de forma contundente em países europeus: Suécia, França, Alemanha e Reino Unido. Notadamente o estresse e a síndrome de Burnout* foram apontados como principais manifestações patógenas que acometem os professores, causando impacto sobre o absenteísmo como licenças médicas, aposentadorias e abandono de profissão.

---

* A síndrome de burnout, ou síndrome do esgotamento profissional, é um distúrbio psíquico descrito em 1974 por Freudenberger, um médico americano. O transtorno está registrado no Grupo V da CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde).

Nos termos da política nacional recentemente definida, as ações de Saúde do Trabalhador na rede de serviços devem ser assumidas pelo Sistema como um todo, tendo como porta de entrada a rede básica de saúde e como retaguarda técnica os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e os níveis mais complexos desse Sistema.

Pretende-se, dessa forma, que as ações atinjam todos os trabalhadores do País, cumprindo o preceito constitucional e as determinações da Lei Orgânica da Saúde (LOS) n.º 8.080/1990.

A preparação de um material de apoio para a atuação dos profissionais responsáveis pela atenção aos trabalhadores no sistema de saúde tem sido uma demanda de todos aqueles que se dedicam ao campo da Saúde do Trabalhador.

Segundo Mendes e Dias (1991, p. 347): “No Brasil a emergência da saúde no início dos anos 80, no contexto da transição democrática, estava em sintonia com o que ocorria no mundo ocidental”.

No Brasil, as jornadas de trabalho dos professores situam-se em torno de 40h semanais, sendo raros os casos em que parte desse tempo (10% ou 20%) seja garantido para o trabalho extraclasse.

Além do trabalho desenvolvido em sala de aula com excessivo número de aulas, salas sem as mínimas condições de trabalho, muitas tarefas a executar relativas à prática docente e demandas institucionais cotidianas, o professor fica condenado a uma sobrecarga de trabalho exaustivo no espaço escolar, a exemplo de atividades e de horas extraordinárias, e pouco ou quase nunca remuneradas, que têm impactos nocivos sobre as condições de trabalho e saúde dos educadores, uma vez que são acrescidos às condições já estressantes e enfadonhas do trabalho realizado em condições normais.

Diferentemente de outros profissionais, o professor é um trabalhador que deve planejar, executar e avaliar seu trabalho na Escola; e exerce atividades relativas à profissão fora desse espaço, quase sempre no lar, local onde se intensificam a permeabilidade das questões do trabalho com a vida familiar, social e a vida individual. Essas considerações não são ponderadas pelos

organismos trabalhistas porque perpassam o âmbito do local de trabalho e é quase invisível fora desse cenário. As contingências do trabalho do professor para além da Escola não são consideradas e na maioria das vezes atividades estanques que contribuem para a sobrecarga do trabalho e desgaste físico e psíquico desses sujeitos.

As manifestações ocasionadas pelas doenças ocupacionais do professor sempre existiram, mas as preocupações e discussões sobre a sua saúde são recentes.

> No cenário nacional, também, as mudanças na organização do trabalho docente juntamente com as novas exigências requeridas trouxeram consigo sobrecarga de trabalho para os professores, tanto no que diz respeito ao volume de trabalho, a precariedade das condições de ensino, a diversidade e complexidade existente em sala com as quais o professor é obrigado a lidar, quanto à expectativa social de excelência do seu trabalho. (GASPARINI, BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006, p. 2679).

Nesse sentido, para Carlotto e Palazzo (2006), impuseram-se muitas atribuições ao professor que ultrapassam seus interesses e carga horária, entretanto este mesmo profissional tem sido excluído das decisões institucionais, sendo percebido somente como um executor de propostas elaboradas por outros. Para Nóvoa (1995, p. 96),

> O processo de profissionalização caracterizou-se como um percurso repleto de lutas e contradições. O âmbito educativo foi permeado por inúmeros atores (Estado, Igreja, famílias, entre outros) que perceberam a estruturação docente como uma ameaça aos seus interesses. Mediante as diferentes perspectivas propiciaram a desprofissionalização e proletarização, às quais os docentes estão expostos.

O desgaste da profissão também é resultado do desprestígio que lhes é imputado, ao passo que é o sujeito que forma, que ensina o manejo da construção do conhecimento, que possibilita o exercício do saber pensar e da criticidade ao outro. Simultaneamente, é-lhes negada a condição de exercer o

papel de pensador crítico e agente ativo nas decisões escolares. A mera execução do trabalho prático em sala de aula acaba por se tornar mecânico, enfadonho e sem perspectiva do incentivo e do empoderamento, que é peculiar a esse trabalho de formação humana. As pesquisas de Esteve (1999) e de Codo (1999) afirmam que as condições de trabalho dos docentes brasileiros, a exemplo das condições de trabalho dos docentes americanos e europeus são consideradas precárias e têm sido apontadas, nas pesquisas atuais, como geradoras de adoecimento físico e psicológico.

Historicamente o trabalho e a formação docente no Brasil restringem-se apenas à implementação das políticas públicas ao suposto crescimento dos índices de aprendizagem pelos estudantes, tendo como parâmetro a efetivação de projetos e programas veiculados institucionalmente.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) (1984) definiu o trabalho docente como ocupando um lugar central e determinante na sociedade, pois, consideram os professores responsáveis pelo preparo do cidadão para a vida, considerando que enfrentam as condições mínimas de trabalho (horário adequado, recursos materiais e físicos) para atingir os objetivos de um ensino eficiente.

A qualidade do ensino começa a ser traduzida por discutíveis índices de produtividade e pela capacidade da escola em gerar conhecimentos práticos que atendam às demandas de modernização do mundo que vivemos.

> [...] A solução da crise atual implicaria, então a otimização dos recursos, o estabelecimento de uma nova racionalidade gerencial dos sistemas públicos de ensino e a criatividade, esforço e iniciativa dos profissionais, dos alunos e de suas famílias. (HECKERT et al., 2001, p. 124).

Para os docentes foram oferecidas as oportunidades de formação paralela às exigências da melhoria do seu trabalho, a elevação dos índices de aprovação. Todavia, as precárias condições de trabalho, a melhoria salarial, a ascensão funcional, não fazem parte de determinações e cumprimentos que favorecem a vida profissional dos docentes. Quiçá a preocupação com

propostas que veiculassem alternativas de cuidados e preocupações com a saúde do trabalhador da educação. Como aponta Esteve (1999), os profissionais da educação, em especial os professores, têm sofrido tanto uma exigência de posturas requeridas pela sociedade, como problemas relativos aos recursos materiais e humanos. Modificações no contexto social das últimas décadas alteraram significativamente o perfil do professor e as exigências pessoais e do meio em relação à eficácia de sua atividade.

No contexto educacional, a inexistência de políticas de assistência à saúde de forma geral, do bem estar e da progressão profissional do professor deixam de ser elencadas nas proposições das políticas públicas deixando isso sobre a responsabilidade individual, e o enfrentamento dessas questões são consideradas como se não fizessem parte da vida do trabalhador ou no mínimo são ignoradas.

A relação saúde-trabalho é visibilizada quando não elevam os índices de pedidos de licença para afastamentos temporários ou permanentes, sendo em última instância traduzidas por aposentadoria, readaptação funcional ou abandono definitivo da profissão.

São Deuses os professores? O pensamento moderno baseado na disciplina, submissão e controle, personalizam o professor como missionário ou herói. Ao professor é negada a representação da imagem de Sísifo. O reconhecimento do professor como trabalhador é uma ideia contemporânea, que de certa forma não foi concebida nas três últimas décadas. Veicula-se à função docente a doação, o acolhimento, a salvação, a disponibilidade, condição essa construída a partir do sentimento de abnegação e doação. Não é à toa que até os nossos dias usamos a expressão “dar aula”. Quem doa tem o dom da solução e da recompensa, e por isso, nessa dimensão, a ideia de trabalho, cansaço, esgotamento, insatisfação e sofrimento não deve ser atribuído ao trabalho, que nesse caso é considerado santificado. Todas essas manifestações não cabem no âmbito do trabalhador da educação, dado que não foi considerado como sujeito historicamente situado ou protagonista das transformações provocadas pelos aspectos socioeconômicos e políticos promovidos pela sociedade.

Compreender a relação trabalho e saúde tendo em vista a insuficiência dos modelos de saúde ocupacional preconizados no contexto da década de 60, faz-se mister, e nesse sentido Mendes e Dias (1991, p. 334) afirmam que:

> O cenário em que isto se evidencia é um movimento social renovado que surge nos países industrializados do mundo ocidental, mas que se espalha mundo a fora marcado pelo questionamento do sentido da vida, o valor da liberdade, o significado do trabalho na vida, o uso do corpo e a denúncia do absenteísmo de valores já sem significado para a nova geração. Estes questionamentos abalaram a confiança no Estado e puseram em cheque o lado “sagrado e místico” do trabalho cultivado no pensamento cristão e necessário na sociedade capitalista.

Impõe-se nos dias que correm a perspectiva de que o professor é um trabalhador e que as relações que se estabelecem no mundo do trabalho são resultados da efetiva produção material ou simbólica. Essa compreensão embasa-se no entendimento de que, em sendo trabalhador, o professor deve ser considerado pelo Estado, pela escola, pelos seus pares, alunos e suas famílias como sujeito social que vê o trabalho como organizador da vida e provocador tanto de prazer quanto de sofrimento.

A saúde ou doença foram concebidas ao longo da história como valoração fabricada e constituídas pelo homem para lhe conferir respectivamente felicidade para o labor ou negligência e inutilidade para a manutenção ou destruição desse mesmo labor.

Mendes e Dias (1991, p. 347) afirmam que “[...] a saúde do trabalhador considera o trabalho enquanto organizador da vida social, como espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas igualmente de resistência, de constituição e do fazer histórico”.

Nessa história os trabalhadores assumem o papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem produzindo uma experiência própria, na conjuntura das representações da sociedade.

A função docente atravessa na contemporaneidade uma de suas piores situações. O professor é visto como profissional fundamental para a sociedade,

e é com esforço que luta pela valorização e reconhecimento de seu trabalho. Muitos que ficaram nesta profissão apresentam adoecimento físico e psíquico com patologias conhecidas e etiologia desconhecida. (CRUZ, 2005).

Para Esteve (1999) e Gasparini (2005), as pesquisas sobre o trabalho docente, suas condições e saúde no trabalho permitem caracterizar os processos laborativos e constituir o perfil dos professores buscando avaliar as possíveis associações entre ocupação e problemas de saúde. Por outro lado, o campo de estudos sobre o trabalho docente é uma área em desenvolvimento, permeada por complexidade e diversidade, regulamentada por inúmeras situações políticas que são fontes de reclamações docentes por condições mínimas de trabalho no contexto das reformas da educação e sua implicação na mudança relacionada ao trabalho docente.

Enquanto ferramentas que mapeiam as patologias relacionadas ao sofrimento psíquico, as pesquisas servem de análise e investigações que, segundo Martinez (2003), podem ser expressas em três etapas:

Saúde no trabalho - primeira etapa - refere-se ao padecimento do professor, o qual chama sobre ele mesmo a dor onde muitas vezes beira a loucura. Esta demanda do adoecimento docente surgiu mediante os dados epidemiológicos psiquiátricos dos setores de saúde, e no enfoque de outras áreas como sociologia e psicologia do trabalho evidenciaram-se uma maior atenção nesta área esquecida pelas pesquisas.

Análise do processo de trabalho - segunda etapa - na perspectiva de Braverman (apud Martinez, 2003, p. 80)

> [...] a obra deste e de seus críticos integram a subjetividade do trabalhador e a variável de gênero, é possível identificar o lugar do produto no processo de trabalho docente e a qualificação como força de trabalho na produção cultural e na construção de conhecimentos sobre a escola e o público.

O conteúdo afetivo constitui ponto central e ético do trabalho docente, conforme Martinez (2003, p. 81): “[...] o docente adoece os sentimentos, o desejo, a sensação do inacabado, do desamparo ao qual se vê isolado na sala de aula e despojado de valor na sociedade do consumo e do lucro a qualquer preço”.

Contradição existente entre sistema e escola - terceira etapa - a escola como local de trabalho demanda investigação sobre os “desconhecimentos” do professor enquanto trabalhador no desempenho da sua função.

As três etapas apontadas pelo autor me fazem considerar a relevância de compreensão do binômio “*saúde e trabalho”* aplicado à realidade docente, os processos nos quais ocorrem esse trabalho e a contradição entre sistema idealizado documentalmente e escola como se organiza efetivamente. Essa discussão tem um caráter tardio frente aos danosos impactos acumulados por patologias cristalizadas nos profissionais deste setor, considerada pelos governantes quase sempre como questão de disciplinamento do trabalho no combate ao absenteísmo. Nessa direção, Martinez (2003, p. 206) considera:

> Nos enfoques sobre patologia e a didática não havia uma relação com o trabalho docente e nem questionamentos sobre o que acontece no interior das escolas para justificar a intensidade dos sofrimentos, das patologias relacionadas ao exercício da função docente. As pesquisas na educação eram focadas na escola, no processo ensino-aprendizagem, na relação professor-aluno. A escola pública crítica de empresas empregadoras, pela ineficiência dessa instituição na precária formação dos jovens trabalhadores.

De acordo com Dejours (1994), uma das frentes ameaçadoras à saúde é a própria organização do trabalho, o conjunto de atividades, as responsabilidades e as relações de autoridade no contexto laboral. Compreende-se que é no contexto laboral, nesse caso específico a Escola, que a relação saúde-doença se desenvolve. É no exercício da atividade docente que se constrói o adoecimento, porque é nesse espaço que as relações com a estrutura e com os sujeitos se estabelecem. Ainda de acordo com Dejours

(1994), o trabalho de natureza formal ou intelectual executado pelo professor tem repercussões sobre a estrutura desse sujeito e implica em sintomas psicofisiológicos laborais, os quais podem se desencadear de inúmeras maneiras, a curto e médio prazo, desde uma simples fadiga ou até doenças mais severas e acidentes de trabalho.

As condições de trabalho docente parecem ter implicação direta com as doenças decorrentes do exercício do magistério, é o que o estado da arte aqui arrolado tende demonstrar.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995) clama pelo respeito à pessoa humana e menciona: “a saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou agravos”. Reconhece a saúde como um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, independente de sua condição social e econômica, ou sua crença religiosa ou política, afirmando a importância de uma política sanitária.

O conceito de saúde tem mudado radicalmente nos últimos tempos. Antigamente, saúde significava apenas a ausência de doenças, mas logo se percebeu que não apresentar nenhuma doença física aparente, não significava ter saúde. Gradativamente, esse conceito foi se expandindo e incorporando as dimensões física, emocional, mental, social e espiritual do ser humano.

No contexto brasileiro, o conceito de saúde foi reformulado na histórica *VIII Conferência Nacional de Saúde*, realizada em Brasília, em 1986. Conhecido como conceito ampliado de saúde, foi fruto de intensa mobilização que se estabeleceu em diversos países da América Latina durante as décadas de 1970 e 1980, como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde. Esse debate se deu em pleno processo de redemocratização do país, no âmbito da Reforma Sanitária brasileira e representou uma conquista social sem precedentes ao ter elementos importantes incorporados no texto constitucional em 1988.

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de uma série de elementos indispensáveis à manutenção da vida, como alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego,

lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso aos serviços de saúde. [...] É assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (MINAYO, 1992, p. 10).

Esse conceito contrapõe-se a concepção biomédica, baseada na primazia do conhecimento anatomopatológico e na abordagem mecanicista do corpo, cujo modelo assistencial está concentrado no indivíduo, na doença, no hospital e no médico. O texto defende como princípios e diretrizes para um novo e único sistema de saúde a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação social. Alinha-se a uma corrente de pensamento crítico e tem expressão em diversos autores na América Latina.

> A saúde é vista como 'necessidade humana' cuja satisfação associa-se imediatamente a um conjunto de condições, bens e serviços que permitem o desenvolvimento individual e coletivo de capacidades e potencialidades, conformes ao nível de recursos sociais existentes e aos padrões culturais de cada contexto específico.(LAURELL, 1997, p. 86).

As propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) subsidiaram significativamente a elaboração da Constituição Federal de 1988. A garantia de saúde se tornou lei, exposta em um de seus artigos.

> A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (Art. 196).

O mérito dessa concepção reside justamente na explicitação de determinantes sociais da saúde e da doença, muitas vezes negligenciado nas concepções que privilegiam a abordagem individual e sub-individual.

De acordo com o artigo 6º da Constituição Federal Republicana de 1988: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

Enquanto resultantes dos embates e das diferentes propostas em relação ao setor de saúde presentes na Assembléia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população. Segundo o médico e professor Moacir Scliar (2007), a saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja, “saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas”.

A OMS define Saúde como o estado de completo bem-estar físico e mental e social e não apenas a ausência de doença. A origem dessa corrente encontra-se nos trabalhos do filósofo Descartes, início do século XVII, que ao comparar o corpo humano tal qual uma máquina acreditou poder descobrir a causa da conservação da saúde. Com efeito, foi o século XIX que ressaltou o estilo mecanicista da doença.

Ao analisar o conceito de saúde da OMS Como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, Dejours e Caponi reafirmaram suas crenças de que a saúde das pessoas deve ser encarada como “um assunto ligado às próprias pessoas”. (DEJOURS, 1986, p. 8)”, alheia a qualquer padronização e a qualquer determinação fixa e pré-estabelecida (CAPONI, 1997).

Para Caponi e Dejours apud (LUNARDI, 1999) é possível entender este máximo de bem estar como algo desejável de ser alcançado, uma máxima que deva, como um direito inalienável do homem, ser insistentemente buscada e procurada por todos os homens”.

A crítica mais incisiva feita por Dejours (1986) refere-se à dificuldade de definição “do estado de bem-estar”, pois o que, na verdade, constituiria este bem-estar?

Para Caponi (1997), o caráter “mutável”, “móvel” e “subjetivo” atribuído ao conceito de bem-estar, antes de uma crítica reafirma o caráter de subjetividade como um elemento inerente à oposição saúde-enfermidade.

A crítica apontada por Caponi (1997, p. 4) a este conceito, mais do que ao seu caráter utópico e de sentido subjetivo, se refere à possibilidade desta conceituação de saúde ser politicamente utilizada “para legitimar estratégias de controle e exclusão do que consideramos como indesejável e perigoso”.

Nascimento (1992, p. 189), ao analisar o conceito ampliado de saúde proposto pela VIII CNS, realizada em 1986, em que saúde resultaria dentre outras, de condições de alimentação, moradia, educação, lazer, transporte e emprego e das formas de organização social de produção, constata que, além de se dar a superação da tradição holística e curativa pelas determinações sociais da doença, a saúde parece situar-se, assim, num âmbito superestrutural, resultante de uma base sócio-econômica.

Ampliam-se cada vez mais os estudos sobre as relações entre saúde e trabalho visando refletir sobre a natureza complexa dos processos de saúde e suas implicações sobre as dimensões do trabalho na vida das pessoas, de suas famílias e em especial do trabalhador docente.

Na vida das pessoas o trabalho tem vários significados que se revelam paradoxais: por um lado impacta na felicidade do trabalhador e por outro lado pode invariavelmente ser nocivo à saúde.

Para Dejours (1994), a saúde, vista do ponto de vista crítico, reconhece que o acúmulo de novos conhecimentos e experiências na área da fisiologia, da psicossomática e da psicopatologia do trabalho permite avançar e progredir na definição de saúde.

O estado de saúde não é certamente um estado de calma, de ausência de movimento, de conforto, de bem-estar e de ociosidade. É algo que muda

constantemente e é muito importante que se compreenda esse ponto. Cremos que isso muda por completo o modo como vamos tentar definir saúde e trabalhar para melhorá-la. Isto significa que, se quisermos trabalhar pela saúde deveremos deixar livres os movimentos do corpo, não os fixando de modo rígido ou estabelecido de uma vez por todas (DEJOURS, 1986.).

Problematizando o conceito de saúde enquanto um estado de bem-estar, que apresenta o sujeito e o corpo na perspectiva da normalidade, Canguilhem (1990, p. 95), em sua obra “O Normal e o Patológico” critica a área médica quando explica o normal no sentido de uma média ou de uma norma, de um padrão a ser buscado universalmente:

> Norma significa esquadro - aquilo que não se inclina nem para a esquerda nem para a direita, portanto, o que se conserva num justo meio termo; daí derivam dois sentidos: é normal aquilo que é como deve ser; e é normal, no sentido mais usual da palavra, o que se encontra na maior parte dos casos de uma espécie determinada ou o que constitui a média ou o módulo de uma característica mensurável (CANGUILHEM, 1990, p. 95).

A saúde do trabalhador depende das exigências e das condições apontadas pelo mundo do trabalho. A saúde pode ser considerada como um estado de equilíbrio dinâmico do Sujeito nas suas relações com o espaço e tempo situados historicamente.

> [...] a saúde do trabalhador considera o trabalho como espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico. Nessa história os trabalhadores assumem o papel de atores, de Sujeitos capazes de pensar e de pensarem, produzindo experiência própria, no conjunto das representações da saúde. (MENDE; DIAS, 1991, p. 347).

O trabalho ocupa um lugar e tempo significativo na vida das pessoas, afinal é um processo multifacetado, considerado como um dispositivo gerador das condições de vida, da sobrevivência humana, organizador da vida, provocador das realizações sociais mais variadas, projeta o homem nas

dimensões sociais, políticas e econômicas. Aspecto esse que possibilita a aquisição de bens facilitadores de conforto e saúde.

Contraditoriamente, num misto de satisfação e (in)satisfação, o trabalho revela-se como construtor de condições de mal-estar, desconforto, conflitos, tensões e doenças. Nesse emaranhado de situações que envolvem os Sujeitos historicamente situados encontra-se a dualidade eminentemente característica do dinamismo de criação dos bens de consumo e serviços resultantes dessa manifestação humana conceituada como trabalho.

4. ANÁLISE DE AMOSTRA DOCUMENTAL DA DIREC 03/BA COM FOCO NAS SOLICITAÇÕES DE LIÇENCAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE E POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA

Neste capítulo, analiso os dados coletados na consulta às pastas de arquivos dos professores das escolas escolhidas da Jurisdição da DIREC/03, cujo referenciamento é posto nos arrazoados dispostos nos dois primeiros capítulos e dos critérios apresentados no delineamento metodológico da introdução desse trabalho. Organizei a apresentação da seguinte forma: transcrevi os documentos, substituindo os nomes reais por nomes fictícios e omitindo dados que poderiam comprometer o sigilo e a confidencialidade das informações. Os documentos estão numerados de 01 (um) a 12 (doze) sendo que para efeito de análise foram organizados em quatro grupos tendo como base os CID's e os transtornos apresentados por cada professor (vide tabela 2 em anexo).

Reitero que a escolha do perfil dos documentos em análise deu-se a partir do objetivo geral desta pesquisa, ou seja, o de compreender o sofrimento psíquico de professores e a sua interface com o trabalho, repensando a relação saúde-doença pelo afastamento das atividades docentes através da licença médica para tratamento da sua saúde, assim como por motivo de doença em pessoa da família, a quem deve dispensar cuidados. O sofrimento psíquico de professores e sua interface com o trabalho, repensando a relação saúde-doença pelo afastamento das atividades docentes através da licença médica.

Além disso, essa metodologia pretende atingir os objetivos específicos em identificar os motivos de afastamento através das licenças médicas para cuidar da saúde, solicitadas pelos professores do ensino fundamental* e médio que pertencem às escolas estaduais que compõem a DIREC 03/Ba.

---

*A municipalização das Escolas Estaduais atingiu o ensino fundamental, sendo transferidas para a esfera municipal a partir do Decreto N.º 13.752/12 do Estado da Bahia, baseado na Constituição Federal de 1988, no seu art. 211 e a Lei de Diretrizes e Bases N.º 9394/96 que define o papel do município como ente federativo autônomo, na questão política educacional, com a criação do seu próprio sistema de ensino. Porém no ano em que foi realizado a pesquisa entre 2011 e 2012 podemos caracterizar como fase de transição onde co-existem sob a responsabilidade da esfera estadual o ensino fundamental e médio.

Existiam algumas Escolas Estaduais que ainda assumiam a gestão do ensino fundamental, nesse período. Nesse sentido para atingir tais objetivos também foram analisados os protocolos médicos triados dos arquivos das escolas citadas.

A análise dos documentos apresentados nesse trabalho são materiais (registros documentais), que não receberam tratamento analítico, que foram reelaborados de acordo com os objetivos dessa pesquisa. Dessa forma, esses documentos foram selecionados a partir das escolas escolhidas, interpretados e analisados tendo por base a Classificação Estatística Internacional de Doenças Relacionadas à Saúde (CID 10 – OMS, 1995) que é organizada em três volumes: Volume 1 – Lista tabular; Volume 2 – Manual de Instruções e Volume 3 – Índice Alfabético. Nesse trabalho foi utilizado a certificação e classificação referente ao Volume 2, para efeito de consulta acerca das patologias mencionadas nos laudos médicos e analisados à luz dos pressupostos teóricos que fundamentam as questões referentes a relação saúde/trabalho docente apresentadas pelos professores. Segundo Gil (1999) os documentos são classificados em dois tipos principais: fontes de primeira mão e fontes de segunda mão. Nesse caso específico os documentos são de primeira mão porque não receberam qualquer tratamento analítico, encontravam-se enquanto informações dispersas que depois de organizados e analisados servirão de consulta para futuros estudos.

O CID 10 (OMS, 1995) na sua décima edição é um dispositivo do Sistema Classificatório de Diagnósticos; constitui-se como referência para classificar as doenças apresentadas nos relatórios emitidos pelos médicos a partir das solicitações de licenças para tratamento de saúde e licenças por motivo de doença em pessoa da família feitas pelos professores implicados nessa pesquisa documental. Apresento nos anexos o capítulo V desse documento, que serviu de base para esse estudo.

Esse instrumento universal de classificação é fundamental em todas as etapas da prática em saúde, além de proporcionar comunicação entre os profissionais, contribui para o enriquecimento do conhecimento no campo científico.

O CID 10 serve como referência para classificar e diagnosticar as doenças manifestadas pelos professores como instrumento de análise que elucida a relação entre a sintomatologia e os sofrimentos vivenciados pelos professores, decorrentes da sua relação com o trabalho.

A compreensão e reflexão se universalizam ao mesmo tempo em que pormenorizam os sintomas enunciados através das queixas no âmbito profissional. Seguindo uma sequência lógica no percurso a ser revelado pelos médicos e pelo paciente (nesse caso o professor). Esse parâmetro classificatório analisado a luz de pressupostos multireferenciais, aparece de forma antagônica porque sendo a doença um fenômeno complexo e multifacetado não pode ser considerado de forma reducionista, apenas, enquanto descrição de manuais ou mesmo como motivador para rotular os “pacientes”, servindo de normatização e controle dos organismos que lidam diretamente com a problemática da relação saúde/doença.

A classificação para fins de diagnóstico e revelação dos sintomas que acometem os professores não devem enclausurar e limitar as reflexões dos estudiosos e pesquisadores sobre a temática.

Saliento que na condição de pedagoga, professora e estudiosa das questões relacionadas à saúde do professor, vejo-me implicada na utilização do CID 10 como instrumento auxiliar para a análise dos documentos referidos nesse trabalho, ao tempo em que compreendo que as informações constituintes dos manuais classificatórios servem como descritores e referencias para estudos comparativos, a exemplo das queixas apresentadas pelos professores incluídas nos relatórios médicos, com os pareceres médicos traduzidos em saberes científicos, mas principalmente para a utilização dos seus elementos.

Vislumbrando um aprofundamento teórico a partir da contextualização onde os fenômenos acontecem, sendo referenciados pela produção de pesquisas e da literatura produzida acerca do foco desse trabalho: o sofrimento psíquico e o mal-estar docente dos professores das escolas estaduais e municipais da jurisdição da DIREC 03.

Nesse universo da pesquisa, onde foram realizadas as análises dos documentos referentes ao ano letivo correspondente entre 2011 a 2012, nesse sentido foram realizadas pela Junta Médica do Estado da Bahia (Anexo IV): as licenças médicas para cuidar da saúde, licenças para readaptação funcional e licença por motivo de doença na família. Esse trabalho buscou analisar as solicitações dos professores para cuidar da saúde e para cuidar de pessoa da família, não faz parte desse estudo as licenças para readaptação funcional.

O perfil de Escolas que compõem a DIREC/03 e que se enquadram no quesito solicitação de afastamento do trabalho para tratamento de saúde tem as seguintes especificações que estão contidas na Tabela intitulada Licenças Médicas (em anexo). São 29 escolas de nove cidades que estão assim distribuídas: Acajutiba uma escola; Alagoinhas treze escolas; Aramari uma escola; Catu seis escolas; Conde uma escola; Entre Rios uma escola; Inhambupe duas escolas; Ouriçangas uma escola; Rio Real tres escolas.

O número de solicitações de licenças médicas para tratamento de saúde, por cidades foram assim apresentadas: duas em Acajutiba, vinte nove em Alagoinhas,uma em Aramari, seis em Catu, uma no Conde, uma em Entre Rios,quatro em Inhambupe, uma em Ouriçangas , três em Rio Real. Dando um total de nove cidades e quarenta e oito solicitações.

O número de solicitações de licenças por motivo de doença em pessoa da família por cidades foram: três em Alagoinhas, uma em Inhambupe. Dando um total de duas cidades e quatro solicitações. Esses dados correspondem ao período entre 2011/2012, compreendendo um ano letivo.

Por questões eminentemente éticas e para melhor preservar os professores implicados na pesquisa, serão omitidos os nomes das escolas em questão, aparecendo apenas os nomes das cidades e o quantitativo de escolas e solicitação das licenças.

Para fazer uma análise mais apurada dos documentos usei o critério do maior número de solicitações de licenças médicas agrupadas numa mesma escola, em razão da acessibilidade aos documentos, assim como foram selecionadas todas as solicitações de licença por motivo de doença em pessoa

da família, num total de quatro em duas cidades. Das solicitações para licença pelos motivos citados foram selecionadas as quatro licenças e analisadas nesse estudo apenas uma em detrimento das três restantes não apresentarem relatórios médicos arquivados.

4.1 PROCEDIMENTO PARA OBTER LICENÇA MÉDICA NO DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS DO ESTADO DA BAHIA (DPME - BA)

Todo servidor público, que por qualquer condição de saúde necessitar de afastamento deverá, como procedimento padrão, requerer junto ao departamento de perícia o seu laudo. Se for requerer licenças por doença profissional, o servidor que tenha adquirido doença profissional terá direito à licença sem perda dos vencimentos ou salários pelo prazo máximo de quatro anos.

Os procedimentos médicos são identificados pelo CID 10 (OMS, 1995), apresentada em três volumes:

O volume 1 – Lista tabular – Representa o Relatório da Conferência Internacional para a Décima Revisão, a classificação propriamente dita nos níveis de três e quatro caracteres, a classificação da morfologia de neoplasias, listas especiais de tabulação para moralidade e para morbidade, as definições e os regulamentos da nomenclatura; O volume 2 – Manual de Ilustrações – Este volume apresenta as notas sobre a certificação médica e sobre a classificação. Vem com maior quantidade de informações e material de instrução e orientações sobre o uso do volume 1, e sobre as tabulações e sobre o planejamento para o uso do CID. Incluem também a parte histórica; O volume 3 – Índice alfabético – Apresenta o índice propriamente dito com uma introdução e maior quantidade de instruções sobre o seu uso.

No volume 1, a Lista tabular é formada por categorias, isto é, código de

três caracteres (uma letra e dois algarismos) e subcategorias (nesse caso, quando uma categoria é atribuída a um outro número), tem-se, portanto, as subdivisões de três caracteres iniciais acrescidos de um ponto e de outro número, um conjunto de categorias que contém doenças semelhantes, que constitui um agrupamento. Vários agrupamentos constituem um capítulo. Ex. o CID 10.

O CID é composto de vinte e dois capítulos. Como exemplo dos capítulos em sua descrição geral podemos citar: Capítulo V, F00 e F99 - Transtornos mentais e comportamentais.

Através do CID se identifica, então, a doença do funcionário e seu enquadramento dentro dos capítulos até chegar à subcategoria. Vale ressaltar que, no momento de passar por perícia médica, não é aceito o atestado que não contenha o CID do afastamento.

4.2 LICENÇAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE E POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA

Estudos contemporâneos sobre epidemiologia ou ergonomia, argumentam que se associam as condições de trabalho e insatisfação, quando se debate trabalho docente e saúde. Um dado nada negligenciável é que os quadros depressivos são mais frequentemente encontrados nas licenças ligadas ao transtorno emocional.

Gatti (apud LAPO, 2005) afirma que o trabalho docente com baixos salários e falta de planos consolidados na carreira, leva a um desprestígio na carreira. A situação se agrava quando faltam professores com formação acadêmica. Esses fatores nos levam a questionar a importância do professor socialmente, já que essa importância não vem reconhecida nas condições de trabalho.

A lógica do mercado, da pressão pela produção, permeia todo o ambiente de trabalho. Porém, na educação, essa lógica da produtividade afeta o desenvolvimento do pensamento e de possibilidades de comportamentos criativos. Dejours (1992, p. 36) acrescenta que é imperativo serem criadas medidas de proteção da saúde mental contra os efeitos deletérios do sofrimento.

4.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE LICENÇA MÉDICA

No Informativo de Licença Médica consta que:

O presente instrumento trata de um mero informativo a ser entregue pelo Servidor à sua chefia imediata no prazo de 48 horas, ressaltando-se que o mesmo não substitui o Laudo Médico Pericial que será emitido pela Junta Médica e encaminhado por ofício ao Órgão de origem do Servidor para que seja providenciada a sua publicação no Diário Oficial do Estado na forma da Lei.

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA PERÍCIA MÉDICA

Relatório Médico: Documento original timbrado da Unidade de Atendimento, com data atualizada (30 dias), contando CID prognóstico da evolução da patologia, sugestão de afastamento com justificativa, assinatura, carimbo e número do CRM do médico assinante.

Requerimento de Inspeção Médica: Documento original, com data atualizada (30 dias), devidamente preenchido, constando assinatura e carimbo de chefia do servidor.

Exames: Original dos exames realizados, além de Xerox dos laudos

destes exames.

Documentos Individuais: Xerox do último contracheque e da identidade.

Outros: Xerox de documentos referente ao estado de saúde do Servidor (guias de internamento e alta hospitalar, declaração de internamentos).

O Médico Perito poderá solicitar exames complementares

Para efeito de análise documental, prevista na metodologia dessa pesquisa a organização do trabalho segue a seguinte ordem: 1. Apresentação do Relatório Médico; 2. Descrição das patologias segundo o Manual do CID 10 referendado, pela OMS; e pelos bancos de dados relacionados aos CID's: Banco de Saúde, Wikipédia, Galeno Alvarenga, SospMed, EMTR, ABC da Saúde, PsiqWeb, Neuroinformação e 3. Análise dos dispositivos do CID 10 à luz dos pressupostos teóricos que fundamentam o presente trabalho que para efeito da melhor organização, compreensão e reflexão estão organizados em grupos, apresentados no item 3 dessa análise visto que existe uma repetição em termos das patologias descritas da mesma forma que algumas professoras apresentam no mesmo documento vários CID's.

4.4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Documento um:

Aracelis Prado, professora do Ensino Fundamental da rede estadual de ensino, exerce o regime de trabalho de 40 h/a semanais, tem indicação de concessão de licença médica pelo prazo de 70 dias.

Relatório Médico:

"Atesto para os devidos fins que a Sra. Aracelis prado apresenta

distúrbio classificado no CID 10 por F33. Necessitando afastar-se das atividades laborativas por 70 dias.”

Assinatura, carimbo e CRM do médico assistente

Descrição do CID 10 por F33 – Transtorno depressivo recorrente

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo (F32) na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves do transtorno recorrente (F33.2 e F33.3) apresentam numerosos pontos comuns com os conceitos anteriores da depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo transtorno afetivo bipolar (F31). Inclui: Episódios recorrentes de uma: depressão, psicogênica, reativa, reação depressiva, transtorno depressivo sazonal. Exclui: Episódios depressivos recorrentes breves (F38.1).

Documento dois:

Arabela Pimenta, professora do Ensino Médio da rede estadual de ensino, exerce o regime de trabalho de 40h/a semanais, tem indicação de concessão de três licenças médicas pelo prazo de 60 dias cada uma, totalizando 180 dias.

Relatório Médico:

Arabela Pimenta apresenta um quadro depressivo e necessita se ausentar por 180 dias de suas atividades no trabalho. Portadora do CID 10 F33.3 e F60.3.

Assinatura, carimbo e CRM do médico assistente

Descrição do CID 10 por F33.3 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual grave, com sintomas psicótico, tal como descrito CID 10 F32.3, na ausência de qualquer antecedente de mania. Inclui: Depressão: endógena com sintomas psicóticos. Episódio recorrente grave (de): depressão: major com sintomas psicóticos, psicose depressiva psicogênica reativa, psicose maníaco-depressiva, forma depressiva, com sintomas psicóticos.

Descrição do CID 10 por F 60.3 – Transtorno de personalidade com instabilidade emocional

É transtorno de personalidade caracterizado por tendência nítida a agir de modo imprevisível sem consideração pelas consequências; humor imprevisível e caprichoso; tendência a acessos de cólera e uma incapacidade de controlar os comportamentos impulsivos; tendência a adotar um comportamento briguento e a entrar em conflito com os outros, particularmente quando os atos impulsivos são contrariados ou censurados. Dois tipos podem ser distintos: o tipo impulsivo, caracterizado principalmente por uma instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos; e o tipo "borderline", caracterizado além disto por perturbações da auto-imagem, do estabelecimento de projetos e das preferências pessoais, por uma sensação crônica de vacuidade, por relações interpessoais intensas e instáveis e por uma tendência a adotar um comportamento autodestrutivo, compreendendo tentativas de suicídio e gestos suicidas. Inclui: Personalidade (transtorno da): - agressiva - "borderline" – explosiva. Exclui: Personalidade dissocial (transtorno da) (F60.2).

Documento três:

Abela da Paixão, não tem condições de exercer suas funções laborativas por transtornos psiquiátricos classificados no CID 10 por F31, F41.1 e F43, devendo se afastar do trabalho e tem indicação de quatro Licenças Médicas sendo as duas primeiras de 30 dias cada, a terceira de 60 dias e a quarta Licença de 49 dias, totalizando 169 dias.

Relatório Médico:

Atesto que Abela da Paixão, CPF. xxx.xxx.xxx-xx, não tem condições de exercer nos funções por causa de transtornos classificados de CID 10 F31, F41.1 e F43, sendo afastada por 169 dias do trabalho.

Assinatura, carimbo e CRM do médico assistente

Descrição do CID 10 por F31 – Transtorno afetivo bipolar

Transtorno caracterizado por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do Sujeito estão profundamente perturbados, sendo que este distúrbio consiste em algumas ocasiões de uma elevação do humor e aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e em outros, de um refaixamento do humor e da redução da energia e da atividade (depressão) pacientes que sofrem somente de episódios repetidos de hipomania ou mania são classificados como bipolares. Inclui: Doença, psicose e reação maníaco-depressiva. Exlcui: Ciclotimia (F34.0) Transtorno bipolar, episódio maníaco isolado (F30).

Descrição do CID 10 por F41.1 – Ansiedade generalizada

É caracterizado como ansiedade generalizada e persistente que não ocorre exclusivamente nem mesmo de modo preferencial numa situação determinada (a ansiedade é "flutuante"). Os sintomas essenciais são variáveis, mas compreendem nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. Medos de que o paciente ou um de seus próximos irá brevemente ficar doente ou sofrer um acidente são freqüentemente expressos. Inclui: Estado

) ansiosa(o) Neurose(Reação de angústia. Exclui: Neurastenia (F48.0).

Descrição do CID 10 por F43 – Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação

É uma categoria que difere das outras na medida em que sua definição não repousa exclusivamente sobre a sintomatologia e a evolução, mas igualmente sobre a existência de um ou outro dos dois fatores causais seguintes: um acontecimento particularmente estressante desencadeia uma reação de stress aguda, ou uma alteração particularmente marcante na vida do sujeito, que comporta consequências desagradáveis e duradouras e levam a um transtorno de adaptação. Embora fatores de stress psicossociais (?life events?) relativamente pouco graves possam precipitar a ocorrência de um grande número de transtornos classificados em outra parte neste capítulo ou influenciar-lhes o quadro clínico, nem sempre é possível atribuir-lhes um papel etiológico, quanto mais que é necessário levar em consideração fatores de vulnerabilidade, frequentemente idiossincráticos, próprios de cada indivíduo; em outros termos, estes fatores não são nem necessários nem suficientes para explicar a ocorrência e a natureza do transtorno observado. Em contraste, para os transtornos reunidos aqui sob F43, admite-se que sua ocorrência é sempre a consequência direta de um stress agudo importante ou de um traumatismo persistente. O acontecimento estressante ou as circunstâncias penosas persistentes constituem o fator causal primário e essencial, na ausência do qual o transtorno não teria ocorrido. Os transtornos reunidos neste capítulo podem assim ser considerados como respostas inadaptadas a um stress grave ou persistente, na medida em que eles interferem com mecanismos adaptativos eficazes e entravam assim o funcionamento social.

Documento quatro:

Afonsina Paranhos, não tem condições de exercer suas funções laborativas por apresentar distúrbios classificado no CID 10 por F41.2, devendo se afastar do trabalho e tem indicação de uma Licença Médica pelo prazo de 60 dias.

Relatório Médico:

A Senhora Afonsina Paranhos, RG xxxxxxxxxx, é atendida desde junho de 2011 em virtude de distúrbio classificado no CID10, por F41.2. Evolui com melhora gradativa, porém ainda sem condições de exercer as funções laborativas tem ansiedade, insegurança, lapsos de memória, sem condição de retorno as atividades. Deverá ser afastada por 60 (sessenta) dias visando o reestabelecimento.

Assinatura, carimbo e CRM do médico assistente

Descrição do CID 10 por F41.2 Transtorno misto ansioso e depressivo

Esta categoria deve ser utilizada quando o sujeito apresenta ao mesmo tempo sintomas ansiosos e sintomas depressivos, sem predominância nítida de uns ou de outros, e sem que a intensidade de uns ou de outros seja suficiente para justificar um diagnóstico isolado. Quando os sintomas ansiosos e depressivos estão presentes

simultaneamente com uma intensidade suficiente para justificar diagnósticos isolados, os dois diagnósticos devem ser anotados e não se faz um diagnóstico de transtorno misto ansioso e depressivo. Inclui: Depressão ansiosa (leve ou não-persistente).

Documento cinco:

Agledes Pereira, não tem condições de exercer suas funções laborativas por apresentar transtornos classificado no CID 10 por F33 e F41.1, devendo se afastar do trabalho e tem indicação de uma Licença Médica pelo prazo de 45 dias.

Relatório Médico:

Atesto que Agledes Pereira, CPF. xxx.xxx.xxx-xx, não tem condições de exercer nos funções por causa de transtornos classificados no CID 10 por F33 e F41.1, sendo afastada por 45 dias do trabalho.

Assinatura, carimbo e CRM do médico assistente

Descrição do CID 10 por F33 – Transtorno depressivo recorrente

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo (F32) na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves do transtorno recorrente (F33.2 e F33.3) apresentam numerosos pontos comuns com os conceitos anteriores da depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo transtorno afetivo bipolar (F31). Inclui: Episódios recorrentes de uma: depressão, psicogênica, reativa, reação depressiva, transtorno depressivo sazonal. Exclui: Episódios depressivos recorrentes breves (F38.1).

Descrição do CID 10 por F41.1 – Ansiedade Generalizada

É caracterizado como ansiedade generalizada e persistente que não ocorre exclusivamente nem mesmo de modo preferencial numa situação determinada (a ansiedade é "flutuante"). Os sintomas essenciais são variáveis, mas compreendem nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. Medos de que o paciente ou um de seus próximos irá brevemente ficar doente ou sofrer um acidente são frequentemente expressos. Inclui: Estado ansiosa(o), Neurose Reação de angústia. Exclui: Neurastenia (F48.0).

Documento seis:

Anastasia Melo, não tem condições de exercer suas funções laborativas por apresentar um quadro psiquiátrico classificado no CID 10 por F41, F42 e F48.8, devendo se afastar do trabalho e tem indicação de três Licenças Médicas sendo as duas primeiras pelo prazo de 60 dias cada uma e a terceira pelo prazo de 30 dias.

Relatório Médico:

Atesto que a senhora Senhora Anastasia Melo, RG xxxxxxxxxx, precisa urgentemente se ausentar das atividades, pois apresenta um quadro psiquiátrico grave de CID 10 F41, F42 e F48.8. Devendo a mesma afastar-se por 150 dias.

Assinatura, carimbo e CRM do médico assistente

Descrição do CID 10 por F41 – Outros transtornos ansiosos

Transtornos caracterizados essencialmente pela presença das manifestações ansiosas que não são desencadeadas exclusivamente pela exposição a uma situação determinada. Podem se acompanhar de sintomas depressivos ou obsessivos, assim como de certas manifestações que traduzem uma ansiedade fóbica, desde que estas manifestações sejam, contudo, claramente secundárias ou pouco graves.

Descrição do CID 10 por F42 - Transtorno obsessivo-compulsivo

Transtorno caracterizado essencialmente por ideias obsessivas ou por comportamentos compulsivos recorrentes. As ideias obsessivas são pensamentos, representações ou impulsos, que se intrometem na consciência do sujeito de modo repetitivo e estereotipado. Em regra geral, elas perturbam muito o sujeito, o qual tenta, frequentemente resistir-lhes, mas sem sucesso. O sujeito reconhece, entretanto, que se trata de seus próprios pensamentos, mas estranhos à sua vontade e em geral desprazeirosos. Os comportamentos e os rituais compulsivos são atividades estereotipadas repetitivas. O sujeito não tira prazer direto algum da realização destes atos os quais, por outro lado, não levam à realização de tarefas úteis por si mesmas. O comportamento compulsivo tem por finalidade prevenir algum evento objetivamente improvável, frequentemente implicando dano ao sujeito ou causado por ele, que ele(a) teme que possa ocorrer. O sujeito reconhece habitualmente o absurdo e a inutilidade de seu comportamento e faz esforços repetidos para resistir-lhes. O transtorno se acompanha quase sempre de ansiedade. Esta ansiedade se agrava quando o sujeito tenta resistir à sua atividade compulsiva. Inclui: Neurose: - anancástica - obsessivo-compulsiva. Exclui: Personalidade (transtorno da) obsessivo-compulsiva (F60.5)

Descrição do CID 10 por F48.8 - Outros transtornos neuróticos especificados

Caracteriza-se como a Neurose (de): - profissional (incluindo cãibra dos escritores) – psicastênica. Psicastenia, Síncope psicogênica e Síndrome de Dhat.

Documento sete:

Andina Silva, não tem condições de exercer suas funções laborativas por apresentar distúrbios e vários episódios depressivos classificados no CID 10 por F33, devendo se afastar do trabalho e tem indicação de três Licenças Médicas sendo a primeira pelo prazo de 90 dias, a segunda pelo prazo de 60 dias e a terceira pelo prazo de 15 dias, totalizando 165 dias.

Relatório Médico 1:

A Senhora Andina Silva é acompanhada desde xx do xx tem histórico de depressão iniciada aos 17 anos de idade. Teve vários episódios ao longo da vida com intervalos de estabilização do humor. Vem com humor inibido, piorando no início de janeiro, tem limitação motora, lapsos de memória, ansiedade e insegurança. Tem cefaléia intensa e humor inibido. Em uso regular de medicação, iniciará terapia com psicologia com objetivo de ampliar a melhora que tem sido alcançada ao longo dos anos. Ainda sem condições de exercer as funções laborativas, tem distúrbios classificada no CID10 por F33.

Assinatura, carimbo e CRM do médico assistente

Relatório Médico 2:

A Senhora Andina Silva tem distúrbio classificado com diagnóstico de CID10 por F33. Iniciou o distúrbio aos 17 anos, teve vários episódios depressivos ao longo da vida, atualmente tem insegurança, lapsos de memória, isolamento social, sem condições de exercer as funções laborativas de assistência ao outro, quando precisa de auxílio familiar, no momento deverá ser afastada das atividades por 90 (noventa) dias.

Assinatura, carimbo e CRM do médico assistente

Relatório Médico 3:

A Senhora Andina Silva tem distúrbio classificado com diagnóstico de CID10 por F33. Teve vários episódios depressivos ao longo da vida, tornando-se inibida com inibição social, lapsos de memória, alteração da concentração e diminuição da capacidade de enfrentamento. Tentou o retorno às atividades, mas não conseguiu realizar as funções laborais. Deverá ser afastada das atividades por 60 (sessenta) dias.

Assinatura, carimbo e CRM do médico assistente

Descrição do CID 10 por F33 – Transtorno depressivo recorrente

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo (F32) na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves do transtorno recorrente (F33.2 e F33.3) apresentam numerosos pontos comuns com os conceitos anteriores da depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão

endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo transtorno afetivo bipolar (F31). Inclui: Episódios recorrentes de uma: depressão, psicogênica, reativa, reação depressiva, transtorno depressivo sazonal. Exclui: Episódios depressivos recorrentes breves (F38.1).

Documento oito:

Angenora da Cruz, não tem condições de exercer suas funções laborativas por estar em tratamento neuropsiquiátrico classificado no CID 10 por F32.2, devendo se afastar do trabalho e tem indicação de uma Licença Médica pelo prazo de 45 dias.

Relatório Médico:

Para os devidos fins, atesto que a Angenora da Cruz encontra-se em tratamento “neuro psiquiátrico”, sendo portadora do CID 10 F32.2, sentindo dificuldades de desenvolver atividades inerentes à profissão devendo ser afastada das atividades laborativas por 45 dias.

Assinatura, carimbo e CRM do médico assistente

Descrição do CID 10 por F32.2 - Episódio depressivo grave sem sintomas psicótico

Configura-se como episódio depressivo onde vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da autoestima e ideias de desvalia ou culpa. As ideias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas? somáticos? Inclui: Depressão: - agitada (episódio único sem sintomas) - maior (psicóticos) – vital.

Documento nove:

Antonela Souza, não tem condições de exercer suas funções laborativas por estar em tratamento psiquiátrico classificado no CID 10 por F32.3, devendo se afastar do trabalho e tem indicação de uma Licença Médica pelo prazo de 60 dias.

Relatório Médico:

Para os devidos fins, atesto que a professora Antonela Souza, CPF. xxx.xxx.xxx-xx, em tratamento psiquiátrico “portadora do CID F32.3, em terapia de apoio e sessões psicanalíticas; necessita (60) sessenta dias em observação e repouso fazendo uso de farmacos: Neurodialipticos indutores xxxxxxxxx gluconato de lítio.

Descrição do CID 10 por F32.3 - Episódio depressivo grave com

sintomas psicóticos

Episódio depressivo correspondente à descrição de um episódio depressivo grave (F32.2) mas acompanhado de alucinações, idéias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo. Inclui: Episódios isolados de: - depressão: - major com sintomas psicóticos - psicótica - psicose depressiva: - psicogênica - reativa.

Documento dez:

Anunciata Gomes, não tem condições de exercer suas funções laborativas por apresentar um quadro de depressivo classificado no CID 10 por F33, devendo se afastar do trabalho e tem indicação de quatro Licenças Médicas sendo as três primeiras pelo prazo de 30 dias cada e a quarta pelo prazo de 60 dias.

Relatório Médico:

A Senhora Anunciata Gomes apresenta um quadro depressivo e necessita se ausentar por 150 dias de suas atividades no trabalho. Portadora do CID 10 F33.

Assinatura, carimbo e CRM do médico assistente

Descrição do CID 10 por F33 – Transtorno depressivo recorrente

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo (F32) na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves do transtorno recorrente (F33.2 e F33.3) apresentam numerosos pontos comuns com os conceitos anteriores da depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo transtorno afetivo bipolar (F31). Inclui: Episódios recorrentes de uma: depressão, psicogênica, reativa, reação depressiva, transtorno depressivo sazonal. Exclui: Episódios depressivos recorrentes breves (F38.1).

Documento onze:

Aquilina Chaves, não tem condições de exercer suas funções laborativas por apresentar um quadro neuropsiquiátrico classificado no CID 10 por F32.2, devendo se afastar do trabalho e tem indicação de quatro Licenças Médicas sendo a primeira pelo prazo de 30 dias, a segunda pelo prazo de 45 dias, a terceira pelo prazo de 30 dias e a quarta pelo prazo de 45 dias, totalizando 150 dias.

Relatório Médico:

Para os devidos fins, atesto que a professora Aquilina Chaves deverá ter afastamento para tratamento “neuro psiquiátrico” portadora de Cid F32.2 – inclusive sessão psicanalítica necessitando continuidade em tratamento especializado, no presente indefinidamente sem condições de fazer suas atividades laborais.

Assinatura, carimbo e CRM do médico assistente

Descrição do CID 10 por F32.2 - Episódio depressivo grave sem sintomas psicótico

Configura-se como episódio depressivo onde vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da autoestima e ideias de desvalia ou culpa. As ideias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas? somáticos?. Inclui: Depressão: - agitada (episódio único sem sintomas) - maior (psicóticos) – vital.

Documento doze:

Anacleta Reis, não tem condições de exercer suas funções laborativas devido à necessidade de acompanhar pessoa da família com distúrbio classificado no CID 10 por F20, devendo se afastar do trabalho e tem indicação de duas Licenças Médicas, sendo a primeira pelo prazo de 57 dias.

Relatório Médico:

Para os devidos fins, atesto que a professora Anacleta Reis necessita de afastar-se das atividades por 57 dias para cuidar da filha xxxxxxx xxxxxx com distúrbio F20.

Data, assinatura e carimbo do médico psiquiatra

Descrição do CID 10 por F20 – Esquizofrenia

Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, ideias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos. Inclui: a evolução dos transtornos esquizofrênicos pode ser contínua, episódica com ocorrência de um déficit progressivo ou estável, ou comportar um ou vários episódios

> seguidos de uma remissão completa ou incompleta. Não se deve fazer um diagnóstico de esquizofrenia quando o quadro clínico comporta sintomas depressivos ou maníacos no primeiro plano, a menos que se possa estabelecer sem equívoco que a ocorrência dos sintomas esquizofrênicos fosse anterior à dos transtornos afetivos. Além disto, não se deve fazer um diagnóstico de esquizofrenia quando existe uma doença cerebral manifesta, intoxicação por droga ou abstinência de droga. Os transtornos que se assemelham à esquizofrenia, mas que ocorrem no curso de uma epilepsia ou de outra afecção cerebral, devem ser codificados em F06.2; os transtornos que se assemelham à esquizofrenia, mas que são induzidos por drogas psicoativas devem ser classificados em F10-F19 com quarto caractere comum .5. Exclui: Esquizofrenia: - aguda (indiferenciada) (F23.2) - cíclica (F25.2) - Reação esquizofrênica (F23.2) - Transtorno esquizotípico (F21).

Para a análise dos dispositivos do CID 10 composto por 22 capítulos analisarei o Capítulo V – Transtornos mentais e comportamentais, organizados de forma a mencionar que as doenças apresentadas nos doze documentos analisados estão relacionadas apenas ao referido capítulo. A opção pelo agrupamento em subclasses do CID fez-se diante da necessidade de melhor organizar os grupos com clareza e objetividade, tendo em vista a repetição das patologias presentes nos relatórios médicos.

Os grupos 01, 02 e 03 representam as solicitações de licenças médica para tratamento de saúde; e o grupo 04 representa licença por motivo de doença em pessoa da família e teve destaque sendo analisado em última instância pelo critério de agrupamento por motivo da sua especificidade devido à conotação com a temática da família.

A carga de trabalho, as pressões e exigências podem afetar o professor na saúde mental e consequentemente no seu comportamento. Os sintomas físicos e emocionais, como tristeza, depressões e ansiedades traduzidos em somatizações fazem parte da maioria das queixas dos profissionais da educação. Esse estado de insatisfação e mal-estar, somado às condições de trabalho são revelados nas solicitações de licenças médica.

O trabalho do professor é essencialmente desgastante por se tratar da formação de homens e mulheres das mais variadas faixas-etárias, níveis de escolaridade, níveis de exigências burocráticas e institucionais e principalmente pela sobrecarga de trabalho cotidiano no espaço escolar e as demandas

pessoais que coexistem no seio familiar.

4.5 LICENÇAS MÉDICAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

1. Grupo entre F30 e F39 – Transtornos do humor [afetivos]

Os Relatórios apresentados para efeito da emissão de licenças médicas para cuidar da saúde nessa pesquisa referem-se à sequência seguinte:

F31 – Transtorno afetivo bipolar – professora Abela da Paixão;

F32.2 – Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos - professoras Angenora da Cruz e Aquilina Chaves;

F32.3 - Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos – professora Antonela Souza;

F33 - Transtorno depressivo recorrente – professoras Andina Silva, Anunciata Gomes, Aracelis Prado e Agledes Pereira;

F33.3 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos – professora Arabela Pimenta.

Os relatórios médicos que representam o Grupo 1 dos transtornos do humor [afetivos] do CID 10 por F31 a F33.3 estão relacionados ao transtorno depressivo. Os pareceres médicos utilizam uma nomenclatura específica por subclasses, para denominar a depressão com algumas variantes específicas caracterizadas por bipolaridade, sintomas graves ou recorrentes de sintomas psicóticos.

A partir dessa análise algumas constatações nos motiva a refletir acerca

dos saberes e práticas médicas, quando o indivíduo é enquadrado numa classificação de morbidade, e na maioria das vezes não possui domínio sobre as descrições, apesar de ter consciência da sintomatologia. Nesse sentido o pensamento foucaultiano a esse respeito nos diz que:

> Em curto período, entre os séculos XVIII e XIX todo um saber articulado a partir desta experiência do olhar converte o corpo no local de intervenções fundamentadas em uma anatomia patológica – “uma coincidência do corpo da doença com o corpo do homem doente”, e em uma regra classificatória das morbidades (FOUCAULT, 1998, p. 1).

Sobre a classificação das doenças o filósofo afirma que tal demarcação traz a possiblidade de “situar um sistema em uma doença, uma doença em um conjunto específico e orientar este no interior do plano geral do mundo patológico” (FOUCAULT, 1998, p. 32).

Compreende-se que os transtornos do humor geradores da depressão são derivados do sofrimento e das estratégias defensivas utilizadas pelos professores para reagir contra os efeitos desestabilizadores do trabalho e da vida social.

Segundo Dejours (1987), a vivência de sofrimento psíquico no trabalho se materializa pelos sentimentos de indignidade, inutilidade, desqualificação e vivência depressiva enquanto representação máxima do sofrimento no trabalho.

A depressão é um transtorno que se constitui como desdobramentos e resultados das pressões físicas, dos fatores psicossociais que se manifesta inicialmente com uma sintomatologia branda e quase sempre é confundida com desmotivação ou despreparo, situação comum entre os professores.

Através do olhar da psicodinâmica dejouriana relativa ao trabalho, os sujeitos desenvolvem estratégias de mediação e de ressignificação do sofrimento, entretanto, quando essas alternativas fracassam, o caminho ao adoecimento se abre, fazendo manifestar as doenças no corpo ou no

psiquismo, demonstrando e sinalizando que para efeito dessa análise, é conceituada como depressão, foco do estudo apresentado por outros professores através dos documentos que compõem o Grupo 1 dessa pesquisa.

Apesar de representar a segunda doença mental mais frequente nos dias de hoje, o termo depressão tem sido utilizado para descrever um estado anormal de humor, um sintoma, uma síndrome sintomática ou mesmo um grupo específico de doenças (ROCHA, 2003).

Nessa direção Beck (1979) postula que a depressão decorre dos seguintes aspectos: **a)** percepção negativa de si próprio – o indivíduo tende a se ver como inadequado, incapaz e fracassado, e a atribuir às experiências desagradáveis, responsabilidade pessoal; **b)** expectativas negativas com respeito ao meio-ambiente – o deprimido tem a tendência a interpretar as experiências de uma forma negativista. É como se o mundo estivesse pedindo muito dele ou apresentando obstáculos insuperáveis; **c)** expectativas negativas em relação ao futuro – falta de esperança.

Os aspectos apresentados por Beck (1979) são sintomas ilustrativos do processo de sofrimento e adoecimento vivenciados pelos professores no âmbito do trabalho docente e merecem destaque através do caso Marta apresentado nesse trabalho uma vez que essa descrição não aparece na escrita dos relatórios médicos mencionados.

No sentido de compreender a depressão como um sintoma decorrente das relações de trabalho vivenciadas pelos professores tomo de empréstimo a abordagem da psicodinâmica do trabalho para situá-la a partir do pensamento de Dejours (1987), que considera como fenômeno central de um estado depressivo relacionado ao trabalho o embotamento afetivo, caracterizado pelo desaparecimento do prazer em todas as dimensões da vida e pela mecanização dos comportamentos. Pela robotização dos comportamentos, o indivíduo minimiza o seu sofrimento, anestesia-se psiquicamente.

Confrontando o arcabouço teórico apresentado pelos autores citados compreende-se que a sintomatologia da depressão apresenta-se como aspecto universal que atinge os seres historicamente situados em sua vida cotidiana, no

seu trabalho, nesse caso específico no exercício do ofício docente em que vivem os professores. Seguindo a compreensão normativa elencada pelas normas classificatórias para enfatizar o que preconiza a legislação vigente. Segundo o Diagnóstico de Saúde Mental IV (DSM, 1995), estados depressivos devem ser classificados na categoria transtorno de humor, categoria que contempla ainda transtornos bipolares e transtornos de humor baseados na etiologia. O transtorno depressivo maior caracteriza um estado no qual, por pelo menos duas semanas é manifestada diminuição acentuada do interesse e do prazer e pelo menos apresenta um dos seguintes sintomas: humor depressivo, alteração do sono, do apetite e/ou do peso, agitação ou retardo psicomotor, cansaço ou falta de energia, sentimento de menos valia, culpa excessiva, dificuldade para pensar ou concentrar-se e ideação suicida.

A depressão foi considerada a doença do século XX e início do século XXI que poderá perdurar caso as condições e qualidade de vida nos seus aspectos bio-psico-sociais não avancem para melhores perspectivas no mundo do trabalho. Esteve (1999) e Lapo (2005), principalmente, apontam o mal-estar docente com uma característica da contemporaneidade.

O relatório da organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) apresenta a depressão em quarto lugar entre todas as doenças, e as perspectivas são sombrias. Nos seus escritos, o relatório identifica que se persistir a incidência da depressão, até 2020 ela estará em segundo lugar, sendo suplantada apenas pela doença isquêmica cardíaca.

A depressão tem a maior prevalência, seguida por estresse, transtorno do humor e transtorno da ansiedade. Os professores apresentam sintomas de astenia, tristeza, fadiga, dificuldade de relacionamento, desmotivação para o trabalho e desânimo para viver, o que vem corroborar com o diagnóstico de depressão.

> Deste modo, não é o aparelho psíquico que aparece como primeira vítima do sistema, mas, sobretudo o corpo dócil e disciplinado, entregue, sem obstáculos, à injunção da organização do trabalho, ao engenheiro da produção e à direção hierarquizada do comando. Corpo sem defesa, corpo explorado, corpo fragilizado pela privação do seu protetor natural, que é o aparelho mental. Corpo doente,

> portanto, ou que corre o risco de tornar-se doente. (DEJOURS, 1992, p. 19).

A doença mental, como resultado das relações de trabalho e das condições sociais e psicológicas, parecem se refletir no aumento crescente dos pedidos de afastamento do professor. Nessa direção, Dejours (1992, p. 53) reitera que essa situação:

> Muitas vezes negligenciada ou desconhecida, a insatisfação resultante de uma inadaptação do conteúdo ergonômico do trabalho ao homem está na origem não só de numerosos sofrimentos somáticos de determinismo físico direto, mas também de outras doenças do corpo mediatizadas por algo que atinge o aparelho mental.

2. Grupo entre F40 e F48 – Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes

F41 - Outros transtornos ansiosos – professora Anastasia Melo;

F41.1 - Ansiedade generalizada – professora Agledes Pereira e Abela da Paixão;

F41.2 – Transtorno misto ansioso e depressivo – professora Afonsina Paranhos;

F42 – Transtorno obsessivo-compulsivo – professora Anastasia Melo;

F43 - Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação – professora Abela da Paixão;

F48.8 – Outros transtornos neuoróticos especificados – professora Anastasia Melo.

Esse grupo representa o CID 10 por F41 a F48.8 caracterizado

genericamente pelos transtornos ansiosos, compulsivos e neuróticos, além do stress e transtornos de adaptação que acometem sete professoras solicitantes da licença para afastamento do trabalho, apresentados nessa pesquisa.

Na descrição do CID 10 (OMS, 1995) consta que os transtornos ansiosos são caracterizados essencialmente pela presença da manifestação ansiosa e que não são desencadeados exclusivamente pela exposição a uma situação determinada. Podem-se acompanhar de sintomas depressivos ou obsessivos, assim como de certas manifestações que traduzem uma ansiedade fóbica, desde que essas manifestações sejam secundárias e pouco graves. Os sintomas essenciais comportam a ocorrência brutal de palpitação e dores torácicas, sensação de asfixia e tonturas, além do medo secundário de morrer, de perder o autocontrole ou de ficar louco. Esteve (1999) utilizou o termo estresse referindo-se a uma consequência que conduz o indivíduo numa situação de esgotamento patogênicos.

Diante desse quadro sintomático fico a me perguntar de que forma o professor pode desenvolver suas atividades docentes sendo atingido por tais sintomas? Qual a capacidade de equilíbrio que o professor vai ter desenvolvendo atividades com os seus alunos sendo suscetível a desencadear tais sintomas no âmbito escolar? Verifica-se a partir da compreensão acerca da sintomatologia do transtorno que a licença é o dispositivo que subsidiará os encaminhamentos para aliviar as pressões vividas pelo corpo, e que na maioria dos casos servem para recompor o professor, pautando-se em que o afastamento do trabalho passa a ser um encaminhamento para a possível cura. Nesse sentido a licença médica para cuidar da saúde, constitui-se como um mecanismo de normatização para efeitos profissionais, mas simultaneamente como instrumento de amparo ao trabalhador.

A licença médica constitui-se na sua ambiguidade como elemento de normatização mas também como instrumento que possibilita a liberdade, o alívio, o conforto.

O professor recorre ao pedido de licença na maioria das vezes como último recurso para resolver os problemas inerentes ao seu estado de adoecimento, porque na itinerância da cura já elaborou resistências e

estratégias defensivas para o enfrentamento da doença.

A solicitação da licença por parte do professor reflete uma distribuição hierárquica de questões relacionadas a: dificuldades no desempenho da profissão, dificuldade de vinculação, de se inserir ou construir relações com o grupo de trabalho; dificuldades na vivência familiar, além das doenças específicas que constituem-se como último recursos para a justificativa do seu afastamento.

Nessa direção precisa-se refletir sobre o entendimento de que a licença para o tratamento de saúde não pode ser tomado simplesmente como uma irresponsabilidade do professor ou uma falta de vontade de trabalhar ou como muitos gestores e os próprios professores (colegas), dizem e os rotulam como aquele que só vive doente, que não quer nada com a vida e com o trabalho. Nesse cenário percebe-se que tais situações corroboram com o estado de adoecimento do professor, porque acaba por culpabilizá-lo pela doença e condená-lo por causa do afastamento. Dejours (1996) aponta entre sofrimento patológico e criativo, fica-se preso numa possível identificação de sofrimento, limitando-se a entender que, na impossibilidade da livre organização do trabalho, uma das vias de se lidar com o que emerge no contexto do trabalho, resta ir encontrando novos modos de expressão e sofrimento psíquico.

Essas constatações nos leva a compreensão que a forma de adoecer na complexidade se revela como um fenômeno multifacetado permeado pelos aspectos biopsicológicos, políticos e sociais que envolvem as doenças.

Os medos, a ansiedade, a sensação de morte eminente não são sintomas isolados mas fazem parte de uma teia de aspectos que envolvem o professor na sua psicodinâmica do trabalho, envolvendo o sofrimento e o adoecimento.

Nessa perspectiva outros transtornos a exemplo das compulsões, stress e transtornos da adaptação marcam a trajetória do professor doente marcado e rotulado pelo afastamento e considerando pejorativamente a adjetivos que revelam incapacidade, incompetência, debilidade e em proporções maiores como loucura. Ferreira (1992, p. 9) afirma que: “[...] O objeto de estudo não é a

loucura, mas o sofrimento no trabalho, o saber, um estado compatível com a normalidade, mas que implica numa série de mecanismos de regulação".

Na perspectiva dos saberes médicos os sintomas que acometem os professores que elencam o grupo três dessa análise manifestam sintomas patológicos inscritos pelo CID 10 por F contidos na OMS (1995) reveladores de: pensamentos, imagens mentais ou impulsos para agir, quase sempre angustiante para o sujeito... um acontecimento estressante desencadeia uma reação de stress aguda, ou uma alteração particularmente marcante na vida do sujeito, que comporta consequências desagradáveis e duradouras e levam a transtornos repetidos.

Através dessas análises compreendo que a trilha marcada pelo adoecimento dos professores configura-se como um emaranhado revelador dos fatores de interligação entre o espaço da sala, o ambulatório, a perícia médica e a conjuntura familiar numa dinâmica ascendente que revela o somatório de fatores que envolvem a doença. Nesse sentido, Dejours et al. (1994) passaram a acentuar o fato de que a relação entre organização do trabalho e o ser humano encontra-se em constante movimento.

Percebe-se a relação intrínseca da doença com o ambiente de trabalho. O adoecimento é o resultado das relações que se estabelecem dentro de um contexto propício para promover saúde/doença.

Para Dejours et al. (1994) o sofrimento mental, pode ser concebido como experiência subjetiva intermediária entre doença mental descompensada e o conforto (ou bem estar) psíquico. A não caracterização do papel do trabalho como agravante ou desencadeante de distúrbios psíquicos ocasiona prejuízos não só à qualidade e a eficácia do tratamento, como aos prejuízos legais do trabalhador, que deixa de usufruir de benefícios previdenciários aos quais eventualmente tenha direito.

Portanto, analisar as descrições clínicas e diretrizes para diagnósticos constantes da Classificação Internacional das Doenças, Seligmann (1995) ponderou que os títulos "transtornos neuróticos", "transtornos relacionados ao estresse" e "transtornos somatoformes" (F40 – F48; capítulo V do CID 10) são

os que reúnem a maior parte dos diagnósticos em que a dimensão psicossocial do trabalho pode assumir relevância fundamental.

Essa afirmação relacionada à constituição das doenças na docência referenda a compreensão dos diagnósticos apresentados pelos professores, à luz do entendimento que os mesmos são acometidos prioritariamente pelas doenças psicoafetivas, neuropsiquiátricas que têm como tecido constitutivo as relações que se estabelecem com o trabalho, com as pessoas e com a família.

3. Grupo entre F60 e F69 – Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

F60 - Transtornos específicos da personalidade – professora Arabela Pimenta.

Baseado na descrição do CID 10 (OMS, 1995), os transtornos específicos da personalidade constitui-se como um sintoma que está contido no agrupamento dos Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto – F60 – F69, que compreende diversos estados e tipos de comportamento clinicamente significativos que tendem a persistir e são a expressão do modo de vida de cada indivíduo e do seu modo de se relacionar consigo próprio e com os outros.

Numa perspectiva ampla essa categorização abrange aspectos ligados aos desvios extremos ou significativos das percepções, pensamentos, das sensações e particularmente das relações com os outros. Esses sintomas estão associados ao sofrimento subjetivo e ao comprometimento de intensidade variável do desempenho social.

O transtorno específico da personalidade é uma das patologias que afastou a professora Arabela Pimenta das suas atividades docentes somadas às outras doenças que constituem outros agrupamentos nessa pesquisa.

No grupo 03 só essa professora apresenta esse transtorno, daí infere-se que os pareceres médicos não contemplam esses tipos de sintomas a ponto de ser referência para afastamentos do trabalho.

Também se compreende que os sintomas característicos apresentados pela descrição do manual, estão intimamente ligados aos aspectos psicológicos que constituem a personalidade. Nesse caso não seria importante a presença do psicólogo para subsidiar os pareceres emitidos pelos médicos? Ou mesmo a junta médica não deveria ser composta por uma equipe multiprofissional? Nessas circunstâncias o diagnóstico se encarcera na patologia, sem considerar a especificidade da própria sintomatologia. De acordo com Esteve (1999, p. 23):

> O estudo das pesquisas realizadas sobre as condições nas quais se exerce a docência comporta, necessariamente, um enfoque interdisciplinar. Deparamo-nos com o trabalho de investigação que de uma perspectiva psicológica falam-nos do estresse dos professores ou do aumento da ansiedade entre eles. Nesses trabalhos os problemas psicológicos detectados acabam se relacionando de forma mais ou menos direta com as condições sociotrabalhistas em que se exerce a docência.

Esse transtorno compreende habitualmente vários elementos da personalidade, somados à angústia pessoal e desorganização social; aparecem durante a infância ou adolescência e persistem de modo duradouro na idade adulta, momento em que as pessoas ampliam as suas redes de relações e inserem-se no mundo da profissão. O ambiente de trabalho do professor é propício para as manifestações desses sintomas, principalmente pelas especificidades genuínas e promotoras de relações intersubjetivas promovidas pela escola no cotidiano das relações sociais estabelecidas com os pares, com os alunos e com a família dos alunos. Dejours (1992) não cria as doenças, e sim elas são resultados da constituição psíquica do sujeito atravessadas pelas relações de convivência com as pessoas que compõem essa teia de relações, nesse sentido o autor afirma que:

> Na realidade, ao contrário do que muitos possam supor, a organização do trabalho não cria doenças mentais específicas. Os surtos psicóticos e a formação das neuroses dependem da estrutura da personalidade que a pessoa desenvolve desde o início da sua vida, chegando a certa configuração relativamente estável após o período de ebulição da adolescência quando as condições sociais são relativamente favoráveis, antes mesmos da pessoa entrar no processo produtivo. No entanto, o defeito crônico da vida mental sem saída mantido pela organização do trabalho, tem provavelmente um efeito que favorece as descompensações psiconeuróticas (DEJOURS, 1992, p. 122).

Nesse sentido percebe-se a dualidade que o ambiente de trabalho promove, por um lado é o espaço de realizações e projeções permeadas pela sensação de produção e realização pessoal, por outro lado e de forma antagônica é um ambiente promotor de angústias, inseguranças e medos no sentido da exploração por parte de quem mantém o controle e também por aqueles (os pares) que apesar de estarem vivendo condições semelhantes entram na roda–viva da competitividade, da hostilidade e da indiferença. Os laços de afetividade e companheirismo são rompidos ou nunca se reestabelecem. Essas reações acabam por desencadear sofrimentos ligados ao descontentamento, desesperança e solidão. Os professores vivenciam essa psicodinâmica no sentido paradoxal e acabam por criar resistências ou alternativas de sobrevivência porque dependem do trabalho para sobreviver.

E o desempenho no trabalho fica comprometido porque as condições laborais e relações interpessoais influenciam diretamente no comportamento dos professores, tendo repercussões sérias na qualidade de vida dos mesmos. Dejours (1992) afirma que “executar uma tarefa sem envolvimento material ou afetivo exige esforço de vontade que em outras circunstâncias é suportado pelo jogo da motivação e do desejo”.

A atividade docente exige em sua plenitude, que o professor seja propício a responder às demandas pedagógicas, institucionais e sócio-afetivas de forma positiva, visto que o docente deve servir de referência da saúde mental para todos os atores que compõem o processo educativo e principalmente da sociedade.

O sofrimento e o mal-estar docente não são considerados como

aspectos ligados à docência, o professor é encarado pela sociedade, pelas famílias e principalmente pelos alunos como referência de equilíbrio e saúde, sempre apto a responder as exigências imputadas no exercício da docência, motivos esses geradores de sofrimentos se, de certa forma são inviabilizados pela ausência de competência para o desempenho do ofício, de entusiasmo para realização de tarefas produtivas e criativas e principalmente pela inexistência do desejo de transformar o sofrimento em bem-estar.

Dejours (1994) distingue dois tipos de sofrimento: o sofrimento criador e o sofrimento patogênico, esse último surge quando as possiblidade de transformação e aperfeiçoamento se esgotam.

Dessa forma, prazer e sofrimento originaram-se da dinâmica interna das situações de trabalho. São consequências de atitudes e comportamentos originários das relações subjetivas dos sujeitos.

4.6 LICENÇA MÉDICA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA

4. Grupo entre F20 e F29 – Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

F20 – Esquizofrenia - professora Anacleta Reis.

O relatório da professora Anacleta Reis, tem a indicação do parecer médico de afastamento das atividades docentes por 57 dias para cuidar da filha que tem distúrbio F20 – Esquizofrenia. Diante dessa descrição a análise far-se-á por inferência em virtude dos documentos não apresentarem dados objetivos e complementares sobre a professora, inclusive sobre a sua filha, que precisa dos seus cuidados.

Compreende-se que a necessidade do acompanhamento e do cuidado deve ser prestado pela família e na maioria dos casos a pessoa mais indicada é a mãe, como comprova o relatório da referida professora.

De acordo com as observações realizadas por Nunes et al. (2003), também perceberam no decorrer dos anos de sua prática, que é a mãe quem leva os filhos para as consultas e os acompanha na internações com maior frequência. Quando a criança adoece, geralmente a mãe quer estar presente e deseja ficar junto, fazendo os arranjos necessários. Culturalmente, é ela quem cuida do filho doente.

Denota-se a importância da família diante do sofrimento psíquico e do papel que a mesma desempenha para os cuidados do paciente acometido por transtornos mentais. Diante dessa constatação Gomes e Erdmann (2005) preconizam que a família por sua proximidade e convivência com o doente, apresenta maiores condições de acompanhar o processo de saúde/doença de seus membros do que os próprios profissionais. Por sua intimidade, os membros da família são capazes de identificar sinais de doença que poderiam passar despercebidos por outras pessoas.

Percebe-se que a doença é um elemento desestruturador no âmbito do trabalho afetando as relações pessoais e principalmente no seio familiar; pois se constitui enquanto um grupo que aglutina valores, crenças, comportamentos e práticas que guiam as ações no sentido de promover a saúde, a prevenção e o tratamento da doença.

Nesse sentido, a doença é um processo que provoca mudanças na estrutura de vida da família. Essa situação exige da família novas formas de organizações de suas atividades diárias (COLLET; ROCHA, 2003).

Diante do quadro apresentado com o CID 10 por F20 – Esquizofrenia percebe-se que 57 dias para o acompanhamento e cuidados pela mãe, constituem-se como um tempo de curta duração, talvez incipiente por se tratar de um transtorno que tem uma continuidade diante da descrição apontada pelo manual do CID 10 que o caracteriza da seguinte forma:

> Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divagação do pensamento, a percepção delirante, ideias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos. Inclui a evolução dos transtornos esquizofrênicos pode ser contínua, episódica com ocorrência de um déficit progressivo ou estável, ou comportar um ou vários episódios seguidos de uma remissão completa ou incompleta. (BANCO DE SAÚDE, 2013).

Nesse sentido compreende-se que o parecer médico para o licenciamento num período de aproximadamente dois meses, por si só não revela o estágio de evolução da doença, a insuficiência e ausência de um diagnóstico detalhado e explicativo apenas possibilita a condição de inferir que a solicitação da dispensa do trabalho apresenta a necessidade do afastamento para o cuidado de pessoa, que comporta um quadro clínico de sofrimento e de necessidades de cuidado.

No tocante as dificuldades e necessidades dos familiares para o exercício do acompanhamento e atenção familiar e na convivência social destacam a reflexão de Colvero e Cobs (2004, p. 201):

> Diante dos quadros graves de sofrimento mental e de longa duração, como a esquizofrenia, por exemplo, encontramos familiares pessimistas quanto à possibilidade de melhora do familiar doente mental. Para muitos são tantos os fracassos, recaídas, abandonos de tratamento, que é comum encontrarmos familiares desmotivados, resistentes e temerosos frente a qualquer proposta de mudança vinda dos trabalhadores e dos serviços.

A família enquanto núcleo que é dinamizado pela ambiguidade entre o cuidado/acolhimento e a resistência/afastamento, não está ilesa dos sofrimentos provocados pelas manifestações dos transtornos e acabam também por vivenciarem o estado de adoecimento.

Nesse caso a que concentro essas reflexões, fica a indagação acerca da saúde dessa professora que na condição de mãe está implicada no estado

saúde/doença da filha, uma vez que legalmente está licenciada para o seu acompanhamento. Tenho perguntado além de toda a problemática vivenciada pela professora diante das condições de trabalho e de todo um cenário que repercute na saúde dos professores, em que medida Anacleta Reis pode exercer de forma equilibrada as funções inerentes ao exercício profissional? Como os órgãos competentes ligados a área da Educação e da Saúde subsidiam o tratamento e o acompanhamento desse professor em estado de adoecimento?

Diante da sobrecarga emocional que afeta as pessoas da família, vivenciando sentimentos ambivalentes entre a dor e a esperança de cura pode se estruturar no sentido de acolher e apoiar a filha e a professora que necessitam de cuidados permanentes? Esses questionamentos encontram amparo teórico em alguns autores que revelam acerca do sofrimento e do adoecimento, tais afirmações:

> O transtorno mental também traz para a família a vivência com o estigma, já que é associado à imprevisibilidade de ações e a conduta perigosa. Em decorrência disso, seu portador padece de uma discriminação social que é extensível a sua família. Contraditoriamente, a família por partilhar os mesmos códigos culturais da sociedade; tem também uma atitude reativa e segregadora em relação ao portador de transtorno mental. Apresenta sentimentos de rejeição, cuja ambiguidade constitui fonte de angústia. Todas as questões que circunscrevem essa patologia manifestam nas exigências específicas por cuidados que a enfermidade provoca em virtude da dependência total ou parcial que a desencadeia (ROSA, 2002, p. 271).

Ainda com relação à situação da família, Rocha (2006, p. 34) afirma sobre essas disposições foucaultianas diante de questões relativas à doença mental dando ênfase a subjetividade do indivíduo.

> As referências foucaultianas à família na História da Loucura mostram a importância que essa instituição tem na constituição da subjetividade do indivíduo. Tais referências indicam como a família age em circunstâncias dadas e contextos específicos, como aqueles apresentados no decorrer das épocas estudadas na obra que revolucionou o pensamento construído até então sobre a psiquiatria

> em sua relação com a loucura.

Perseguindo os questionamentos que prevalecem nesse caso do doente esquizofrênico que necessita dos cuidados da família. Constato que a hierarquização sobre o cuidado coloca a família como primeira instância, questiona-se de que forma a sociedade e os organismos institucionais responsabilizam-se acerca do "cuidado" com o doente mental e sua família. Para isso, Colvero e Cols (2004, p. 204) afirmam que:

> refletindo na perspectiva foucaultiana elucida diante das responsabilidades que surgem a partir do diagnóstico e dos cuidados a serem responsabilizados enquanto "um jogo" significativo entre o conhecimento institucional, político, administrativo, profissional e o conhecimento dos grupos sociais (família, comunidade) sobre o processo saúde doença mental.

A família enquanto instância que fomenta o cuidado é considerada por Pierre (2000) e que vem corroborar com a reflexão acerca da relação entre o cuidador (nesse caso a professora e a sua filha, pessoa que necessita de cuidados):

> Os familiares passam por fases muito semelhantes à do doente, parece então que se procure perceber e compreender as reais necessidades destes cuidadores, quais os impactos e de que forma a vivência da dor do doente é também uma vivência pessoal para o cuidador. Como um tufão a doença invade o quotidiano do doente e da família e de forma mais intensa aquele que é eleito o "cuida-dor", aquele que cuida da dor do outro, é aquele que também é alvejado pelas dores produzidas na família.

A necessidade dos cuidados tem acompanhado a humanidade criando laços de interdependência entre as pessoas e o cuidado enquanto aspecto centralizador dessas relações e pode constituir-se também como elemento provocador de cura e de saúde. Finalizo as minhas reflexões buscando o pensamento de Winnicot sobre o cuidar: "Cuidar é dar espaço ao outro em si

mesmo”.

Sobre a responsabilização das instituições ligadas à saúde Ismael (2005) aponta a necessidade, bem como a possibilidade, da equipe de profissionais da saúde também realizarem o acompanhamento da família do paciente com o objetivo de ajudar a família no que se refere à doença familiar. A intervenção dos órgãos ligados a saúde e educação no sentido do acompanhamento do doente e sua família pode constituir-se como motivador para diminuição dos sofrimentos relacionados à doença e o incentivo da participação dos grupos de apoio ou demais redes sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho é o resultado das indagações que me perseguem ao longo da minha vida profissional acerca dos comportamentos recheados de múltiplas queixas sobre o ofício docente e das atitudes dos professores, frente às dificuldades em estabelecer relações saudáveis com os seus colegas, com a chefia e principalmente com os seus alunos. Causava-me estranheza perceber que a escola transformava-se num ambiente gerador de insatisfações e conflitos referentes à execução da prática docente, porque sempre compreendi que esse espaço deveria se constituir como o lugar da produção criativa de ideias e ações relativas à satisfação e à realização profissional. Fui percebendo na minha itinerância profissional que essa perspectiva de criação e bem-estar, progressivamente ia se esvaziando e que muitos professores numa luta incessante para resistir as tais complicações, estavam condenados à solidão e ao silenciamento do seu eco, que no seu devir fora sucumbido.

Dessa forma percebi nesses anos, que a atmosfera profissional que envolvia os professores dos mais variados níveis de ensino, ficava cada vez mais embaçada por um estado de penumbra, revelados por tantos sofrimentos e mal-estar.

Senti-me compelida à necessidade do entendimento acerca desse estado doentio que abatia os professores a ponto de anteciparem suas aposentadorias e recorrerem compulsivamente aos afastamentos do trabalho.

Nesse sentido, através das buscas incessantes que pudessem responder a essas questões, é que esse trabalho, circunscreve-se enquanto desejo de descortinar o imprevisível ou quase inatingível processo de adoecimento, no que se refere à procura do entendimento sobre as circunstâncias que levam os professores a tomarem essas iniciativas como estratégias de sobrevivência e alívio desses sintomas, sentimentos e transtornos que serviram como motivadores para a compreensão da relação trabalho/saúde e família.

Pensando em identificar os motivos do afastamento do trabalho, pude, através dos protocolos médicos, analisá-los tendo como âncoras os fundamentos teóricos sobre a psicodinâmica do trabalho na perspectiva dejouriana e os conceitos relacionados ao mal-estar docente a partir do pensamento de Esteve (1999), o que contribuiu para construir constatações acerca do sofrimento psíquico e mal-estar docente dos professores implicados nessa pesquisa, que de forma ilustrativa representam uma classe de trabalhadores que vivenciam esses sintomas em larga escala ou pra não dizer, universalmente.

Em primeira instância a pesquisa revelou que a partir da análise dos documentos referentes às licenças médicas para tratamento de saúde e para acompanhar pessoa da família, constituem-se como resultados impressos nos textos elaborados pelos médicos, em tradução das queixas dos professores sobre o seu estado de saúde.

A revelação é de um quadro preocupante quanto à saúde dos professores da rede pública da DIREC 03-Alagoinhas, do período em que foram analisados os documentos, onde são apresentados aspectos, dimensões e elementos do processo do trabalho docente que servem de base para visualizá-los como geradores do mal – estar, provocados pelas doenças mentais e comportamentais que compõem o CID 10, no capítulo V, na subclasse F. Das quais a pesquisa revelou maior incidência de transtornos dessa ordem, interpretadas e analisadas através dos documentos, assim como dos relatórios e pareceres médicos disponibilizados pela escola, para que fosse possível a efetivação dessa pesquisa.

A prevalência do CID 10 por F aponta que as doenças dos professores correspondem às sintomatologias sofridas pelos mesmos, correspondem aos discursos veiculados pelos gestores, assim como, correspondem também aos discursos médicos enunciados legalmente e que são comprovados pelas pesquisas desenvolvidas pelos estudiosos da área de educação e saúde, elaborando confirmações que contemporaneamente veiculam-se nos contextos científicos e que aparecem cotidianamente para o censo comum como

situações inerentes ao ofício do professor dado o seu desprestígio, e desvalorização.

Sobre o sofrimento psíquico concebido como uma experiência que pode acontecer com qualquer pessoa em diversas fases da vida, o que ás vezes torna-o comum e imperceptível. E nesse sentido Dantas e Tobler (2009), descrevem o sofrimento psíquico como uma tensão interna que reclama uma resolução. Os autores reportam-se a um vazio que o sofrimento deixa entrever, para o qual buscamos a solução ou a evitação. Dessa forma, o desequilíbrio pode afetar as diferentes dimensões da vida do sujeito, quais sejam físicas, psicológicas e sociais.

As licenças materializadas sob a forma de dispositivos de afastamento do trabalho, ao mesmo tempo, em que se constitui como elemento de controle e normatização institucional, paradoxalmente revela-se como instrumento que possibilita a libertação do sofrimento, mesmo que seja momentânea, que pode assegurar o alívio pelo distanciamento das situações conflitantes promovidas pelo ambiente de trabalho nas situações mais adversas que se possa conceber.

Através do presente estudo pôde–se constatar que os professores desenvolvem comportamentos de resistência traduzidos pelo absenteísmo no trabalho e que defensivamente criam estratégias para camuflar o sofrimento existente, o que explica o fato dos mesmos apresentar características de normalidade aparente, mesmo vivendo o auge do sofrimento psíquico.

Quando os mecanismos de resistência e defesas se esvaem, e quando o sofrimento se torna patogênico, recorre-se aos afastamentos por pedidos de licença. Os professores que requerem esses direitos, e que nesse estudo estão representados em número de 12 (doze) para cuidar da saúde e apenas um para cuidar e acompanhar familiar compõe o quadro de adoecimento revelado nessa análise. De acordo com as doenças apresentadas pelos pareceres médicos e pelos descritores enunciados nos manuais classificatórios das doenças, infere-se que a carga-laboral, as condições de trabalho as exigências pela qualidade e eficiência nas atividades, o cumprimento de tarefas, as demandas por qualificação, a precariedade da educação, são geradores das

angústias, insatisfações, inseguranças e medos que abatem os professores e consequentemente as suas famílias.

A doença só aparece de forma reconhecida pela sua visibilidade quando legalmente é declarada através da solicitação de licenciamento por parte do professor que numa sequência progressiva, é referendada pelo poder médico na emissão da sua liberação e finalmente pela publicação oficial dos órgãos competentes. Esse processo é que legitima a doença e que a faz tornar-se visível para todos, inclusive a família. Se não for dessa forma, a doença é embotada e mascarada, contribuindo, assim, para o não reconhecimento da sua existência o que vem de certa forma aumentando o contingente de professores doentes no âmbito da escola, pois não aparecem nas estatísticas e a sua clandestinidade contribui para reforçar a exploração da imagem do professor enquanto sujeito saudável, motivo que satisfaz à sociedade, as famílias e ao estado que alia a profissão, o conceito perverso de produtividade, sanidade e excelência.

Os professores implicados nessa pesquisa através dos documentos médicos são sujeitos historicamente situados que vivenciaram no exercício profissional situações de adoecimento e que pela insistência do afastamento para cuidar da sua saúde ou para acompanhar o familiar doente, constituem-se como trabalhadores que mesmo na sua fragilidade, desequilíbrio e debilidades que lhes são conferidas tanto pelas pressões trabalhistas, quanto pelos sintomas provocados pelo adoecimento, se posicionaram politicamente reivindicando pelos seus direitos, mesmo que esse lhes sejam negados, correndo o risco mesmo assim, de serem estigmatizados como decorrências das decisões tomadas para enfrentar as situações de desespero causadas pelo mal-estar que se abate em tais circunstâncias.

Nesse sentido, as queixas traduzidas através dos relatórios médicos referem-se principalmente a sintomatologias de ordem psíquicas que se amparam no CID 10.

O sofrimento torna-se patogênico, pois se instala o desequilíbrio psíquico e a descompensação e consequentemente a doença. Nesse cenário, a licença médica constitui-se como um instrumento revelador da resistência

sofrida ao longo do processo. Mas, simultaneamente se constitui enquanto catalizador das defesas empreendidas para o enfrentamento de todas as pressões do ambiente e das relações estabelecidas diretamente por parte dos atores sociais que compõem o ambiente escolar e indiretamente pelos poderes institucionais que normatizam a vida profissional dos docentes.

Os professores apresentados nesse trabalho como protagonistas do estado de saúde constituídos pelos documentos médicos são sujeitos historicamente situados, que vivenciam no exercício profissional situações de adoecimento e que pela insistência do seu afastamento do trabalho para cuidar da saúde ou para acompanhar o familiar doente, configuram-se como trabalhadores. Mesmo na sua fragilidade, desequilíbrio e debilidade, conferidas tanto pelas pressões trabalhistas, quanto pelos sintomas do adoecimento se posicionam politicamente, reivindicando pelos seus direitos, correndo o risco de serem negados, tendo a possibilidade de serem estigmatizados, motivos para acentuar mais o seu quadro de adoecimento.

Nesse sentido, as queixas traduzidas através dos relatórios médicos referem-se principalmente a sintomatologia de ordem psíquica, que se amparam na Classificação Internacional de Doenças (CID 10 - capítulo V). Transtornos mentais e comportamentais, com maior incidência para os transtornos depressivos, da ansiedade e obsessivos-compulsivos. Verifica-se que esse quadro patológico é revelador dos fatores que contribuem para esse estado de adoecimento decorrente da sobrecarga laboral, das exigências pela qualidade e eficiência nas atividades, demandas por qualificação profissional, o que acabam ocasionando a fadiga, a exaustão e o esgotamento físico e mental.

Dessa forma, todos esses sintomas citados produz o que Esteve (1999, p.57), chamou de um ciclo degenerativo da eficácia docente, interpretada como o mal-estar docente. Somados a esses sintomas o professor que solicita as licenças, vive em condições adversas reforçadas pelos baixos salários, o que contribui para um declínio da qualidade de vida. Na maioria dos casos os professores não possuem outra renda para completar o orçamento familiar, o que favoreceria ao suprimento de suas necessidades que são peculiares nessa

fase específica, quando o consumo de medicamentos e de outros recursos materiais são prementes para a manutenção e sobrevivência da família.

Sem dúvida que nessas condições materiais e simbólicas, a saúde do professor tende a um processo permanente de desequilíbrio.

No processo de análise dos documentos referentes às licenças, do material interpretado pelos documentos oficiais, percebi que as questões referentes à saúde dos docentes aparecem ausentes das preocupações governamentais, haja vista que nos materiais consultados não foram encontrados nenhum tipo de apoio ou política dirigida às questões de saúde e do bem-estar dos professores.

Do ponto de vista legal, são assegurados os direitos ao afastamento do trabalho, desde que a comprovação das doenças sejam referendadas pelo poder médico. Os órgãos administrativos da educação, apenas servem de referência para mediar os encaminhamentos para o licenciamento. A inexistência de setores no sentido da humanização através do acompanhamento e assistência ao professor licenciado e doente deixa de ser responsabilidade do Estado, sendo conferido ao profissional, responsabilizar-se pelo seu processo de cura como uma ação individual, imputando-lhe à família tais responsabilidades.

Pode-se constatar que a amostra apresentada através dessa pesquisa envolvendo os professores situados nas escolas da jurisdição da DIREC 03 – Alagoinhas/Ba a maior incidência está voltada para as doenças elencadas no CID 10 e DSM IV, reportadas para o capítulo V dos Transtornos mentais e comportamentais; capítulo XIII das Doenças do sistema osteomuscular e do tecido e capítulo XVIII dos Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais. Daqui, emerge a indagação: qual o significado destes resultados? Poderiam eles estar indicando uma perversa transferência do estado e da sociedade sobre a responsabilidade estrutural em pensar e executar um plano eficaz de educação para a sua população? O adoecimento docente, ao invés de ser pensado como vulnerabilidade do professor, inseguro para o ofício, não pode ser pensado como o sintoma mais significativo de uma estrutura educativa que, doente, contamina seus agentes, aqui representados

pelos professores? Não são eles os bodes expiatórios mais exponenciais de um sistema doentio?

No processo de coleta de dados tive acesso apenas a um relatório circunstanciado (ANEXO III), onde aparece como um plano de ação do ano de 2012 ações inerentes à formação dos professores, programas e projetos implantados pelas ações afirmativas referentes à formação e qualificação do professor, revitalização das escolas, enfim, informações alusivas ao mapeamento escolar da jurisdição do órgão representante da educação no Estado da Bahia. Diante desse contexto compreende-se que não existem políticas e ações voltadas para o atendimento e assistência ao professorado de forma humanitária.

Nos casos arrolados na análise documental, no que se refere ao afastamento do trabalho para cuidar de pessoa da família apresentado pela professora para acompanhar a filha acometida pela esquizofrenia – CID 10 por F20 constata-se que essa assistência é sempre conferida à mãe, e essa solicitação aparece em menor proporção diante dos 12 casos evidenciados pela amostra, em estarem circunscritos apenas em uma escola, o que me motivou a fazer opção em dedicar às análises dos casos dessa instituição. A família é o *locus* que ampara o doente, mas que também acaba por adoecer, por se implicar com intensidade nesse processo saúde/doença, o que parece paradoxal.

Os relatórios e protocolos médicos veiculados pelo discurso do saber médico, são os dispositivos que legitimam o afastamento do professor das suas atividades laborais, porque apenas os sintomas, queixas e mudanças de comportamento não constituem o escopo para justificar tais afastamentos. O discurso reproduzido do adoecimento precisa se legitimar em práticas reconhecidas socialmente, como os exames, a medicalização e o afastamento das atividades laborais. Os órgãos competentes veiculam os procedimentos médicos para sentenciar a vida profissional e pessoal dos professores, não obstante, as políticas de acompanhamento, cuidado e reparação não são pleiteadas pelas políticas públicas, somente esta rubrica merece um trabalho

de pesquisa mais cuidadoso. Aqui, aponto somente a questão, à guisa de indicar o espectro da complexidade que está envolvida no debate.

Notadamente, os registros documentais referentes à formação e profissionalização docente contemplam apenas as exigências da competência técnica para o desempenho do professor enquanto trabalhador da educação para atender principalmente às necessidades e expectativas dos estudantes, e aos dados estatísticos que se divulgam aos quatro ventos como se estivéssemos no melhor dos mundos. A fala e a memória do paciente se tornaram objetos de interesse apenas como conjunto de dados informativos para elaboração de diagnósticos, nunca são considerados como registros significativos de uma história de trabalho, de uma imagem refletida de um sistema com severas fissuras estruturais.

O percurso do adoecimento se constitui como um caminho longo que se organiza num emaranhado de sofrimentos, sempre permeado pela inexistência de interlocução com os pares que, progressivamente, vai se alastrando para a solidão profissional e o desencantamento pessoal. Na maioria dos casos, isto tem ressonâncias severas na vida familiar, que de forma entrecruzada exerce paradoxalmente dois papéis: instância que acolhe o professor adoecido e circunstância de ser atendido, acompanhado e cuidado por esses professores que fazem parte do universo profissional do mundo educacional em transformação.

Essa pesquisa intenciona servir possivelmente como uma contribuição para futuras investigações acadêmicas, podendo tornar-se um documento útil, ao concatenar estudos atualizados sobre a problemática do sofrimento psíquico de docentes. Há o desejo de levantar, senão aspectos que possam através deste instrumento colaborar com as transformações tão necessárias ao saber/fazer desses profissionais venham então sugerir reflexões que se fazem imprescindíveis para cuidá-lo enquanto práxis docente e familiar.

Por tudo isso, concluo esse trabalho, longe, indubitavelmente da pretensão de ter esgotado o tema, compreendendo que o sofrimento psíquico e o mal-estar docente que converge da relação do trabalho com a saúde e a família que envolve questões políticas, econômicas, sociais, educacionais,

médicas, governamentais e jurídicas, demandando a necessidade da ampliação no sentido da implantação de políticas públicas que não impliquem apenas a formação e a qualificação do professor, mas a reorganização de ações articuladas que envolvem princípios humanitários no que se refere à saúde e qualidade de vida do professor. Portanto, a exigência de políticas que asseguram o cuidado com o professor e seus familiares.

REFERÊNCIAS

ABC DA SAÚDE. Disponível em: http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?71. Acesso em 25 de maio de 2013.

ANESHENSEL, C. S. (1992). **Social stress:** Theory and research. Annual Review of Sociology.

APEOESP- Associação dos Professores do estado de São Paulo. Disponível em: www.apeoesp.gov.br. Acesso em 02 de julho de 2013.

APPLE, Michael e JUNGCK, Susan. No hay quer ser maestro para ensiñar esta unidad: la enseñanza, la tecnologia y el control en el aula. Revista de Educacion. n. 291, Madrid: Instituto Nacional de Investigación Cientifica, 1990.

ARTIGO 6 DA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Disponível em: http://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/busca?q=ARTIGOS+6%C2%BA+E+196+%2C+CF+.+PREVIS%C3%83O+OR%C3%87AMENT%C3%81RIA&s=jurisprudencia. Acesso em: 02 de julho de 2013.

ASSIS, J. M. M. de. **Memórias Póstumas de Brás Cubas.** São Paulo: Abril Cultural, 1978.

BANCO DE SAÚDE. **Classificação de Doenças.** Disponível em: http://www.cid10.bancodesaude.com.br. Acessos em 22, 23, 24, 25 e 27 de maio e 01 de junho de 2013.

BAUMAN, Zygmunt. **Vida líquida**. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009, p. 7.

BECK, A. **Terapia cognitiva da depressão.** Porto Alegre: Artmed, 1979.

BORDIEU, P. **A Miséria do Mundo**. 4. ed. Petrópolis RJ: Vozes, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde*. **Conferência Nacional de Saúde, 8**.* 1986, Brasília. Anais... Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 1986.

BRUYNE, P. D; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. D. **Distância da pesquisa em ciências sociais.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990a.

CAPONI, S. **A proposito del concepto de salud.** Florianópolis: UFSC, 1997. Mimeogr.

CARLOTTO, M. S.; PALAZZO, L. S. (2006) **Síndrome de burnout e fatores associados:** um estudo epidemiológico com professores. Cad. Saúde Pública [online], v. 22, n. 5, pp.

CARROLO, C. Formação e identidade profissional dos professores. In: ESTRELA, M. T. (Org.) **Viver e construir a profissão docente.** Lisboa: Porto, 1997.

CASSEL, E. J. **An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology**. American Journal of Medicine, 64(11): 1040-1043, 1974.

CAVACO, M. H. Ofício do professor: o tempo e as mudanças. In. NÓVOA, A. (org) **Profissão Professor.** Lisboa: Porto, 1995.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Petrópolis, Vozes, 2008.

CHAPLIN, C. **O Último discurso, do filme O Grande Ditador.** 1940.

CODO, W (coord) **Educação:** Carinho e Trabalho. Petrópolis: Vozes; 1999.

CODO W, Jacques MG. Introdução: uma urgência, uma busca, uma ética. In: Jacques MG, Codo W, organizadores. **Saúde mental & trabalho: l**eituras. Petrópolis: Vozes; 2002. p.20 e 25.

COOPER, C. & SMITH, M. (1998). Estilo de dirección. In: J.M. Stellman (Org.) **Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo 2 –fatores psicosociales y de organizacion.** Madrid: Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales.

COOPER, C. Identifying Stressors At Work: Recent Research Developments. **Journal of Psychosomatic Research**, n. 21.

COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. **Participação e autonomia da mãe no cuidado ao filho hospitalizado.** Ver. Bras. Enfer. V. 56, n. 3, p. 260, 2003.

CRUZ, R. M. Saúde, trabalho e psicopatologias. In AUED, B.W. (org.) **Traços do trabalho coletivo.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

CUNHA, M. I da. **O Bom professor e sua prática.** 20. Ed. São Paulo: Papirus. 1989.

DEJOURS, C. **Por um novo conceito de saúde.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.14, n.54, p.7-11, abr./ jun.1986.

_____. **A loucura do trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1987.

_____. **A Banalização da Injustiça Social.** São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **De la psychopathologie e la psychodynamique.** In: Travail: usure mentale. Paris: Bayard Éditions, 1992.

_____. **Psicodinâmica do trabalho:** contribuições da escola dejouriana à analise da relação prazer, sofrimento trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

_____. (1996). Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In J. F. Chanlat (Coord.), **O indivíduo na organização:** Dimensões esquecidas (A. M. Rodrigues, L. dos S. Gaino, M. T. Gomes & O. Torres, Trad.) (3a ed., pp. 149-173). São Paulo: Atlas.

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.

DELORS, J. **Educação:** um tesouro a descobrir. 3. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: MEC: UNESCO, 1999, Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI.

DREYFUS, H.; RABINOW, P**.** ***Michel Foucault*****: un parcours philosophique:** au-delà de l'objectivité et de la subjectivité. Paris: Gallimard, 1984.

DSM-IV (1995). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Medicas. Disponível em: http://baes.ua.pt/handle/10849/232. Acesso em 27 de julho de 2013

EMTR. Disponível em: http://www.emtr.com.br/cid10F41.htm. Acesso em 24 de maio de 2013.

ESTEVE, J. M. (1995). Mudanças sociais e função docente. In Nóvoa, A. (Org.), **Profissão Professor.** Porto: Porto Editora.

_____. **O mal-estar docente:** a sala de aula e a saúde dos professores. 2 ed Bauru: EDUSC, 1999.

_____. Prefácio In: JESUS, Saul Neves de. **Perspectivas para o bem-estar docente:** uma lição de síntese. Porto: Asa, 2002.

FERREIRA. L. L. A presentação. In: **A loucura do trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho. 5 ed. São Paulo, Cortez, p. 9, 1992.

FONSECA, Cândida Clara de O. Pereira da. **O adoecer psíquico no trabalho do professor de ensino fundamental e médio da rede pública no estado de Minas Gerais.** Florianópolis, 2001. Dissertação (mestrado em Engenharia de Produção e Sistemas) – Universidade Federal de Santa Catarina.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia.** Trad. Lilian Rose Shalders. Coleção Biblioteca Tempo Universitário. Vol. 11. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

_____. *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1991.

_____. **O que é um autor?** Tradução de José A. Bragança de Miranda e António Fernando Cascais. Lisboa: Passagem, 1992.

_____. **A arqueologia do saber.** Rio de Janeiro: Forense universitária, 1995.

_____. (1998). **O nascimento da clínica.** 5. ed. Tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

GALENO ALVARENGA. Disponível em: http://www.galenoalvarenga.com.br/transtornos-mentais. Acessos em 23 e 24 de maios de 2013.

GASPARINI, S. M. et al. **O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde.** Educação e pesquisa, São Paulo, v.31, n.2, Agos. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br. Acessado em 02 de julho de 2013.

GASPARINI, S. M. et al. (2006) **Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.** Cad. Saúde Pública [online], v. 22, n. 12, pp. 2679-2691.

GASPARINI, B.; ASSUNÇÃO. (2010) In: CRUZ et al. **Saúde docente, condições e carga de trabalho.** Disponível em: http://www.ujaen.es/revista/reid/revista/n4/REID4art8.pdf. Acesso em 30 de julho de 2013.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6. ed. Atlas, 1991.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1999.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. In: **Revista de Administração de Empresas.** São Paulo: v.35, n.2, abril 1995.

GONÇALES. C. A. V.; MACHADO, A. L. DEPRESSÃO, O MAL DO SÉCULO: DE QUE SÉCULO? **DEPRESSION, THE ILLNESS OF THE CENTURY: WHAT CENTURY?**. p. 298-304. R Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):298-304.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós – modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A editora, 2006.

HECKERT, A. L.; ARAGÃO, E.; BARROS, M. E. B.; OLIVEIRA, S. (2001). A dimensão coletiva da saúde: uma análise das articulações entre gestão administrativa-saúde dos docentes, a experiência de Vitória. In: **Trabalhar na escola? Só inventando o prazer"** (Milton Athayde, Mª Elizabeth Barros, Jussara Brito e Mary Yale, orgs.), pp 124, Rio de Janeiro: Edições IPUB/ CUCA.

http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/328. o professor estÁ doente.pdf. Acesso em 27 de julho de 2013.

ISMAEL, S. M. C. A inserção do psicólogo no contexto hospitalar. In: ISMAEL, S. M. C. **A prática psicológica e sua interface com as doenças.** São Paulo: casa do Psicólogo, 2005.

JESUS, Saul Neves de. Perspectivas para o bem-estar docente: uma lição de síntese. Porto: Asa, 2002.

KERLINGER, F. N. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais:** Um tratamento conceitual. Trad. Helena Mendes Rotundo. São Paulo: EPU/EDUSP, 1980.

LAMBROU, H. **E o estresse como vai.** Disponível em: http://helena.nisthai.com/Meus_Textos/meustextos15.htm. 2004. Acesso em 02 de julho de 2013.

LAURELL, A. C. Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In: BARRADAS, R. et al. (Orgs.) **Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 1997.

Lei Orgânica da Saúde (LOS) n.º 8.080/1990. Disponível em: http://www.prattein.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=201:lei-organica-da-saude-Lei. Acesso em 02 de julho de 2013.

LEVI, L. (1998) Factores psicosociales, estrés y salud. In: J.M. Stellman (Org.) **Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo 2 – fatores psicosociales y de organizacion.** Madrid: Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociale.

LÜDCKE, M.; ANDRÉ, M E. D. A. **A pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUNARDI, V. L. (1999). **Problematizando Conceitos de Saúde, a partir do Tema da Governabilidade dos Sujeitos.** Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre v.20, n.1, p.26-40.

MAANEN, Jonh Van. Métodos Qualitativos **Reformados para Pesquisa Organizacional:** um Prefácio em Ciência Administrativa Trimestral. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo. Vol. 24. Dezembro de 1979.

MARTÍNEZ, Deolídia. Estudos do trabalho docente. In: OLIVEIRA, Dalila Andrade (org.). Reformas educacionais na América Latina e os trabalhadores docentes. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. p. 75 – 86.

MAY, T. **Pesquisa social**: questões, métodos e processos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

MENDES, R E DIAS, E.C., 1991**. Da medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador.** Revista de Saúde Pública: São Paulo.

MINAYO, M. C. S. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo:Rio de Janeiro. Hucitec/Abrasco, 1992.

_____. & SANCHES, O. **Quantitative and Qualitative Methods:** Opposition or Complementarity? Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/sep, 1993.

_____. et al. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

_____. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 2 ed. Petrópolis: RJ Vozes, 1995.

_____. **OS MUITOS BRASIS:** SAÚDE POPULAÇÃO NA DÉCADA DE 80. 2. ed. SÃO PAULO: HUCITEC, 1999.

_____. (Org.); MIRANDA, A. C. (Org.). **Saúde e Ambiente Saudável:** estreitando nós. 1a.. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. v. 1.

_____. A utilização do método qualitativo para avaliação de programas de saúde. In: Rosana Onocko Campos. (Org.). **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade.** 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

NASCIMENTO, P. C. Democracia e saúde: uma perspectiva arendtiana. In: FLEURY, S., (org.) **Saúde coletiva? questionando a onipotência do social.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

NEUROINFORMAÇÃO. Disponível em: http://neuroinformacao.blogspot.com.br/2011/05/tontura-o-que-isso-significa.html. Acesso em 22 de maio de 2013.

NÓVOA. A. **Formação de Professores e Profissão Docente.** Lisboa: Dom Quixote, 1992.

_____. Os professores e as histórias da sua vida. In: Ball e Godson (1989) e Woods (1991). (Org.) **Vidas de Professores.** Portugal: Porto, 1994.

_____. (Org.) **Profissão Professor.** Porto: Porto Editora, 1995.

NUNES, C. B.; SILVA, C. V.; FONSECA, A. S. **Ouvindo as mães sobre a consulta de enfermagem a seus filhos.** Acta Paul. Enf. São Paulo, v. 16, n. 3, p. 31-40, 2003.

O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde, por Maria Cecilia Minayo. São Paulo, HUCITEC / ABRASCO, 1992.

OLIVEIRA, D. E. M. B.; ROCHA, M. S.; FIGUEIROL, M. M. T. Ressignificando o contexto escolar para a construção de alternativas que atendam a alunos com dificuldades de aprendizagem. In: MARQUEZINE, M. C. et al. (Org.). **Inclusão.** Londrina, PR: EDUEL, 2003.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO - OIT. **Working time: reduction of hours of work, weekly rest and holidays with pay**. Genebra: OIT, 1984.

_____. **A condição dos professores: recomendação internacional de 1966, um instrumento para melhoria da condição dos professores**. Genebra: OIT/UNESCO, 1984.

Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 10ª revisão. 8ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP); 1995.

PIERRE, C. – **Assistência aos Familiares e Doentes Terminais** – 2000 (disponível no sítio: www.claricepierre.psc.br/artigo em 27 de Julho de 2013).

PSIQWEB: Disponível em: http://www.psiqweb.med.br/site/DefaultLimpo.aspx?area=ES/VerClassificacoes&idZClassificacoes=383. Acesso em 22 de maio de 2013.

REVISTA DE ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP. **Família e doença mental:** a difícil convivência com a diferença. Rev. esc. enferm. USP. vol. 38. n. 2. São Paulo. June. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342004000200011&script=sci_arttext. Acesso em 27 de julho de 2013.

REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM. **O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipe de enfermagem**. Rev. Gaúcha Enferm. (Online). vol. 31. n. 4. Porto Alegre. Dec. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472010000400015&script=sci_arttext. Acesso em 27 de julho de 2013.

ROCHA, C.N.P. **Família, subjetivação e loucura em Michel Foucault**. Dissertação de Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea. Salvador,UCSal,2006.

ROCHA, S. R. A. "**O pior é não ter mais profissão, bate uma tristeza profunda"**: sofrimento, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e depressão em bancários. 2003. 145f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Brasília.

ROGERS, C. **Tornar-se Pessoa.** Edição/reimpressão. Lisboa: Padrões Culturais, 2009.

ROSA, L. C. S. As condições da Família Brasileira de Baixa Renda no Provimento de cuidados com o Portador de Transtorno Mental. In:

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e Serviço Social:** o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo, Cortez, 2002.

SANTOS, Mônica dos Santos e D'ÀVILA, Cristina. E agora professor: Professor para onde? O autoconhecimento e o redimensionamento da identidade profissional como vias para a ressignificação da prática educativa. In LEIRO, A C R e SOUZA, C de S. **Educação Básica e Trabalho Docente: políticas e práticas de formação.** EDUFBA: Salvador, 2010.

SELIGMANN SILVA, E.; DELIA, A. A.; SATO, L. **Condições de trabalho e saúde em funcionários da OPM do metrô de São Paulo.** (Relatório de Pesquisa). DIESAT. São Paulo, 1986. 343p. mimeo.

SCHERER, C. G. **Eventos estressores ocupacionais e as manifestações de estresse do professor universitário.** Florianópolis, 2003. Projeto de Dissertação (mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina.

SCLIAR, Moacyr. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2007.

SELYE, Hans. **Stress – a tensão da vida.** São Paulo: IBRASA, 1959.

_____. **Stress: a tensão da vida.** 2. ed. Trad. Frederico Branco. São Paulo: Ibrasa, 1965.

SILVA, A. A. C. **Manter o Rumo.** Imprensa Nacional casa da Moeda, 1995.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia e elaboração de dissertação.** 3. Ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino à Distância da Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

SOSP MED. Disponível em: http://www.sosp.med.br/doencas/cid10.html. Acesso em 24 de maio de 2013.

SOUZA, K. R. et al. Trajetória do Sindicato Estadual dos Profissionais da Educação do Rio de Janeiro (SEPE-RJ) na luta pela saúde no trabalho. Ciência e Saúde Coletiva Ciência e Saúde Coletiva Ciência, v. 8, n. 4.

WIKIPEDIA. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Wikip%C3%A9dia:P%C3%A1gina_principal. Acesso em 22 de maio de 2013.

WISNER. A. **A Inteligência no Trabalho: textos selecionados de ergonomia.** São Paulo: FUNDACENTRO, 1994.

www.portaleducacao.com.br/Artigo/Imprimir/44135. Acesso em 02 de julho de 2013.

WINNICOTT, D. W. In: BIDARRA, A. P. (2010) **Vivendo com a Dor:** O cuidador e doente com dor crónica oncológica. Lisboa. Dissertação (Mestrado em Ciências da Dor) – Instituto de Formação Avançada, Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa.

ANEXOS

ANEXO I – SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E EXTENSÃO
PROGRAMA EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Salvador, 16 de Janeiro de 2013

Ilma Sra.
M. D. Diretora da DIREC/03-Alagoinhas
Marli MONTEIRO

Sou professor Menezes, Docente e pesquisador do Programa em Família na Sociedade Contemporânea da UCSal (Conceito 5/CAPES - Mestrado/Doutorado), orientador da pesquisa de mestrado de Iêda Fátima da Silva, intitulado "SOFRIMENTO PSIQUICO DE PROFESSORES: UMA INTERFACE COM O TRABALHO E A NECESSIDADE DE CUIDAR DA FAMÍLIA". Venho, em nome do meu Programa, e da pesquisadora sob minha orientação solicitar a cooperação desta DIREC, dirigida por V. Sa., no sentido de viabilizar o acesso de Iêda Fátima aos arquivos das escolas estaduais listadas em anexo, a fim de que a mesma possa colher dados dos laudos médicos dos profissionais de educação liberados para licença médica e acompanhamento de familiares, a fim de que tais documentos possam servir de "campo" de investigação para o trabalho científico de nível de mestrado. Isto implica no uso de metodologias muito específicas de coleta de dados de documentos, bem como o trabalho de análise dos mesmos sob o norte de aportes teóricos internacionais (Como o especialista em doenças do trabalho como DEJOURS, por exemplo).

Do ponto de vista ético, nos comprometemos a seguir o protocolo de pesquisa documental, que cobra, como primeira observação, a que os pesquisadores preservem a identidade dos sujeitos perfilados nos documentos manejados. Outrossim, nos comprometemos, igualmente, a indicar a cooperação da DIREC em TODAS AS PUBLICAÇÕES derivadas deste trabalho, como sói recomendar os protocolos de cooperação institucionais.

Certo de contar com a vossa estimada colaboração, coloco-me à disposição para aditar quaisquer informações ou esclarecimentos adicionais.

Muito Cordialmente

Prof. Dr. José Euclimar Xavier de Menezes
Adjunto IV/UCSal

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DA DIREC 03 ALAGOINHAS/BA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA REGIONAL DA EDUCAÇÃO – DIREC 03 ALAGOINHAS

Bahia TERRA DE TODOS NÓS
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

Alagoinhas, 21 de janeiro de 2013.

OFICIO CIRCULAR - DIREC 03 /GAB Nº. 02 /2013

À
Ilmª Srª.

_____

Dirigente Escolar

Assunto: Acesso a pesquisa cientifica: Mestra do "Sofrimento Psíquico de Professores: Uma interface com trabalho e a Necessidade de Cuidar da Família".

Prezado (a) Senhor (a),

Pelo presente, encaminhamos a professora **IEDA FATIMA DA SILVA**, para ter acesso aos arquivos dessa Unidade Escolar, de maneira ética e sigilosa, preservando o que for de caráter particular, para colher dados que possa servir de "campo" de investigação para o trabalho cientifico de nível de mestrado intitulado:**"Sofrimento Psíquico de Professores: Uma Interface com o trabalho e a Necessidade de cuidar da Família".**
Na oportunidade, comunicamos que a referida professora travará em primeira instância um diálogo com V.S.ª e sua equipe gestora para os devidos encaminhamentos.
Na certeza de contarmos sempre com V.S.ª agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

MARLI MONTEIRO DE JESUS ARAÚJO
Diretora Regional da Educação
DIREC3 – ALAGOINHAS
Aut. 30734/2011

Diretoria Regional da Educação – DIREC 03, Rua Dr. Milton José Ornelas da Silva, s/n Centro
CEP: 48.020-000 Alagoinhas – Bahia Tel.: (75) 3422-1040 – Fax: (75) 3422-2203

ANEXO III – RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO – EXERCÍCIO 2012 – DIREC 03

Relatório Circunstanciado

Exercício - 2012

Alagoinhas – BA

Dezembro/2012

MARLI MONTEIRO DE JESUS ARAÚJO

Diretora Regional de Educação

RITA DE CÁSSIA BASTOS DE CARVALHO

Coordenador de Atendimento à Educação Básica

EDILZA SANTOS

Coordenador de Organização e Atendimento da Rede Escolar

ELIEZER CRISPIM DOS REIS

Inspetor de Rede Física

VALDENITA SALES SANTOS MOREIRA

Secretária Administrativa II

JOSSENICE DO NASCIMENTO

Coordenador IV

RITA CONCEIÇÃO RIBEIRO DE ABREU MOREIRA

Coordenador IV

ELIANE OLIVEIRA RAMOS

Coordenadora IV

ROBERTA TEIXEIRA CAMPOS LIMA

Coordenação do Todos Pela Alfabetização – TOPA

CARLOS LUIZ CHAVES

Coordenador Estadual de Educação

APRESENTAÇÃO

A Diretoria Regional de Educação – DIREC 03 pelo regimento da SEC é um órgão da administração direta, e está dividida em (subdivisão estrutural):

1.Coordenação de Desenvolvimento da Educação Básica (CODEB);

2.Coordenação de Organização e Atendimento da Rede Escolar (COARE);

3. Unidade Escolar Estadual (UEE)

Unidade Regional da Secretaria da Educação, a DIREC 03 esta situada no Território de Identidade Agreste Baiano/Litoral Norte, abrangendo **16 municípios**, com um total de 51 **Unidades Escolares, 18 anexos** e **27.838 alunos** matriculados na rede em 2012, com condições econômicas e culturais diversas. A nossa sede dista em aproximadamente 170 km de outras cidades, são eles: Acajutiba, Alagoinhas, Aporá Araçás, Aramari, Cardeal da Silva, Catu, Conde, Entre Rios, Esplanada, Inhambupe, Jandaíra, Ouriçangas, Pedrão, Rio Real, Sátiro Dias.

A Escola é o foco do Plano de Gestão Educacional da DIREC 03, para garantir o direito ao percurso educativo digno, a melhoria da qualidade do ensino e aprendizagem significativa dos estudantes.

PLANO DE AÇÃO

O Plano de Ação que estabelecemos visa perceber gestos democráticos em nossa gestão balizado pela participação de toda à comunidade educacional, fazendo-nos perceber atividades que nos possibilitasse focar uma outra concepção de Educação, enxergando como processo e não necessariamente produto, pautando a aprendizagem como meta maior.

Para garantir esse direito subjetivo, a Diretoria Regional de Educação- DIREC 03 vem articulando uma ampla mobilização com todos os municípios de sua jurisdição, além de efetivo acompanhamento e monitoramento às suas unidades escolares da Rede Estadual.

O Governo da Bahia com Programa Todos pela Escola fortaleceu as Políticas Educacionais da Educação Básica, com vistas a garantir a todos os estudantes da escola pública o direito de aprender. O programa está estruturado em 10 compromissos, e para alguns destes, estão sendo desenvolvidos projetos e ações voltados para escolas:

PACTO COM OS MUNICÍPIOS

Garantir a todos os estudantes da escola pública o direito de aprender. Esse é o grande desafio da Secretaria da Educação do Estado da Bahia com o Programa Todos pela Escola, que conta com o compromisso do Governo da Bahia, a adesão das prefeituras, a colaboração dos gestores, educadores e a parceria das famílias.

Para melhorar a qualidade da educação básica, a Secretaria articula um grande pacto do Estado com os municípios no sentido de integrar as redes e sistemas públicos de ensino, em regime de colaboração, para atender às crianças desde o processo de alfabetização.

Com os gestores e educadores da rede estadual, propõe uma efetiva intervenção pedagógica nas escolas, no sentido de corrigir dificuldades dos

alunos desde o início do ano letivo e, assim, garantir o sucesso no seu percurso educativo.

Junto com as famílias e as representações sociais, mobiliza a sociedade para atuar como parceira da escola, no sentido de garantir que esse espaço de convivência, de troca de conhecimentos e de aprendizagens seja, de fato, extensão de suas casas para total acolhimento dos estudantes.

OBJETIVO

Alfabetizar todas as crianças até os oito anos de idade

META

Assegurar formação e acompanhamento a 100% dos profissionais, com atuação nas classes de alfabetização, dos municípios com adesão ao Pacto, até dezembro de 2012.

POR QUE UM PACTO COM MUNICÍPIOS

Levando em consideração os indicadores educacionais apresentados nas últimas avaliações externas na rede pública estadual, a qual tem ficado abaixo da média nacional, a Secretaria de Estado da Educação lança o PACTO com Municípios, com objetivo de elevar a qualidade da educação básica e acelerar o ritmo de melhoria dos resultados educacionais, bem como fortalecer o regime de colaboração com os municípios baianos.

MUNICIPIOS QUE PARTICIPAM DO PACTO NA DIREC 03

Alagoinhas, Acajutiba, Aporá, Entre Rios, Cardeal da Silva, Esplanada, Jandaira, Rio Real, Catu, Araçás, Conde.

OBS: Aporá por ingerência da própria Secretaria Municipal não fez aplicabilidade do Programa.

Organização do Programa nos Municípios/ Séries ou anos atendidos

MUNICÍPIO	**QUANTIDADE DE FORMADORES MUNICIPAIS**	**1º ANO**	**2º ANO**

ALAGOINHAS	**04**	**X**	
ACAJUTIBA	**01**	**X**	**X**
ARAÇÁS	**01**	**X**	
APORÁ	**01**		
CATU	**01**	**X**	**X**
CONDE	**03**	**X**	**X**
CARDEAL DA SILVA	**01**	**X**	**X**
ENTRE RIOS	**02**	**X**	
ESPLANADA	**01**	**X**	**X**
RIO REAL	**01**	**X**	
JANDAIRA	**01**	**X**	**X**

ESTRUTURA DAS FORMAÇÕES

As formações aconteciam em dois momentos: Formação dos Formadores Regionais e Estaduais, estes responsáveis pela formação dos Formadores Municipais, bem como acompanhar as formações nos respectivos municípios e acompanhar o trabalho pedagógico dos alfabetizadores em sala de aula. As referidas formações aconteciam diretamente com os autores das propostas (Alfabetização e Letramento, e Alfabetização Matemática), esta por sua vez só será aplicada nos municípios em 2013.

Formação dos Formadores Municipais era feita pelos Formadores Estaduais juntamente com os Formadores Regionais. Vale ressaltar que para facilitar o processo de formação bem como o acompanhamento os municípios o estado foi dividido em polos, sendo Alagoinhas partícipe do Polo I, onde compreendia Alagoinhas e Região Metropolitana, porém, devido o número de participantes do polo este polo se subdividiu.

O TOPA – TODOS PELA ALFABETIZAÇÃO

O programa trabalha com a alfabetização sob a perspectiva de que este é um direito do cidadão, e não prescreve com a idade.

PAIP - PROJETO DE MONITORAMENTO, ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA.

A DIREC 03 através da equipe NUPAIP Regional desenvolveu durante o ano de 2012 diversas ações previstas pelo Projeto de Monitoramento, Acompanhamento, Avaliação e Intervenção Pedagógica voltada para a melhoria do processo de ensino aprendizagem. Com o compromisso com uma educação de qualidade, buscou otimizar atividades que concorreram para o aprimoramento do percurso escolar nas Unidades Escolares da Rede Pública Estadual da Bahia.

As bases conceituais e praxiológicas do PAIP estão pautadas no diálogo constante com o espaço escolar, portanto a apreciação dos resultados do trabalho da equipe NUPAIP deve estar pautada nas realizações das UEs via mediação do PAIP.

PROJETOS ESTRUTURANTES

A juventude estudantil dos municípios sob a jurisdição da Direc 3 participou dos projetos de forma a corroborar com sua atuação na construção de políticas públicas que proporcionem as novas gerações oportunidades para desenvolver talentos no cenário cultural. Os projetos sempre contam com o envolvimento de jovens que buscam nas artes e suas múltiplas linguagens espaços de construção de suas identidades coletivas enquanto sujeitos ativos na comunidade escolar. Durante a realização das etapas dos projetos e suas várias atividades, os estudantes aprenderam, desenvolveram habilidades e compartilharam experiências para resignificar sua trajetória estudantil.

A inclusão dos Projetos **FACE** (Festival Anual da Canção Estudantil), **TAL** (Tempos de Arte Literária), **EPA** (Educação Patrimonial e Artística), **AVE** (Artes Visuais Estudantis) e **PROVE** (Produções de Vídeos Estudantis) como

componente do PAIP foi muito positiva para fortalecer o processo de aprendizagem dos alunos nas escolas estaduais, dando a este processo um caráter lúdico, interativo e cultural.

O JERP (Jogos Estudantis da Rede Pública da Bahia) 2012 superou todas as expectativas de participação dos educandos e professores, onde ficou claro o papel dos jogos e o seu significado na educação baiana.

O ENSINO MÉDIO EM AÇÃO

Programa estruturante da Rede Estadual de Ensino em parceria com as Universidades Estaduais para dinamizar as práticas pedagógicas das disciplinas do currículo numa perspectiva transdisciplinar. Tem como objetivo orientar os educadores a desenvolverem em sala de aula ações didático-pedagógicas pautadas em problemáticas vivenciadas pelos educandos e também desenvolver o espírito científico e o protagonismo estudantil.

Este programa proporciona uma interlocução entre a teoria produzida num espaço universitário e a prática cotidiana das UE. As estratégias de concretização do programa vão desde o “reforço” à pesquisa acadêmica sob orientação docente.

O programa desenvolve suas atividades em três vertentes: A formação de professores, o suporte pedagógico ao estudante e a distribuição de material didático. As atividades têm como foco, inicialmente, as disciplinas de Língua Portuguesa e Matemática.

O PROGRAMA MAIS EDUCAÇÃO- PME

É uma estratégia do Governo Federal para a implementação da Educação Integral no país e tem como prioridade contribuir para formação integral de crianças, adolescentes e jovens, articulando diferentes ações, projetos e programas em consonância com o projeto pedagógico da escola. É uma ação indutora de incentivo para que os estados e municípios implantem a Educação Integral nas escolas públicas de ensino fundamental.

Na DIREC 03 vinte e seis escolas firmaram adesão ao programa, oferecendo no contra turno modalidades como: dança, capoeira, letramento, reforço em

matemática, música, informática, educação ambiental, teatro e etc. As atividades oferecidas são desenvolvidas por monitores voluntários. As Unidades Escolares foram: Colégio Estadual Brasilino Viegas; Colégio Estadual São Francisco; Colégio da Polícia Militar Professor Carlos Rosa; Escola Estadual Luiz Navarro de Brito; Colégio Estadual Polivalente; Colégio Estadual Maria José Bastos Silva; Escola Estadual Julio Leal Araujo; Colégio Estadual Dr. Magalhães Neto; Colégio Estadual Duque De Caxias; Escola Estadual Oscar Cordeiro; Escola dos Rodoviários; Colégio Domingos Leão Veloso; Escola Estadual Jose Ponciano Do Nascimento; Colégio Estadual Marques De Abrantes; Colégio Estadual Deputado Luís Eduardo Magalhães; Escola Estadual Alírio Afonso de Assis; Centro Integrado de Educação do Conde; Colégio Estadual Celso Mendes de Lima; Colégio Estadual Frei Gregório de San Marino; Colégio Estadual Dr. Mario Costa Filho; Escola Estadual John Kennedy.

EMITEC: PROGRAMA ENSINO MÉDIO COM INTERMEDIAÇÃO TECNOLÓGICA

Acompanhamento das turmas do EMITEC, nas escolas anexas nos distritos de Baixa Grande,

Colônia, Saquinho e Volta de Cima. (Inhambupe); Baixio e São José.(Esplanada);Altamira,Cangurito e sempre Viva.(Conde);Abadia, Cachoeira,Coqueiro(Jandaíra).

O PROJETO REVITALIZAÇÃO DAS ESCOLAS DA REDE ESTADUAL DE ENSINO

É uma ação intersetorial da Secretaria de Educação – SEC – que mobiliza os gestores das Unidades Escolares, as comunidades escolar e local, fortalece a relação escola-comunidade e estimula o planejamento nas atividades pedagógicas.

As ações do projeto deverão ser iniciadas em conjunto com as comunidades escolar e local na área pedagógica ou física.

A primeira etapa do projeto foi realizada entre SEC/DIREC e Unidades criando um espaço de diálogo entre essas três esferas na construção de uma gestão participativa. A segunda etapa intensificou a relação escola-comunidade a partir das discussões, propostas pela SEC, e demandas de cada UE, mobilizando a participação de pais, alunos e demais segmentos no planejamento e nas futuras ações no plano de revitalização.

O PROGRAMA CIÊNCIA NA ESCOLA

O Programa Ciência na Escola é uma ação estruturante da SEC-BA que objetiva estimular a prática científica através da interdisciplinaridade e fomento ao protagonismo juvenil, ao alfabetizar cientificamente os educandos das séries finais do ensino fundamental (6º ao 9º anos) das escolas da rede estadual de ensino.

Como ferramenta para esse trabalho, o ***Ciência na Escola*** utiliza como ferramenta didática o livro: ***Bahia, Brasil: Espaço, Ambiente e Cultura*** da Geodinâmica Editora; este livro que foi pensado especialmente para o Estado da Bahia, para seus alunos, utiliza a metodologia MAPA – mundo, ambiente, pertencimento e ação - que institui o caminho para aprendizagem dos conceitos

científicos a partir da leitura da realidade do aluno, auxiliando na promoção da alfabetização científica.

O Núcleo CE 11 abrange o território de identidade 18: Litoral Norte e Agreste Baiano, atuando nas escolas dos municípios de Alagoinhas, Inhambupe, Nova Soure e Ribeira do Pombal com um total de quinze escolas.

Ao pensar o Programa Ciência na Escola na DIREC 03, percebemos a urgência na mudança de paradigma na forma de fazer/ensinar ciência em nossas escolas, e para isso algumas ações foram desenvolvidas ao longo do segundo semestre de 2012, e que veremos a seguir.

ANEXO IV – JUNTA E PERÍCIA MÉDICA DO ESTADO DA BAHIA

Junta e Perícia Médica

Informações sobre a Junta Médica do Estado

Perícia é a avaliação de Saúde do Servidor, ou de seus dependentes, efetuada pela Junta Médica do Estado que tem as funções de execução e controle das atividades relativas a exames médicos periciais e inspeções de saúde para admissão, readaptação, afastamentos, aposentadoria por invalidez, reversão, assuntos referentes à pensão e realização de perícia para concessão de adicionais de insalubridade, periculosidade e atividades penosas, atuando sempre que provocada pelas respectivas Coordenações de Recursos Humanos das setoriais, e tendo por base legal a lei 6.677.

O requerimento para inspeção médica deverá ser providenciado no local de trabalho do servidor através da Coordenação de Recursos Humanos e é o formulário de que serão extraídas tanto as informações cadastrais do servidor requisitante e de sua chefia imediata, quanto àquelas que nortearão o exame pericial. Para tanto, TODAS as informações relativas à identificação do servidor, bem como dos motivos da solicitação da licença, datas de afastamento e solicitação, assinatura do requerente e dados da chefia imediata devem obrigatoriamente ser preenchidos.

Situações que exigem perícia médica:

1. Admissão de novos servidores (exame pré-admissional);

2. Concessão de adicional de insalubridade ou periculosidade;

3. Concessão de licença para tratamento de saúde com prazo superior a 15 dias;

4. Concessão de licença à gestante, à adotante e de licença-paternidade;

5. Concessão de licença por motivo de doença em pessoa da família;

6. Concessão de licença por motivo de acidente em serviço;

7. Concessão readaptação funcional;

8. Concessão de remoção por motivo de doença;

9. Concessão de aposentadoria por invalidez permanente;

10. Concessão de benefícios para dependente maior portador de doença restritiva/invalidez;

11. Concessão de laudo de isenção do imposto de renda para aposentados portadores de doenças graves;

12. Concessão de reversão de aposentadoria por invalidez;

13. Incidente de insanidade mental;

14. Inspeção de saúde em virtude de processo administrativo disciplinar;

15. Inspeção de saúde para fins previdenciários.

Local:

As perícias são efetuadas na Junta Médica Oficial do Estado da Bahia. Centro de Atenção à Saúde Prof. Dr. José Maria de Magalhães Netto – 4º andar Av. ACM, s/nº, Iguatemi, Salvador, BA – CEP: 41820-000 Tel.: 3116-5241

Horário:

O atendimento para perícias é de 2ª a 6ª, das 8h às 17h.

Situações que exigem perícia médica:

1 - Perícia para admissão de novos servidores (exame pré-admissional):

Documentação necessária:

- Ofício de encaminhamento emitido pela Coordenação de Recursos Humanos do órgão contratante, especificando o cargo e as atribuições para as quais está sendo procedida a contratação.

- Exames médicos obrigatórios:

- o Hemograma;

- o Glicemia;

- o Sumário de urina;

- o Parasitológico de fezes;

- o Acuidade visual;

- o Raio X do tórax (PA), com laudo;

- o Eletrocardiograma (para candidatos com idade acima de 40 anos);

- o PSA de próstata (para homens com idade acima de 40 anos).

- o Mamografia (para mulheres com idade acima de 40 anos);

- o Videolaringoscopia (para professores);

- **Observação:** Dependendo da função e/ou cargo, outros exames complementares poderão ser solicitados pelo médico perito quando da realização do exame, estando a emissão do laudo de APTIDÃO, vinculada à sua apresentação.

2 - Perícia para concessão de Adicional de Insalubridade ou Periculosidade:

É a avaliação pericial, realizada no local de trabalho do servidor, atendendo solicitação do deste ou órgão de sua lotação através do preenchimento de um requerimento de direitos e vantagens - RDV, para constatação de condições de trabalho que o coloquem em contato com substâncias ou fatores físicos considerados insalubres ou perigosos (riscos ambientais). Deverá ser efetuada no local de trabalho, sendo precedida de

documento elaborado pela chefia imediata do servidor, ou gestor do órgão onde exerce suas atividades, contendo descrição detalhada das condições que tornam insalubres ou perigosos os locais e/ou atividades exercidas. Os adicionais de insalubridade e periculosidade serão concedidos com base na legislação estadual e nas normas regulamentadoras de Nº 15 e Nº 16, e seus respectivos anexos, expedidas pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

Documentação Necessária:

- RDV solicitando o adicional, assinado e carimbado pelo diretor da unidade de lotação e pelo servidor;

- Documento elaborado pela chefia imediata do servidor, ou gestor do órgão onde exerce suas atividades, contendo a função e atribuição e lotação do servidor, além de uma descrição detalhada das condições que tornam insalubres ou perigosos os locais e/ou atividades exercidas;

- Carteira de identidade (cópia) e CPF (cópia);

- Último contracheque do servidor (cópia);

- Encaminhar a solicitação via protocolo da saeb, para junta médica do estado.

3 - Perícia para concessão de Licença para tratamento de saúde com prazo superior a 15 dias:

É a prévia comprovação médico-oficial de enfermidade mediante a qual será concedida ao servidor licença para tratamento de saúde, a pedido ou de ofício, com base em perícia médica, sem prejuízo da remuneração a que fizer jus. Findo o prazo estipulado no laudo médico, o servidor deverá reassumir imediatamente o exercício, salvo prorrogação solicitada antes da conclusão da licença.

Documentação necessária:

- Atestado Médico e Relatório completo, emitido pelo médico assistente;

- Exames complementares atuais, relativos ao quadro clínico que deu origem ao benefício solicitado;
- Requerimento de inspeção médica, assinado e carimbado pelo chefe imediato e pelo servidor;
- Carteira de identidade (cópia) e CPF (cópia);
- Último contracheque do servidor (cópia).
-

4 - Perícia para concessão de licença à gestante, à adotante e de licença-paternidade:

À servidora gestante será concedida, mediante atestado médico, licença por 120 dias consecutivos.

A licença poderá ter início no primeiro dia do nono mês de gestação, salvo antecipação por prescrição médica.

No caso de nascimento prematuro, a licença terá início na data do parto.

No caso de natimorto, decorridos 30 dias do evento, a servidora será submetida a exame médico e, se julgada apta, reassumirá o exercício.

No caso de aborto não-criminoso, atestado por médico oficial, a servidora terá direito a 30 dias de repouso.

À servidora que adotar ou obtiver guarda judicial de criança de até um ano de idade serão concedidos 120 dias de licença, para ajustamento do menor, a contar da data em que este chegar ao novo lar.

No caso de adoção ou guarda judicial de criança com mais de um ano de idade, o prazo de que trata este artigo será de 30 dias.

Pelo nascimento ou adoção de filho, o servidor terá direito à licença-paternidade de cinco dias consecutivos.

Documentação necessária:

- Atestado médico e relatório completo, emitido pelo médico assistente;
- Certidão de nascimento, de adoção ou de guarda judicial (conforme o caso);
- Requerimento de inspeção médica em anexo, assinado pelo servidor e pelo seu chefe;
- Carteira de identidade (cópia) e CPF (cópia);
- Último contracheque do servidor (cópia).

5 - Perícia para concessão de licença por motivo de doença em pessoa da família:

É a prévia comprovação médica oficial através da qual poderá ser concedida licença ao servidor, por motivo de doença do cônjuge ou companheiro, dos pais, do padrasto ou madrasta, dos filhos, enteados, menores sob guarda ou tutela, avós e irmãos menores ou incapazes. A licença somente será deferida se a assistência direta do servidor for indispensável e não puder ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo, o que deverá ser apurado através de acompanhamento social. É vedado o exercício de atividade remunerada durante o período da licença. A Licença por motivo de doença em pessoa da família será concedida: I - com remuneração integral, até três meses; II - com 2/3 (dois terços) da remuneração, quando exceder a três e não ultrapassar seis meses;III - com 1/3 (um terço) da remuneração, quando exceder a seis e não ultrapassar 12 meses.

Documentação necessária:

- Atestado médico e relatório completo, emitido pelo médico assistente, em nome do familiar acometido pela doença;
- Comprovação de que a assistência direta do servidor é indispensável e que não poder ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo;

- Exames complementares atuais, relativos ao quadro clínico do familiar;

- Requerimento de inspeção médica, assinado e carimbado pelo chefe imediato e pelo servidor;

- Carteira de identidade (cópia) e CPF (cópia);

- Último contracheque do servidor (cópia).

-

6. Perícia para concessão de licença por motivo de acidente em serviço:

É a prévia comprovação médica oficial através da qual poderá ser concedida licença ao servidor, por motivo de Acidente em Serviço com base em perícia médica, sem prejuízo da remuneração a que fizer jus. Findo o prazo estipulado no laudo médico, o servidor deverá reassumir imediatamente o exercício, salvo prorrogação solicitada antes da conclusão da licença. Acidente em Serviço é o que ocorre com o servidor, durante o exercício de suas atividades, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, temporária ou permanente, da capacidade para o trabalho.

Documentação necessária:

- Atestado médico e relatório completo, emitido pelo médico assistente;

- A comprovação do acidente em serviço é indispensável para a concessão da licença, e deverá ser feita, no prazo de oito dias, salvo por motivo de força maior, através de documento oficial emitido pela DIREÇÃO do órgão onde exerce suas atividades, contendo, hora, local e descrição do acidente;

- Comprovação de atendimento médico em razão do acidente sofrido;

- Boletim de ocorrência policial (BO), em casos de agressão, acidentes por meios de transporte, ou em qualquer situação que se exige BO;

- Exames complementares atuais, relativos ao quadro clínico que de origem ao benefício solicitado;

- Requerimento de inspeção médica, assinado e carimbado pelo chefe imediato e pelo servidor;

- Carteira de identidade (cópia) e CPF (cópia);

- Último contracheque do servidor (cópia).

7 - Perícia para concessão de readaptação funcional:

Readaptação é o cometimento ao servidor de novas atribuições, compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental, comprovada por junta médica oficial, garantida a remuneração do cargo de que é titular. É garantida a gestante atribuições compatíveis com seu estado físico, nos casos em que houver recomendação clínica, sem prejuízo de seus vencimentos e demais vantagens do cargo.

Documentação necessária:

- Atestado médico e relatório completo, emitido pelo médico assistente;

- Exames complementares atuais, relativos ao quadro clínico que deu origem ao benefício solicitado;

- Requerimento de inspeção médica, assinado e carimbado pelo chefe imediato e pelo servidor;

- Carteira de identidade (cópia) e CPF (cópia);

- Último contracheque do servidor (cópia).

8. Perícia para concessão de remoção por motivo de doença:

É a prévia comprovação médica oficial através da qual poderá ser concedido laudo remoção por motivo de saúde. Remoção é o deslocamento do

servidor, a pedido, para outra localidade, por motivo de saúde do servidor, cônjuge, companheiro ou dependente, condicionado à comprovação por junta médica oficial.

Documentação necessária:

- Atestado médico e relatório completo, emitido pelo médico assistente;
- Exames complementares atuais, relativos ao quadro clínico que deu origem ao benefício solicitado;
- Requerimento de inspeção médica, assinado e carimbado pelo chefe imediato e pelo servidor;
- Carteira de identidade (cópia) e CPF (cópia);
- Último contracheque do servidor (cópia).

9. Perícia para concessão de aposentadoria por invalidez permanente:

É a prévia comprovação médico-oficial, a pedido ou de ofício, de enfermidade mediante a qual será concedida ao servidor aposentadoria por invalidez permanente, com base em perícia médica, e de acordo com o que estabelece os artigos 122, 123, 124 e 125 da Lei 6677/94, podendo a aposentadoria ser simples ou qualificada.

Documentação necessária:

- Atestado médico e relatório completo, emitido pelo médico assistente;
- Exames complementares atuais, relativos ao quadro clínico que deu origem ao benefício solicitado;
- Requerimento de inspeção médica, assinado e carimbado pelo chefe imediato e pelo servidor;
- Carteira de identidade (cópia) e CPF (cópia);
- Último contracheque do servidor (cópia).

10. Perícia para concessão de benefícios para dependente maior, portador de doenças incapacitantes/invalidez:

Doença incapacitante é o agravo que produz incapacidade para desempenhar as tarefas da vida diária e laborais consideradas como atividades normais do ser humano. Essa incapacidade pode ser reversível, quando passível de reabilitação ou readaptação, ou irreversível quando as opções de reversibilidade não são efetivas. Invalidez é a incapacidade laborativa total, permanente e omniprofissional, insuscetível de recuperação ou reabilitação profissional, em conseqüência de doença ou acidente.

Documentação necessária:

- Atestado médico e relatório completo, emitido pelo médico assistente;
- Exames complementares atuais, relativos ao quadro clínico que deu origem ao benefício solicitado;
- Ofício ou processo encaminhado à Junta Médica pelo órgão interessado, solicitando inspeção médica para a constatação de INVALIDEZ (temporária ou permanente);
- Carteira de identidade (cópia) e CPF (cópia);
- Último contracheque do servidor responsável pelo dependente (cópia).

11. Perícia para concessão de laudo de isenção do imposto de renda para aposentados portadores de doenças graves:

A isenção do imposto de renda é concedida aos pensionistas que comprovem sofrer de moléstias graves, conforme estabelece a Lei Federal nº 8541/1992 e o inciso XIV do art. 6º da Lei Federal nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988. O artigo 30 da Lei Federal nº 9.250/95, determina que a moléstia deva ser comprovada mediante laudo pericial emitido por serviço médico oficial, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios.

Documentação necessária:

- Atestado médico e relatório completo, emitido pelo médico assistente;
- Exames complementares atuais, comprovando ser portador de uma das doenças elencadas pela receita federal;
- Requerimento de inspeção médica, para fins de Isenção de Imposto de Renda, assinado e carimbado pela fonte pagadora do aposentado/pensionista;
- Carteira de identidade (cópia) e CPF (cópia);
- Último contracheque do servidor/pensionista (cópia).

12. Perícia para a concessão de reversão de aposentadoria por invalidez:

Reversão é o retorno do aposentado por invalidez, quando os motivos determinantes da aposentadoria forem declarados insubsistentes por junta médica oficial. Será cassada a aposentadoria do servidor que não entrar em exercício dentro de 30 dias contados da publicação do ato de reversão.

Documentação necessária:

- Atestado médico e relatório completo, emitido pelo médico assistente;
- Exames complementares atuais, comprovando que o servidor não é mais portador da patologia responsável pela sua aposentadoria por invalidez;
- Ofício ou Processo encaminhado à Junta Médica pelo interessado, solicitando a reversão da aposentadoria por invalidez;
- Carteira de identidade (cópia) e CPF (cópia);
- Último contracheque do servidor (cópia).

13. Perícia para constatação de incidente de insanidade mental:

A provocação do incidente mental ocorre quando há dúvidas sobre a integridade mental do servidor, sendo solicitada perícia médica com a finalidade de submetê-lo a exame médico- psiquiátrico.

Documentação necessária:

- Atestado médico e relatório completo, emitido pelo médico assistente;
- Exames complementares se houver, atualizados;
- Ofício ou Processo encaminhado à Junta Médica pelo órgão interessado, solicitando a perícia médica;
- Carteira de identidade (cópia) e CPF (cópia);
- Último contracheque do servidor (cópia).

14. Inspeção de saúde em virtude de processo administrativo disciplinar:

É a avaliação médico-pericial, atendendo a solicitação de autoridade instauradora de processo administrativo Disciplinar, que esteja apurando responsabilidade de servidor público por infração praticada no exercício de suas funções ou relacionada com as atribuições do seu cargo.

Documentação necessária:

- Atestado médico e relatório completo, emitido pelo médico assistente;
- Exames complementares se houver, atualizados;
- Ofício ou Processo encaminhado à Junta Médica pelo órgão interessado, solicitando a perícia médica;
- Carteira de identidade (cópia) e CPF (cópia);
- Último contracheque do servidor (cópia).

15. Inspeção de Saúde para fins Previdenciários:

É a avaliação médico-pericial, atendendo a solicitação da DPR no sentido de avaliar solicitações de pensão por doenças incapacitantes/invalidez: Doença Incapacitante é o agravo que produz incapacidade para desempenhar as tarefas da vida diária e laborais consideradas como atividades normais do

ser humano. Essa incapacidade pode ser reversível, quando passível de reabilitação ou readaptação, ou irreversível quando as opções de reversibilidade não são efetivas. Invalidez é a incapacidade laborativa total, permanente e omniprofissional, insuscetível de recuperação ou reabilitação profissional, em conseqüência de doença ou acidente.

Documentação necessária:

- Atestado médico e relatório completo, emitido pelo médico assistente;
- Exames complementares atuais, relativos ao quadro clínico que deu origem ao benefício solicitado;
- Ofício ou processo encaminhado pela DPR à Junta Médica, solicitando inspeção médica para a constatação de INVALIDEZ (temporária ou permanente);
- Carteira de identidade (cópia) e CPF (cópia);
- Último contracheque do servidor responsável pelo dependente (cópia).

ANEXO V – DOCUMENTOS PARA OBTENÇÃO DE LICENÇA MÉDICA

AMABEL VIEIRA – LICENÇA MÉDICA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

RELATÓRIO MÉDICO 1

O (a) paciente Amabel Vieira, foi atendida nesta clínica, em caráter de emergência com diagnóstico de lesão meniscal Joelho de LCA CID M232 e M246, apresentando dor e edema xxxxxxxxxxxxxxx e foi submetida aos seguintes procedimentos: médicos, sendo necessário afastamento de suas atividades laborais p/ 60 dias.

Data, assinatura e carimbo do médico ortopedista

RELATÓRIO MÉDICO 2

PARECER MÉDICO DE DOENÇA NEUROPSIQUIÁTRICA

A Sra. AMABEL VIEIRA, 50as, professora, continua incapaz para o laudo por CIDs: R. 42 (tonturas), R. 45 (nervosismo), R. 51 (cefaléia) e CID F. 51 (dissonia) por CID: F. 41 (ansiedade) por CID: F. 32 (depressão) que a IMPEDE de desenvolver atividades letivas para própria subsistência.

Continua em uso de tiamina e paroxetina.

Solicito afastamento de atividades letivas por 60 (sessenta) dias para diagnose e estabelecimento de conduta terapêutica.

Data, assinatura e carimbo do médico psiquiatra

INFORMATIVO DE LICENÇA MÉDICA

ATEND MÉDICO: XXX ATEND RECEP: XXX DT. ATEND: XX/XX/XXXX

PERICIADO: AMABEL VIEIRA **CPF: XXX.XXX.XXX-XX**

1ª LICENCA DE SAUDE	CONCEDIDO LEI 6.6771994	60 dias em 2012
2ª LICENCA DE SAUDE	CONCEDIDO LEI 6.6771994	60 dias em 2012

Informamos que o Servidor(a) **AMABEL VIEIRA, CPF:** xxx.xxx.xxx-xx foi submetido a perícia medida nesta Junta Médica, no dia xx/xx/xxxx em modo **PRESENCIAL** com indicação de concessão de licença médica pelo prazo de 120 dia(s), no período de **xx/xx/xxxx** à **xx/xx/xxxx.** Findo este prazo, o servidor deverá se apresentar no seu local de trabalho, salvo ocorra solicitação de prorrogação antes do término da licença concedida, conforme preconiza o parágrafo único do Art. 145 da Lei 6.677/94.

O presente instrumento trata-se de um mero informativo a ser entregue pelo Servidor a sua Chefia imediata no prazo de 48 horas, ressaltando-se que o mesmo não substitui o Laudo Médico Pericial que será emitido pela Junta Médica e encaminhado por ofício ao Órgão de origem do Servidor para que seja providenciada a sua publicação no Diário Oficial do Estado na forma da Lei.

Declaro que recebi cópia deste.

.....
.

Xxxxxxxxxxx, xx/xx/xxxx

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA PERÍCIA MÉDICA

Relatório Médico: Documento original timbrado da Unidade de Atendimento, com data atualizada (30 dias), contando CID prognóstico da evolução da patologia, sugestão de afastamento com justificativa, assinatura, carimbo e número do CRM do médico assinante.

Requerimento de Inspeção Médica: Documento original, com data atualizada (30 dias), devidamente preenchido, constando assinatura e carimbo de chefia do servidor.

Exames: Original dos exames realizados, além de Xerox dos laudos destes exames.

Documentos Individuais: Xerox do último contracheque e da identidade.

Outros: Xerox de documentos referente ao estado de saúde do Servidor (guias de internamento e alta hospitalar, declaração de internamentos e etc)

O Médico Perito poderá solicitar exames complementares

Segundo o site: http://pt.wikipedia.org/w/index.php?search=Transtorno+do+menisco+devido+%C3%A0+ruptura+ou+les%C3%A3o+antiga&title=Especial%3APesquisar (Acesso em 22 de maio de 2013), o **CID 10 M23.2 - Transtorno do menisco devido à ruptura ou lesão antiga,** corresponde à doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.

Segundo o site: http://pt.wikipedia.org/wiki/Anquilose (Acesso em 22 de maio de 2013), o **CID 10 M24.6 - Ancilose articular, Anquilose** ou **Ancilose** (do Grego ἀγκύλος, dobrado) é uma rigidez de uma articulação, resultado de uma lesão ou doença. A rigidez pode ser completa ou parcial e pode ser devida a uma inflamação das estruturas musculares ou tendinosas fora da articulação ou dos tecidos da própria articulação.

Pode ser ocasionada por problemas congênitos, traumatismo ou enfermidades como a osteomielite e pode ser de etiologia fibrosa ou óssea. Pode também ser produzida cirurgicamente a fim de imobilizar certas articulações, tanto em humanos quanto em animais. Certas inflamações são capazes de imobilizar uma articulação, como no caso da espondilite anquilosante e, mais comumente, a artrite reumatóide. Ocasionalmente as infecções da articulação podem ser anquilosants, como a tuberculose. No geral, a perda de movimentação articular é progressiva e quando completa, a dor articular tende a desaparecer.

A anquilose pode potencialmente, ocorrer em qualquer articulação com capacidade de movimento, sendo:

- óssea - anquilose se origina da fusão dos componentes osteocartilaginosos da articulação
- fibrosa - causada por retração das partes moles articulares ou periarticulares.

Se a rigidez provem da inflamação das estruturas musculares ou dos tendões exatamente próximos à articulação, se chama de falsa anquilose.

Segundo o site: http://cid10.bancodesaude.com.br/cid-10-f/f32/episodios-depressivos (Acesso em 22 de julho de 2013), CID 10 F32 – Episódios depressivos - Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de

concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos "somáticos", por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

Inclui:

Episódios isolados de (um) (uma):

- depressão:

- - psicogênica

- - reativa

- reação depressiva

Exclui:

Quando associados com transtornos de conduta em F91.- (F92.0)

Transtornos (de):

- adaptação (F43.2)

- depressivo recorrente (F33.-)

Segundo o site: http://www.psiqweb.med.br/site/DefaultLimpo.aspx?area=ES/VerClassificacoes&idZClassificacoes=383 (Acesso em 22 de maio de 2013), o **CID 10 F41 - Outros transtornos ansiosos** são transtornos caracterizados essencialmente pela presença da manifestações ansiosas que não são desencadeadas exclusivamente pela exposição a uma situação determinada. Podem se acompanhar de sintomas depressivos ou obsessivos, assim como de certas manifestações que traduzem uma ansiedade fóbica, desde que estas manifestações sejam, contudo, claramente secundárias ou pouco graves.

Segundo os sites: http://neuroinformacao.blogspot.com.br/2011/05/tontura-o-que-isso-significa.html e http://pt.wikipedia.org/wiki/Instabilidade (Acessos em 22 de maio de 2013), o **CID 10 R42 - Tontura e instabilidade** correspondem a: Tontura é algo que experimentamos ocasionalmente, e nem sempre sabemos dizer a causa. Muitas vezes é algo leve e passageiro, e outras são bastante

sérias e nos leva a ter de ir ao médico para saber sua causa. Tontura é um sintoma que pode significar várias coisas. E por ser um sintoma extremamente subjetivo, ou seja, só quem sente pode dizer o que sente, necessita que o paciente seja bem completo na descrição dos sintomas, pois somente assim o médico pode dar um diagnóstico correto.

Com **instabilidade** (do latim *instabilis*) é denominado algo que:

balança, oscila, treme, sem se firmar

tem ausência de constância, de permanência

tem falta de segurança, de certeza

Segundo o site: http://pt.wikipedia.org/wiki/Nervosismo (Acesso em 22 de maio de 2013), o **CID 10 R45.0 – Nervosismo** informa que: **Ansiedade**, **ânsia** ou **nervosismo** é uma característica biológica do ser humano, que antecede momentos de perigo real ou imaginário, marcada por sensações corporais desagradáveis, tais como uma sensação de vazio no estômago, coração batendo rápido, medo intenso, aperto no tórax, transpiração etc.

Esses dois aspectos, tanto a ansiedade quanto o medo, não surgem na vida da pessoa por uma escolha. Acredita-se que vivências interpessoais e problemas na primeira infância possam ser importantes causas desses sintomas. Além disso, existem causas biológicas como anormalidades químicas no cérebro ou distúrbios hormonais. Ansiedade é um estado emocional que se adquire como consequência de algum ato.

Segundo o site: http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?71 (Acesso em 25 de maio de 2013), o **CID 10 R51 – Cefaléia**, definido como: Cefaléia, ou “dor de cabeça” como popularmente é conhecida, constitui problema frequente na população em geral, sendo uma das causas mais comuns de busca de atendimento médico. Ela pode ocorrer isoladamente como manifestações de um complexo sintomático agudo, como a enxaqueca (cefaléias primárias), ou pode fazer parte de uma doença em desenvolvimento, como infecções, neoplasia cerebral ou sangramentos intracranianos (cefaléias secundárias).

Segundo o site: http://cid10.bancodesaude.com.br/cid-10-f/f32/episodios-depressivos (Acesso em 22 de julho de 2013), **o CID 10 F51 - Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais,** Em numerosos casos uma perturbação do sono é um dos sintomas de um outro transtorno mental ou físico. Saber se, num dado paciente, um transtorno de sono é uma perturbação independente ou simplesmente uma das manifestações de outro transtorno classificado em outra parte no Capítulo V ou em outros capítulos da CID-10 deve ser determinado com base nos elementos clínicos e da evolução, assim como a partir de considerações e de prioridades terapêuticas no momento de consulta. Como regra geral, este código deve ser utilizado

juntamente com outros diagnósticos pertinentes que descrevem a psicopatologia e a fisiopatologia implicadas num dado caso, quando a perturbação do sono é uma das queixas preponderantes e quando é vista como uma afecção per si. Esta categoria compreende unicamente os transtornos do sono que são essencialmente imputáveis a fatores emocionais não-orgânicos, e que não são devidos a transtornos físicos identificáveis classificados em outra parte.

Exclui:

Transtornos

REQUERIMENTO DE INSPEÇÃO MÉDICA

Data: N.º

Governo do Estado da Bahia

GERPEM/DIRES_____

Orgão/Entidade de Origem **SECRETARIA DA EDUCAÇÃO**		Unidade
Requerente **AMABEL VIEIRA**		Matrícula
Cargo/Função		Classe Nível
Endereço/Residência	Cidade/Municipio	Telefone

Motivo

■ Licença para tratamento de saúde ☐ Readaptação funcional ☐ Licença por acidente em serviço ou doença profissional (anexar declaração da unidade competente)

☐ Comprovação de invalidez de dependente ☐ Licença por gestação ☐ Licença por motivo de doença em pessoa da família

Inspeção em pessoa da família

A licença só será deferida se o dependente estiver devidamente registrado no Serviço de Administração Geral – SAG ou unidade equivalente

☐ Domicílio (endereço) ☐ Hospital (nome/endereço) ☐ Outros (especificar)	Nome/Endereço
	Ponto de Referência

Requerente Afastamento xxxxx/xxxxxxx/xxxx	Solicitação xxxxx/xxxxxxx/xxxx	Assinatura

Chefe Imediato Nome	Cargo	Assinatura

Recepção

Recebimento Assinatura

xxxxx/xxxxxxx/xxxx

ANACLETA REIS– LICENÇA MÉDICA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA

ATESTADO E RELATÓRIO MÉDICO

Para os devidos fins, atesto que a professora Anacleta Reis necessita de afastar-se das atividades por 57 dias para cuidar da filha xxxxxxx xxxxxx com distúrbio F20.

Data, assinatura e carimbo do médico psiquiatra

INFORMATIVO DE LICENÇA MÉDICA

ATEND MÉDICO: XXX ATEND RECEP: XXX DT. ATEND: XX/XX/XXXX

PERICIADO: ANACLETA REIS **CPF:** **XXX.XXX.XXX-XX**

1ª LICENCA POR MOTIVO DE SAUDE EM PESSOA DA FAMILIA
CONCEDIDO LEI 8.112/1990 57
dias em 2012/2013

Informamos que o Servidor(a) **ANACLETA REIS, CPF:** xxx.xxx.xxx-xx foi submetido a perícia medida nesta Junta Médica, no dia xx/xx/xxxx em modo **PRESENCIAL** com indicação de concessão de licença médica pelo prazo de 57 dia(s), no período de **xx/xx/xxxx** à **xx/xx/xxxx.** Findo este prazo, o servidor deverá se apresentar no seu local de trabalho, salvo ocorra solicitação de prorrogação antes do término da licença concedida, conforme preconiza o parágrafo único do Art. 145 da Lei 6.677/94.

O presente instrumento trata-se de um mero informativo a ser entregue pelo Servidor a sua Chefia imediata no prazo de 48 horas, ressaltando-se que o mesmo não substitui o Laudo Médico Pericial que será emitido pela Junta Médica e encaminhado por ofício ao Órgão de origem do Servidor para que seja providenciada a sua publicação no Diário Oficial do Estado na forma da Lei.

Declaro que recebi cópia deste.

.....
.

Xxxxxxxxxx, xx/xx/xxxx

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA PERÍCIA MÉDICA

Relatório Médico: Documento original timbrado da Unidade de Atendimento, com data atualizada (30 dias), contando CID prognóstico da evolução da patologia, sugestão de afastamento com justificativa, assinatura, carimbo e número do CRM do médico assinante.

Requerimento de Inspeção Médica: Documento original, com data atualizada (30 dias), devidamente preenchido, constando assinatura e carimbo de chefia do servidor.

Exames: Original dos exames realizados, além de Xerox dos laudos destes exames.

Documentos Individuais: Xerox do último contracheque e da identidade.

Outros: Xerox de documentos referente ao estado de saúde do Servidor (guias de internamento e alta hospitalar, declaração de internamentos e etc)

O Médico Perito poderá solicitar exames complementares

Segundo o site: http://cid10.bancodesaude.com.br/cid-10-f/f20/esquizofrenia (Acesso em 27 de maio de 2013), o CID 10 **F20 – Esquizofrenia** - Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, ideias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos. Inclui a evolução dos transtornos esquizofrênicos pode ser contínua, episódica com ocorrência de um déficit progressivo ou estável, ou comportar um ou vários episódios seguidos de uma remissão completa ou incompleta. Não se deve fazer um diagnóstico de esquizofrenia quando o quadro clínico comporta sintomas depressivos ou maníacos no primeiro plano, a menos que se possa estabelecer sem equívoco que a ocorrência dos sintomas esquizofrênicos fosse anterior à dos transtornos afetivos. Além disto, não se deve fazer um diagnóstico de esquizofrenia quando existe uma doença cerebral manifesta, intoxicação por droga ou abstinência de droga. Os transtornos que se assemelham à esquizofrenia, mas que ocorrem no curso de uma epilepsia ou de outra afecção cerebral, devem ser codificados em F06.2; os transtornos que se assemelham à esquizofrenia, mas que são induzidos por drogas psicoativas devem ser classificados em F10-F19 com quarto caractere comum .5. Exclui: Esquizofrenia: - aguda (indiferenciada) (F23.2) - cíclica (F25.2) - Reação esquizofrênica (F23.2) - Transtorno esquizotípico (F21).

REQUERIMENTO DE INSPEÇÃO MÉDICA

Data: N.º

Governo do Estado da Bahia

GERPEM/DIRES_____

Orgão/Entidade de Origem **SECRETARIA DA EDUCAÇÃO**		Unidade
Requerente **ANACLETA REIS**		Matrícula
Cargo/Função		Classe Nível
Endereço/Residência	Cidade/Municipio	Telefone

Motivo

☐ Licença para tratamento de saúde ☐ Readaptação funcional ☐ Licença por acidente em serviço ou doença profissional (anexar declaração da unidade competente)

☐ Comprovação de invalidez de dependente ☐ Licença por gestação ☐ Licença por motivo de doença em pessoa da família

Inspeção em pessoa da família

A licença só será deferida se o dependente estiver devidamente registrado no Serviço de Administração Geral – SAG ou unidade equivalente

☐ Domicílio (endereço) ☐ Hospital (nome/endereço) ☐ Outros (especificar)	Nome/Endereço
	Ponto de Referência

Requerente Afastamento xxxxx/xxxxxxx/xxxx	Solicitação xxxxx/xxxxxxx/xxxx	Assinatura

Chefe Imediato Nome	Cargo	Assinatura

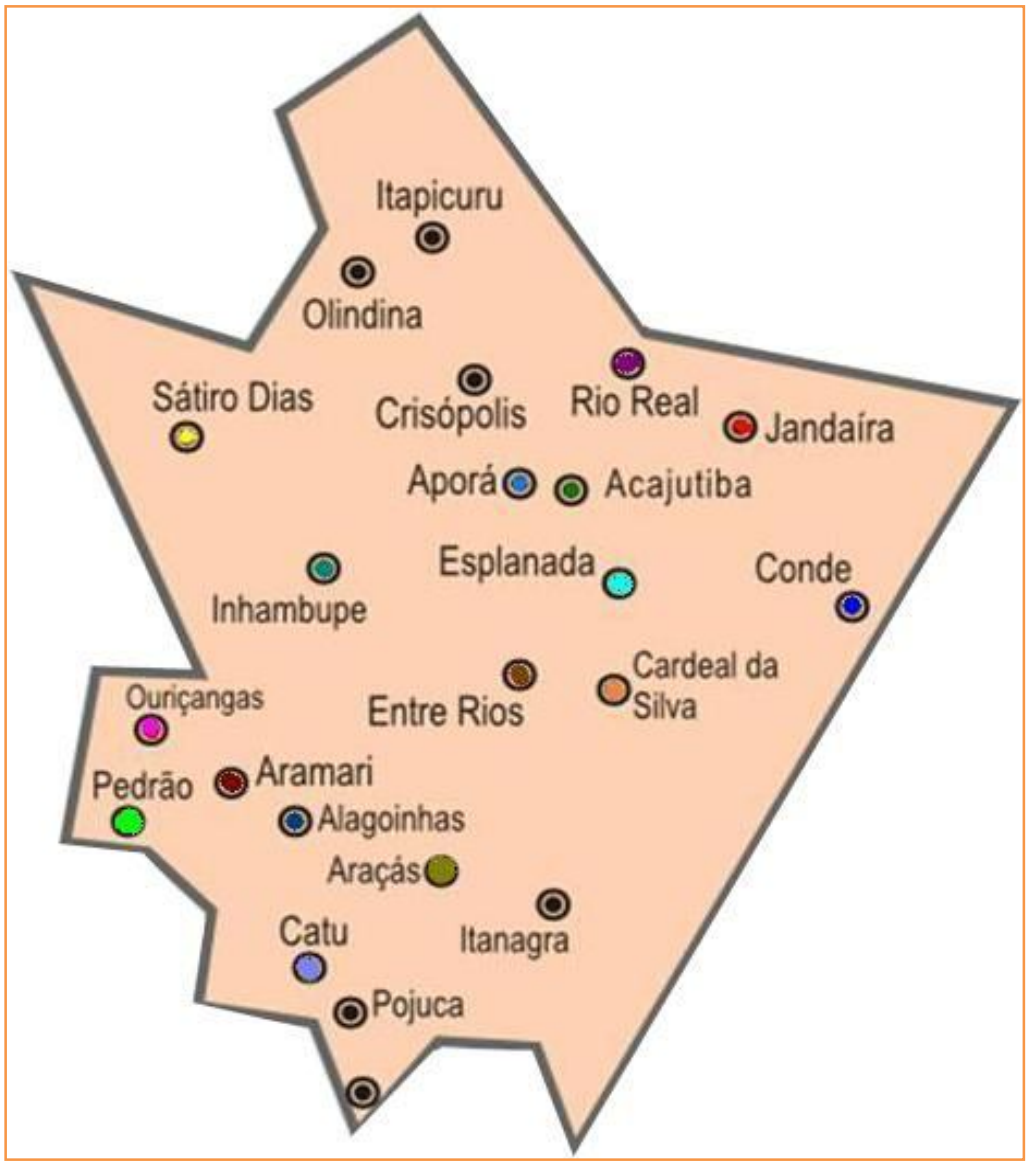
Recepção

Recebimento Assinatura

xxxxx/xxxxxxx/xxxx

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – CIDADES ABRANGIDAS PELA DIREC/03 NO ESTADO DA BAHIA



Fonte: DIREC 03/BA.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – LICENÇAS MÉDICAS

LICENÇAS MÉDICAS			
MUNICÍPIO	**LICENÇA MÉDICA**	**READAPTAÇÃO FUNCIONAL**	**LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA**
ACAJUTIBA	2	****	****
ALAGOINHAS	12	1	1
ALAGOINHAS	****	****	****
ALAGOINHAS	3	****	****
ALAGOINHAS	1	****	****
ALAGOINHAS	****	1	****
ALAGOINHAS	3	1	2
ALAGOINHAS	****	****	****
ALAGOINHAS	1	****	****
ALAGOINHAS	2	****	****
ALAGOINHAS	1	****	****
ALAGOINHAS	1	****	****
ALAGOINHAS	2	****	****
ALAGOINHAS	3	****	****
ARAMARI	1	****	****
CATU	1	****	****
CATU	1	****	****
CATU	1	****	****
CATU	1	****	****
CATU	1	****	****
CATU	1	****	****
CONDE	1	****	****
ENTRE RIOS	1	1	****
INHAMBUPE	2	****	****
INHAMBUPE	2	****	1
OURIÇANGAS	1	****	****
RIO REAL	1	****	****
RIO REAL	1	****	****
RIO REAL	1	****	****
TOTAL	**48**	**4**	**4**

Tabela elaborada pelo autor.

TABELA 2 – CLASSIFICAÇÕES DE DOENÇAS – CID 10

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS - CID 10
LICENÇAS MÉDICAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE
CAPÍTULO V – TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS
GRUPO ENTRE F30 E F39 – TRANSTORNOS DO HUMOR [AFETIVOS]
F31 - Transtorno afetivo bipolar
Amabel Vieira
Abela da Paixão
F32 - Episódios depressivos
Amabel Vieira
F32.2 - Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos
Angenora da Cruz
Aquilina Chaves
F32.3 - Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos
Antonela Souza
F33 - Transtorno depressivo recorrente
Andina Silva
Anunciata Gomes
Aracelis Prado
Agledes Pereira
F33.3 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos
Arabela Pimenta
GRUPO ENTRE F40 E F48 – TRANSTORNOS NEUORÓTICOS, TRANSTORNOS RELACIONADOS COM O "STRESS" E TRANSTORNOS SOMATOFORMES
F41 - Outros transtornos ansiosos
Amabel Vieira
Anastasia Melo
F41.1 - Ansiedade generalizada
Agledes Pereira
Abela da Paixão
F42 - Transtorno obsessivo-compulsivo
Anastasia Melo
F43 - Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação
Abela da Paixão
F48.8 - Outros transtornos neuróticos especificados
Anastasia Melo
GRUPO ENTRE F50 E F59 – SÍNDROMES COMPORTAMENTAIS ASSOCIADAS A DISFUNÇÕES FISIOLÓGICAS E FATORES FÍSICOS
F51 - Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais
Amabel Vieira
F52 - Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica
Amabel Vieira
GRUPO ENTRE F60 E F69 – TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE E DO COMPORTAMENTO DO ADULTO
F60 - Transtornos específicos da personalidade
Arabela Pimenta

TABELA 2 – CLASSIFICAÇÕES DE DOENÇAS – CID 10 CONTINUAÇÃO E CONCLUSÃO
CAPÍTULO XIII – DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO
GRUPO ENTRE M20 E M25 – OUTROS TRANSTORNOS ARTICULARES
M23.2 - Transtorno do menisco devido à ruptura ou lesão antiga
Amabel Vieira
M24.6 - Ancilose articular
Amabel Vieira
CAPÍTULO XVIII – SINTOMAS, SINAIS E ACHADOS ANORMAIS DE EXAMES CLÍNICOS E DE LABORATÓRIOS, NÃO CLASSIFICADOS EM OUTRA PARTE
GRUPO ENTRE R40 E R46 - SINTOMAS E SINAIS RELATIVOS À COGNIÇÃO, À PERCEPÇÃO, AO ESTADO EMOCIONAL E AO COMPORTAMENTO
R42 - Tontura e instabilidade
Amabel Vieira
R45 – Nervosismo
Amabel Vieira
GRUPO ENTRE R50 E R69 - SINTOMAS E SINAIS GERAIS
R51 – Cefaléia
Amabel Vieira
LICENÇA MÉDICA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA
CAPÍTULO V – TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS
GRUPO ENTRE R20 E R29 – ESQUIZOFRENIA, TRANSTORNOS ESQUIZOTÍPICOS E TRANSTORNOS DELIRANTES
F20 - Esquizofrenia
Anacleta Reis