



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

FLÁVIA LOPES GABANI

**PREVALÊNCIA DE DOR CRÔNICA E ASSOCIAÇÃO COM
PERCEPÇÕES E CONDIÇÕES DE TRABALHO DE
PROFESSORES DA REDE ESTADUAL DE ENSINO DE
LONDRINA (PR)**

Londrina
2017

FLÁVIA LOPES GABANI

**PREVALÊNCIA DE DOR CRÔNICA E ASSOCIAÇÃO COM
PERCEPÇÕES E CONDIÇÕES DE TRABALHO DE
PROFESSORES DA REDE ESTADUAL DE ENSINO DE
LONDRINA (PR)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Selma Maffei de Andrade.

Londrina
2017

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

Gabani, Flávia Lopes.

Prevalência de dor crônica e associação com percepções e condições de trabalho de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR) / Flávia Lopes Gabani. - Londrina, 2017.
214 f.

Orientador: Selma Maffei de Andrade.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.
Inclui bibliografia.

1. Professor - Tese. 2. Condições de Trabalho - Tese. 3. Dor Crônica - Tese. 4. Dor Musculoesquelética - Tese. I. Andrade, Selma Maffei de . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

FLÁVIA LOPES GABANI

**PREVALÊNCIA DE DOR CRÔNICA E ASSOCIAÇÃO COM
PERCEPÇÕES E CONDIÇÕES DE TRABALHO DE PROFESSORES
DA REDE ESTADUAL DE ENSINO DE LONDRINA (PR)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

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

Profa. Dra. Cibele Andrucio de Mattos Pimenta
Universidade de São Paulo - USP

Profa. Dra. Celita Salmaso Trelha
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Mara Solange Gomes Dellarozza
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Alberto Durán González
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 26 de abril de 2017.

Dedicatória

À Deus, Pai eterno, pela vida, pela saúde, e por conceder, a cada dia, nova oportunidade de recomeçar.

À minha mãe Kéia e à minha avó Clélia pelo amor, apoio e conversas nos momentos em que mais precisei. Vocês são exemplos de vida que levo sempre comigo. Amo vocês!

Aos meus queridos filhos Ana Luiza e Benício, por me mostrarem um amor mais forte que tudo, mais obstinado que tudo e mais duradouro que tudo.

Ao meu marido, meu amigo e meu amor Arnildo Licnik Júnior, por me mostrar o verdadeiro significado da palavra companheirismo, por inúmeras vezes me erguer do chão, por estar ao meu lado de maneira incondicional, por enfrentar junto comigo momentos densos na escuridão, e por acreditar que a vida pode ser leve quando temos um verdadeiro amor. Para você dedico não apenas esta tese, mas o resto dos meus dias. Amo você, meu anjo!

Agradecimentos

*À minha querida Professora Selma, por ser meu exemplo de ética e docência. Nossos caminhos se cruzaram há 14 anos e nunca mais se separaram. Você me ensinou a pesquisa, a escrita, a ética científica e o rigor técnico (mesmo que ainda prematuro). Mas, acima de tudo, descobri que tenho um ombro amigo, uma palavra de consolo, uma conversa verdadeira, uma empatia rara, uma torcida sincera e um amor de “mãe” sempre quando preciso.
Muito obrigada!*

*À minha querida “irmã” Carol, por existir em minha vida e por me mostrar que “tudo passa”.
Você sempre esteve presente. Muito obrigada por me apoiar de maneira incondicional.*

Aos professores do doutorado, por tornarem o aprendizado processo dinâmico, acessível, participativo, intrigante e possível. Obrigada pela dedicação paciente de todos vocês.

À Secretaria de Pós-Graduação e ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCO) pelo apoio técnico e amizade durante esses anos.

À Rosângela Ferrari pela amizade, apoio e sugestões durante todo o processo.

Às amigas e professoras do departamento de enfermagem, Mauren, Rosângela, Sarah, Edilaine e Adriana, pelo auxílio e compreensão nos períodos de ausência.

Aos professores da rede estadual de ensino de Londrina, por toda colaboração para o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao Projeto Pró-Mestre e todos seus integrantes, especialmente aos professores Arthur Eumann Mesas e Alberto Durán Gonzáles, pela competência e pelo carinho durante todo o processo.

Ao Núcleo Regional de Educação da Secretaria Estadual de Educação do Paraná, por autorizar e apoiar a realização desse projeto.

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de estudo.

Resuma

GABANI, Flávia Lopes. **Prevalência de dor crônica e associação com percepções e condições de trabalho de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR)**. 2017. 214 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

RESUMO

As condições de trabalho estão relacionadas à ocorrência de dor em professores, a qual resulta em limitação das atividades diárias, maior número de consultas médicas, afastamento do trabalho e pior qualidade de vida. O processo álgico pode ser deflagrado e perpetuado por diversos motivos, que podem diferir de acordo com as características laborais e as regiões do corpo afetadas. Elucidar esse fenômeno de forma mais detalhada pode reduzir danos adicionais à saúde do professor. Este estudo teve por objetivo caracterizar a dor crônica, prevalência e regiões do corpo mais afetadas, e associar com percepções e condições de trabalho de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR). Tratou-se de estudo transversal realizado no período de 2012 a 2013 com professores do ensino fundamental e médio. Foram excluídos os educadores readaptados ou afastados de função, com menos de um ano de serviço e com diagnóstico de neoplasia maligna. O desfecho dor crônica foi dividido em três regiões do corpo: membros superiores, coluna lombar e membros inferiores. A análise estatística ocorreu por meio de três modelos de regressão de Poisson e cálculo da razão de prevalência ajustados por variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e comorbidades. Para comparação das proporções de professores com e sem dor crônica utilizou-se o teste Qui-quadrado com correção de Yates, considerando nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A amostra final correspondeu a 958 professores. Dor crônica foi referida por 408 (42,6%) docentes, com maior frequência em mulheres, na faixa etária acima de 40 anos, da raça/cor branca e amarela/indígena, entre aqueles que não realizavam atividade física pelo menos uma vez por semana ou realizavam de forma insuficiente, e não consumidores de álcool. Também foi mais frequente na população com vínculo empregatício tipo estatutário e com tempo de atuação como professor acima de 20 anos. As regiões reportadas como mais dolorosas foram membros superiores, cabeça, membros inferiores e coluna lombar. No modelo final da regressão de Poisson, dor nos membros superiores foi significativamente mais frequente entre professores que consideravam que as seguintes situações afetavam seu trabalho: condições para escrever no quadro e para carregar o material didático, tempo que permanecia em pé e posição do corpo em relação ao mobiliário e equipamentos. Também houve associação da dor em membros superiores com a percepção regular/ruim sobre a quantidade de alunos em sala de aula e o equilíbrio entre vida pessoal e profissional. A dor na coluna lombar associou-se à percepção de que escrever no quadro afetava seu trabalho. A dor em membros inferiores associou-se ao tempo de profissão > 20 anos, à percepção regular/ruim quanto ao equilíbrio pessoal e profissional e à percepção de que o tempo que permanecia em pé afetava o trabalho. Foram evidenciadas percepções e condições relativas ao trabalho docente associadas a diferentes regiões corpóreas afetadas por dor crônica em professores.

Palavras-chave: Professor. Condições de trabalho. Dor crônica. Dor musculoesquelética.

Abstract

GABANI, Flávia Lopes. **Prevalence of chronic pain and association with perceptions and working conditions of teachers of the state teaching system of Londrina (PR)**. 2017. 214 p. Thesis (Doctoral degree in Collective Health) – Universidade Estadual de Londrina, Paraná.

ABSTRACT

Working conditions are related to the occurrence of pain in teachers, which results in limitation of daily activities, a greater number of medical consultations, withdrawal from work and worse quality of life. The pain process can be triggered and perpetuated for several reasons, which may differ according to the work characteristics and body regions affected. Elucidating this phenomenon in more detail can reduce additional damage to the teacher's health. This study aimed to characterize the chronic pain, prevalence and regions of the body most affected, and to associate with perceptions and working conditions of teachers of the state teaching system of Londrina, Paraná. It was a cross-sectional study conducted between 2012 and 2013 with primary and secondary school teachers. Educators who had been readmitted or removed from function, with less than one year of service and diagnosed with malignant neoplasia, were excluded. The chronic pain outcome was divided in three regions of the body: upper limbs, lumbar spine and lower limbs. Statistical analysis was performed using three Poisson regression models and prevalence ratio calculation adjusted for sociodemographic, lifestyle and comorbid variables. The Chi-square test with Yates correction was used to compare the proportions of teachers with and without chronic pain, considering a significance level of 5% ($p < 0.05$). The final sample corresponded to 958 teachers. Chronic pain was reported by 408 (42.6%) teachers, more frequently in women aged over 40 years, white / yellow / indigenous race / color, among those who did not perform physical activity at least once a week or insufficiently, and not alcohol users. It was also more frequent in the population with a statutory type of employment and with a teaching time of more than 20 years. The regions reported as more painful were upper limbs, head, lower limbs and lumbar spine. In the final Poisson regression model, pain in the upper limbs was significantly more frequent among teachers who felt that the following situations affected their work: conditions for writing on the board and for carrying the didactic material, standing time and position of the body in relation to furniture and equipment. There was also an association of pain in upper limbs with regular / poor perception about the amount of students in the classroom and the balance between personal and professional life. Lumbar spine pain was associated with the perception that writing on the picture affected his work. Lower limb pain was associated with the time of profession > 20 years, the regular / poor perception of personal and professional balance and the perception that the time to remained standing affected the work. Perceptions and codifications related to the teaching work associated to different body regions affected by chronic pain in teachers.

Keywords: Teacher. Working conditions. Chronic pain. Musculoskeletal pain.

Lista de Figuras

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localização das escolas selecionadas para a pesquisa no município de Londrina (PR), 2012-2013	44
Figura 2 - Seleção da população, Londrina (PR), 2012-2013	59
Figura 3 - Distribuição dos professores conforme presença de dor crônica, Londrina (PR), 2012-2013	60
Figura 4 - Distribuição anatômica de sintomas dolorosos em professores da rede estadual de ensino, Londrina (PR), 2012-2013	75

Lista de Tabelas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Distribuição dos estudos nacionais sobre dor em professores	28
Tabela 2	- Distribuição dos estudos internacionais sobre dor em professores	32
Tabela 3	- Características sociodemográficas de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR), 2012-2013.....	61
Tabela 4	- Hábitos de vida e características antropométricas de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR), 2012-2013	62
Tabela 5	- Condições de trabalho de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR), 2012-2013	64
Tabela 6	- Percepções sobre as condições de trabalho de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR), 2012-2013.....	65
Tabela 7	- Características sociodemográficas de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR) conforme presença de dor crônica, 2012-2013	67
Tabela 8	- Hábitos de vida e características antropométricas de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR) conforme presença de dor crônica, 2012-2013.....	68
Tabela 9	- Prevalência de comorbidades em professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR) conforme a presença de dor crônica, 2012-2013	69
Tabela 10	- Condições de trabalho de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR) conforme presença de dor crônica, 2012-2013.....	70
Tabela 11	- Percepções sobre as condições de trabalho de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR) conforme presença de dor crônica, 2012-2013	72
Tabela 12	- Associação entre condições/percepções sobre as condições de trabalho e dor crônica em membros superiores de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR), 2012-2013.....	77

Tabela 13 - Associação entre condições/percepções sobre as condições de trabalho e dor crônica na coluna lombar de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR), 2012-2013.....	79
Tabela 14 - Associação entre condições/percepções sobre as condições de trabalho e dor crônica em membros inferiores de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR), 2012-2013.....	81
Tabela 15 - Características demográficas e hábitos de vida dos professores conforme a região do corpo com dor crônica que mais incomoda, Londrina (PR), 2012-2013	83
Tabela 16 - Características e consequências da dor crônica que mais incomoda professores conforme região do corpo, Londrina (PR), 2012-2013.....	85
Tabela 17 - Absenteísmo e capacidade para o trabalho de professores conforme região do corpo com dor crônica que mais incomoda, Londrina (PR), 2012-2013.....	87
Tabela 18 - Tratamento da dor crônica que mais incomoda professores conforme região do corpo, Londrina (PR), 2012-2013	89

Lista de Abreviaturas

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DME	Desordens Musculoesqueléticas
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
EJA	Educação de Jovens e Adultos
IASP	International Association for the Study of Pain
IC	Intervalo de Confiança
ICT	Índice de Capacidade para o Trabalho
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Odds Ratio
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
RP	Razão de Prevalência
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
1.1	DOR: ASPECTOS GERAIS E DEFINIÇÃO	21
1.2	DOR CRÔNICA E DOCÊNCIA: ÍNTIMA RELAÇÃO?	25
2	OBJETIVOS	40
2.1	OBJETIVO GERAL	41
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
3	MÉTODO	42
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	43
3.2	LOCAL DO ESTUDO	43
3.3	PROJETO PRÓ-MESTRE E POPULAÇÃO DO ESTUDO	44
3.4	ENTREVISTADORES, INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E ESTUDO PILOTO	46
3.5	COLETA DE DADOS	47
3.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO	49
3.7	PROCESSAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA	54
3.8	ASPECTOS ÉTICOS	56
4	RESULTADOS	57
4.1	CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO	58
4.2	DOR CRÔNICA E CONDIÇÕES DE TRABALHO	75
4.3	CARACTERÍSTICAS DA DOR CRÔNICA QUE MAIS INCOMODA	82
5	DISCUSSÃO	91
5.1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS E METODOLÓGICAS	92
5.2	CARACTERÍSTICA DA POPULAÇÃO	95
5.3	DOR CRÔNICA E CONDIÇÕES DE TRABALHO	108
5.4	CARACTERÍSTICA DA DOR CRÔNICA QUE MAIS INCOMODA	115
6	CONCLUSÕES	123

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
	REFERÊNCIAS.....	132
	ANEXOS	149

1 Introdução

1.1 DOR: ASPECTOS GERAIS E DEFINIÇÃO

A dor é definida pela Associação Internacional de Estudos sobre a Dor (*International Association for the Study of Pain – IASP*), referência mundial no tema, como “experiência sensorial e emocional desagradável, associada com um dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal comprometimento” (IASP, 2012). Esta definição é a mais reportada e aceita no meio científico por tratar a dor como fenômeno multifatorial, capaz de prejudicar o indivíduo física e psicologicamente. Sua interpretação sensorial é subjetiva pela imprevisibilidade da relação existente entre gravidade da lesão e sensação dolorosa (PASERO; PAICE; MCCAFFERY, 1999). Por isso, na prática clínica, Margo McCaffery propôs nova definição: “*Pain is whatever the experiencing person says it is, existing whenever he says it does*”, ou seja, “Dor é tudo o que a pessoa que a sente refere que é, e existe sempre que ela diz que existe” (SOFAER, 1994, p. 20).

Pasero, Paice e Mccaffery (1999) classificam a dor em três tipos, apesar da clara distinção entre eles nem sempre ser possível: (1) aguda, (2) oncológica e (3) crônica não oncológica. Também há outra subdivisão de acordo com a fisiopatologia inferida: (1) nociceptiva, a qual pode ser somática (sua referência é mais bem localizada: ossos, articulações, músculo, pele ou tecido conjuntivo) ou visceral (de localização difícil por representar órgãos viscerais) e (2) neuropática (por acometimento somatosensorial central ou periférico).

A dor aguda é uma experiência sensitiva que se manifesta em várias condições e pode resultar de lesões teciduais. Normalmente não ultrapassa um mês de duração, desaparecendo com o processo de cura. Entretanto, quando o manejo da dor não é bem conduzido surgem complicações neuro-humorais, respiratórias, musculoesqueléticas, psíquicas, imobilismo, entre outras (IASP, 2012; TEIXEIRA; VALVERDE FILHO, 2003).

A dor crônica é vista como aquela que persiste além da evolução fisiopatológica de cura de determinada lesão. Esse tempo pode variar de um mês a seis meses, dependendo da patologia. De acordo com a IASP, a divisão temporal mais adequada entre dor aguda e crônica de origem não oncológica é de três

meses. Entretanto, para fins de pesquisas, recomenda-se utilizar seis meses como tempo limítrofe (IASP, 2012).

Blyth et al. (2001) apontaram prevalência aproximada de 20,0% de dor crônica, com duração igual ou superior a três meses, em 17.543 adultos australianos, a qual associou-se significativamente ao sexo feminino, idade avançada, baixa escolaridade, ausência de plano de saúde privado e recebimento de auxílio doença. Já a interferência da dor nas atividades diárias foi mais frequente entre mulheres e jovens. Revisão sistemática avaliou a prevalência de dor crônica, também considerando três meses ou mais de duração, de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de diversos países. A prevalência média calculada com base em 19 estudos, os quais compreenderam 65 pesquisas em 34 países, com 182.019 entrevistados, foi de 30,3%. As regiões do corpo reportadas como mais frequentemente afetadas foram costas, quadril e membros inferiores e pescoço e/ou ombro (ELZAHAF et al., 2012).

Na Alemanha, Wolff et al. (2011), por meio de revisão sistemática realizada com trabalhos publicados entre 1995 e 2009, encontraram prevalência no país de dor crônica não oncológica, superior a três meses de duração, de 17,0%, com maior acometimento de pescoço, ombros e coluna torácica. Além disso, reforçam que são pessoas com pior qualidade de vida e que geram mais gastos aos serviços de saúde. Em Portugal, a prevalência de dor crônica com duração de três meses ou mais em uma amostra populacional (5.094 entrevistados entre janeiro de 2007 e março de 2008) foi de 36,7%. Desses, 53,0% classificaram a dor como contínua, 32,0% como recorrente e 15,0% como esporádica. Quanto à intensidade, 32,0% a consideraram leve, 46,0% moderada e 22,0% severa, com maior acometimento da coluna lombar e membros (AZEVEDO et al., 2012).

No Oriente, estudo realizado com 2.628 japoneses, em novembro de 2011, classificou a sensação dolorosa de duas formas: dor crônica, aquela que perdura por três meses ou mais, e dor crônica severa, aquela com duração superior a seis meses. As prevalências foram, respectivamente, 39,3% e 17,4%, e as regiões do corpo mais afetadas foram coluna lombar, joelhos, ombro e pescoço. Outras características observadas foram aumento da prevalência da dor crônica com avançar da idade e maior frequência de ocorrência entre mulheres, durante climas

frios e entre pessoas insuficientemente ativas, resultando em maiores taxas de absenteísmo no trabalho (INOUE et al., 2015). Nakamura et al. (2011), em 2004, investigaram 11.507 japoneses com 18 anos ou mais e encontraram prevalência de dor crônica musculoesquelética, com seis meses ou mais de duração, de 15,4%. As regiões frequentemente acometidas foram coluna lombar, pescoço, ombro e joelho.

No Brasil, Sá et al. (2009) realizaram pesquisa com amostra populacional de 2.297 indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos de Salvador (BA), em que foi encontrada prevalência de dor crônica, com mais de seis meses de duração, em 41,4% da população, predominando entre mulheres, idosos, obesos, fumantes e ex-fumantes.

Na Austrália, estima-se que anualmente 9,9 milhões de dias de trabalho são perdidos devido à dor crônica, com prejuízo de 1,4 bilhões de dólares. Quando a baixa produtividade decorrente dos dias trabalhados com dor é acrescentada, os dias perdidos somam 36,5 milhões, com rombo orçamentário de 5,1 bilhões de dólares. Homens na faixa etária de 35 a 44 anos são os mais acometidos pelas consequências da dor crônica, seguidos por mulheres entre 45 e 54 anos (LEEUEWEN et al., 2006). Revisão sistemática com 91 estudos europeus também identificou impacto negativo da dor crônica no ambiente de trabalho, com maior frequência de absenteísmo por motivos de saúde e presenteísmo improdutivo, o qual é caracterizado por baixa eficácia profissional e redução do rendimento laboral (PATEL et al., 2012).

Estudo sueco com 7.634 pessoas entre 18 e 74 anos identificou prevalência de dor e dor crônica, em 1999, com duração superior a três meses, de 48,9% e 53,7%, respectivamente, com repercussão na capacidade para o trabalho. A dor crônica (intensa ou insuportável) e sua elevada frequência de ocorrência associaram-se à menor carga horária de trabalho, provavelmente pela ocorrência de incapacidade decorrente dela, além de maior uso dos serviços de saúde (GERDLE et al., 2004).

Na Pensilvânia (EUA), em 2004, pesquisa qualitativa buscou compreender a relação entre dor crônica e ocupação com 13 profissionais (administrador, arquiteto, produtor de televisão, trabalhador manual, professor, policial, dona de casa,

bibliotecário, auxiliar de escritório, trabalhadores em recursos humanos e auxiliares de educação). As repercussões foram amplas e complexas, afetando aspectos psicológicos, desempenho ocupacional, relações entre amigos e familiares e satisfação com a vida. Além disso, o estudo ressalta existência de ansiedade, depressão, frustração, medo, perda do controle emocional e pouca cooperação entre colegas de trabalho. A necessidade de readaptação do profissional foi evidente em todas as funções exercidas para amenização da dor e melhor produtividade do trabalhador (FISHER et al., 2007).

Adaptar as necessidades físicas e psicológicas do ser humano com as dificuldades vivenciadas no ambiente de trabalho é primordial para que ocorra rendimento laboral e amenização dos sofrimentos físico e psíquico. Condições ambientais inadequadas no trabalho podem desencadear estados patológicos, perpetuar uma doença e agravar a saúde do trabalhador, com afastamento médico por tempo indeterminado, além de aposentadoria precoce por incapacidades permanentes.

A dor, quando crônica, predispõe às psicopatologias (BANTA-GREEN et al., 2009; OLADEJI et al., 2011; POOLE et al., 2009), doenças cardiovasculares (BRUEHL et al., 2005; OLSEN et al., 2013), maior abuso de drogas analgésicas potentes e risco de dependência (BECKER et al., 2009; SJØGREN et al., 2010), pior qualidade de vida (DYSVIK et al., 2004), tentativas de suicídio (VAN TILBURG et al., 2011) e aumento da mortalidade (ANDERSSON, 2004; TORRANCE et al., 2010). Dessa forma, a readaptação de função e/ou modificação das condições de trabalho tornam-se desafio necessário para preservação física e mental do trabalhador, independente da sua área de atuação.

A grande divergência nas prevalências das pesquisas supracitadas reflete o complexo contexto que permeia a dor crônica. O sistema sensorial para percepção da dor é extremamente amplo e multifacetado. Sua multidimensionalidade compreende não apenas a intensidade do estímulo doloroso, mas as características afetivo-motivacionais do indivíduo. A sensação da dor é fundamental para a sobrevivência, e sua experiência é subjetiva e pessoal, podendo ser afetada por experiências prévias e questões culturais. Contudo, não há necessidade de uma experiência prévia para garantir sua sensação. Apenas aqueles que sentem podem

determinar sua severidade e adequação de seu alívio, assim como podem definir as repercussões nos ambientes familiar, social e laboral (DA SILVA; PINTO, 2011).

Assim, a manifestação do fenômeno doloroso é influenciada pela diversidade de grupos populacionais, faixas etárias e contextos biológicos. Delimitar esses fatores extrínsecos e intrínsecos tornou-se desafio aos pesquisadores. Além disso, há grande variação metodológica entre os estudos, tais como inconsistência na definição de dor crônica, viés da subjetividade da dor, amostras populacionais reduzidas, falta de controle das variáveis de confusão, escassez de análises estatísticas aprofundadas, entre outras, dificultando melhor comparação dos resultados. Por outro lado, trata-se de um tema fundamental para análise das condições de saúde de populações específicas, haja vista a capacidade do processo algico crônico de repercutir na qualidade de vida ao longo dos anos.

1.2 DOR CRÔNICA E DOCÊNCIA: ÍNTIMA RELAÇÃO?

Poucas pesquisas trabalham especificamente dor crônica em educadores, conforme definição recomendada pela IASP. O enfoque na literatura sobre dor no professor está nas desordens musculoesqueléticas (DME). Essas se referem a processos inflamatórios e degenerativos que afetam músculos, ligamentos, tendões, nervos, ossos e articulações, podendo ocorrer isoladamente ou em associação com outros fatores (NEUMANN, 2013).

As DME normalmente advêm de intenso ritmo de trabalho que requer padrões de movimentos repetitivos, com maior demanda física, exigências posturais dinâmicas e pouco tempo de recuperação muscular. Entretanto, assim como as doenças crônicas, os fatores de risco para desenvolvimento das DME vão além das demandas ocupacionais. Trabalho doméstico, incidência de doenças sistêmicas (por exemplo, lúpus, artrite reumatoide, diabetes etc) e outros fatores como sexo, idade, nível socioeconômico, obesidade e tabagismo também podem contribuir para seu aparecimento. A presença de um fator de risco não anula o outro, mas pode potencializar e acelerar a perpetuação do processo algico crônico (PUNNETT; WEGMAN, 2004).

Alguns fatores que agravam a situação do professor são desvalorização, excessiva carga horária semanal de trabalho, elevada concentração de alunos assistidos diariamente, sobrecarga de atividade laboral, violência no trabalho e pouco tempo para lazer, descanso e convívio familiar/social (ANDRADE; CARDOSO, 2012; BATISTA et al., 2010; CARLOTTO, 2002; CARLOTTO; PALAZZO, 2006; GEILSA; GRAÇA, 2012).

Porto et al. (2014) referem que as doenças ocupacionais mais frequentes entre professores reúnem-se em dois grupos: (1) doenças do aparelho respiratório e (2) doenças decorrentes de lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). No primeiro grupo destacam-se laringite crônica, nódulo das cordas vocais, rinite alérgica, sinusite e faringite crônicas e asma. Já no segundo prevalecem síndrome do túnel do carpo, síndrome do manguito rotatório, sinovite, tenossinovite, epicondilite, síndrome cervicobraquial, bursite e tendinite, ou seja, distúrbios osteomusculares dos membros superiores. Os principais fatores de risco para esse conjunto de agravos observados no trabalho foram movimento repetitivo, exposição ao pó de giz, uso excessivo da voz, postura inadequada, poeira e esforço físico. Na Tailândia, LER entre professores associaram-se à presença de doenças crônicas, histórias de trauma, presença de doença na família, postura corporal para escrever no quadro e uso de sapatos altos (CHAIKLIENG; SUGGARAVETSIRI, 2012).

Definir a ocorrência e a intensidade da dor crônica, assim como identificar a íntima relação com as condições de trabalho é um desafio. O limiar da dor e influências culturais e psicossociais diferem para cada indivíduo. Apesar de não existir um “padrão ouro” de exames diagnósticos dos muitos sintomas dolorosos reportados no ambiente de trabalho, muitas dessas queixas são atribuídas às características ergonômicas laborais (PUNNETT; WEGMAN, 2004).

Revisão de literatura realizada em cinco bases de dados (Pubmed, Scielo, Science Direct, Web of Science e Scopus), sem restrição de idioma ou tempo, atualizada em março de 2017, buscou identificar estudos quantitativos que abordam dor em professores. As palavras-chave utilizadas em buscas isoladas e associadas foram *Pain*, *Musculoskeletal pain*, *Musculoskeletal disorders*, *Musculoskeletal discomfort*, *Musculoskeletal conditions*, *Chronic pain*, *Chronic widespread pain*,

Shoulder pain, Neck pain, Low Back pain, Back pain, Headache, Ergonomics, Working conditions, Occupational health, Teacher, Teachers, Faculty, Faculties, School teacher, School teachers e Education, resultando em 17 artigos nacionais (Tabela 1) e 25 artigos internacionais (Tabela 2).

Tabela 1. Distribuição dos estudos nacionais sobre dor em professores.

Autores	Ano de publicação	Objetivo	Delineamento	Local	População	Duração da dor	Prevalência de dor	Desfecho principal
Silva Vitor et al.	2017	Comparar a percepção da dor musculoesquelética em professores com e sem transtornos de voz, e investigar a relação entre dor musculoesquelética e variáveis ocupacionais.	Transversal	Brasil (SP)	43 professores	12 meses	Não cita	Dor musculoesquelética
Silva e Dutra	2016	Verificar a prevalência e localização da dor crônica, avaliar os fatores psicossociais e investigar a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e dor crônica.	Transversal	Brasil (SP)	23 professores	3 meses	Dor: 69,6%	Dor musculoesquelética
Ceballos e Santos	2015	Estimar a prevalência de dor musculoesquelética em professores, avaliando a sua ocorrência segundo aspectos sociodemográficos, saúde geral e bem-estar no trabalho.	Transversal	Brasil (PE)	525 professores dos ensinos infantil e fundamental	7 dias	Dor: 73,5%	Dor musculoesquelética
Vedovato e Monteiro	2014	Explorar a relação entre condições de saúde e capacidade para o trabalho.	Transversal	Brasil (SP)	258 professores dos ensinos primário e secundário	6 meses	Dor: não cita Doença musculoesquelética: 13,6%	Condições de saúde e capacidade para o trabalho
Sanchez et al.	2013	Verificar a incidência de dores musculoesqueléticas em docentes do ensino superior.	Transversal	Brasil (GO)	36 professores do ensino superior	Somatória de dor raramente presente, dor presente com frequência e dor sempre presente	Dor: pescoço (77,8%), ombro (72,2%), cotovelo (19,4%), antebraço (22,2%), braço (38,9%), punho/mão/dedos (66,7%), coluna torácica (69,4%), coluna lombar (80,6%), quadril e membros inferiores (66,7%)	Dor musculoesquelética

Continuação.

Autores	Ano de publicação	Objetivo	Delineamento	Local	População	Duração da dor	Prevalência de dor	Desfecho principal
Silva e Silva	2013	Descrever as condições de trabalho e saúde de professores pré-escolares.	Transversal	Brasil (RS)	111 professores do ensino infantil	7 dias e 12 meses	Dor (12 meses): pescoço (62,6%), ombro (56,8%), cotovelo (14,4%), punho/mão (37,8%), coluna torácica (57,6%), coluna lombar (75,7%), coxa (14,4%), perna (39,0%), joelho (39,0%) e tornozelo (26,1%)	---
Cezar-Vaz et al.	2013	Identificar as características do trabalho e suas implicações na ocorrência de transtornos osteomusculares em professores.	Transversal	Brasil (RS)	37 professores dos ensinos infantil e fundamental	Não cita	Dor: coluna torácica (56,8%) e coluna lombar (54,1%)	Transtornos osteomusculares
Antonelli et al.	2012	Determinar a incidência de desconforto cervicobraquial em professores.	Transversal	Brasil (PR)	160 professores do ensino primário	Não cita	Dor: músculo trapézio esquerdo (52,5%), músculo trapézio direito (50,6%), ombro esquerdo (18,1%), ombro direito (32,5%) e romboide (25,0%)	Desconforto cervicobraquial
Mango et al.	2012	Analisar os sintomas osteomusculares de professores do ensino fundamental.	Transversal	Brasil (PR)	126 professores do ensino fundamental	7 dias e 12 meses	Dor (12 meses): pescoço (47,6%), ombro (49,2%), cotovelo (11,9%), punho/mão (42,0%), coluna torácica (49,2%), coluna lombar (51,5%), quadril/coxa (23,8%), joelho (33,3%) e tornozelo/pé (41,2%)	Sintomas osteomusculares
Suda et al.	2011	Verificar a relação entre nível de saúde geral, dor musculoesquelética, frequência de sintomas musculoesqueléticos e a síndrome de Burnout em professores universitários.	Transversal	Brasil (SP)	50 professores universitários	12 meses	Dor: pescoço (70,0%), ombro (50,0%), cotovelo (20,0%), punho/mão (28,0%), coluna torácica (42,0%), coluna lombar (64,0%), quadril, coxa e nádega (34,0%), joelho (30,0%) e tornozelo/pé (22,0%)	Síndrome de Burnout

Continuação.

Autores	Ano de publicação	Objetivo	Delineamento	Local	População	Duração da dor	Prevalência de dor	Desfecho principal
Cardoso et al.	2011	Investigar a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e a ocorrência de dor musculoesquelética em professores.	Transversal	Brasil (NE)	4.496 professores dos ensinos infantil e fundamental	Dor musculoesquelética “frequente” ou “muito frequente”	Dor: membros superiores (23,7%), coluna torácica (41,1%) e membros inferiores (41,1%)	Dor musculoesquelética
Branco et al.	2011	Verificar a prevalência de sintomas osteomusculares em professores do ensino fundamental de escolas públicas e privadas.	Transversal	Brasil (RS)	320 professores do ensino fundamental	7 dias e 12 meses	Sintomas osteomusculares (12 meses): 89,7%. Dor: pescoço (50,9%), ombro (45,7%), cotovelo (11,9%), antebraço (20,7%), punho/mão/dedo (38,5%), coluna torácica (54,1%), coluna lombar (49,1%), quadril/coxa (12,8%), joelho (28,1%) e tornozelo/pé (23,8%)	Sintomas osteomusculares
Fontana e Pinheiro	2010	Investigar as condições de saúde autorreferidas de professores universitários e a interface com sua ocupação.	Transversal	Brasil (RS)	34 professores do ensino superior	Não cita	Lombalgia (26,0%), cefaléia (19,3%), artralgias (16,1%), cervicalgia (16,1%) e dor nos membros inferiores (13%)	---
Cardoso et al.	2009	Descrever a prevalência de dor musculoesquelética segundo características sociodemográficas e do trabalho docente entre professores da rede municipal de ensino.	Transversal	Brasil (NE)	4.496 professores dos ensinos infantil e fundamental	Dor musculoesquelética “frequente” ou “muito frequente”	Dor musculoesquelética: 55,0%. Dor: membros superiores (23,7%), coluna torácica (41,1%) e membros inferiores (41,1%)	Dor musculoesquelética
Fernandes et al.	2009	Determinar a prevalência de sintomas osteomusculares nos professores da rede municipal de Natal/RN, verificando a existência de associação entre as variáveis socioeconômicas, ocupacionais e de saúde com a presença dessa sintomatologia.	Transversal	Brasil (RN)	242 professores dos ensinos fundamental e médio	12 meses	Sintomas osteomusculares: 93,0%. Dor: pescoço (53,7%), ombro (50,4%), cotovelo (11,6%), punho/mão (51,2%), coluna torácica (58,7%), coluna lombar (53,7%), quadril/coxa (25,6%), joelho (38,4%) e tornozelo/pé (52,9%)	Sintomas osteomusculares

Continuação.

Autores	Ano de publicação	Objetivo	Delineamento	Local	População	Duração da dor	Prevalência de dor	Desfecho principal
Carvalho e Alexandre	2006	Identificar a ocorrência de sintomas osteomusculares em professores do ensino fundamental.	Transversal	Brasil (SP)	157 professores do ensino fundamental	12 meses	Sintomas osteomusculares: 90,4%. Dor: pescoço (59,2%), ombro (58,0%), cotovelo (10,2%), punho e mão (43,9%), coluna torácica (62,4%), coluna lombar (63,1%), quadril/coxa (22,9%), joelho (25,5%) e tornozelo/pé (33,8%)	Sintomas osteomusculares
Delcor et al.	2004	Descrever as condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino.	Transversal	Brasil (NE)	250 professores dos ensinos infantil, fundamental e médio	Queixas referidas como "frequente" ou "muito frequente"	Dor: braço/ombro (52,1%), costas (51,4%), coluna (43,2%) e pernas (47,5%)	---

Tabela 2. Distribuição dos estudos internacionais sobre dor em professores.

Autores	Ano de publicação	Objetivo	Delineamento	Local	População	Duração da dor	Prevalência de dor	Desfecho principal
Zamri, Moy e Hoe	2017	Avaliar a prevalência de dor lombar autorreferida e dor no pescoço e/ou no ombro entre professores do ensino secundário, e associar com sofrimento psicológico e fatores psicossociais relacionados ao trabalho.	Transversal	Malásia	1.482 professores do ensino secundário	12 meses	Dor: pescoço e/ou ombro (60,1%) e coluna lombar (48,0%)	Sofrimento psicológico e fatores psicossociais relacionados ao trabalho
Alghwiri e Marchetti	2016	Investigar a prevalência de dor na coluna torácica e na coluna lombar em professores jordanianos, e estimar a incapacidade relacionada ao trabalho.	Transversal	Jordânia	439 professores de todos os níveis de ensino	Não cita	Dor: coluna torácica e coluna lombar (36,7%)	Dor na coluna torácica e na coluna lombar, e incapacidade relacionada ao trabalho
Cheng et al. (a)	2016	Investigar fatores ergonômicos relacionados ao trabalho e avaliar sua correlação com distúrbios musculoesqueléticos.	Transversal	Taiwan	388 professores e auxiliares da educação especial	6 meses	Distúrbios musculoesqueléticos: 85,8%	Distúrbios musculoesqueléticos
Arvidsson et al.	2016	Determinar a prevalência de dor musculoesquelética em mulheres de diferentes ocupações, e associar com fatores pessoais e ocupacionais.	Transversal	Suécia	375 professores, 925 enfermeiras e 291 ultrassonografistas	12 meses	Dor musculoesquelética em professores: pescoço (44,0%), ombro (38,0%), mão (17,0%), coluna lombar (36,0%) e pé (12,0%)	Dor musculoesquelética
Anuar et al.	2016	Quantificar a prevalência de dor na coluna lombar, analisar a associação com fatores de risco e explorar como a lombalgia afeta a satisfação com o trabalho em professores.	Transversal	Malásia	120 professores do ensino secundário	12 meses	Dor: coluna lombar (56,7%)	Dor na coluna lombar e satisfação no trabalho
Karakaya	2015	Investigar a prevalência e a distribuição anatômica de sintomas musculoesqueléticos, assim como seu impacto na qualidade de vida de professores.	Transversal	Turquia	104 professores do ensino primário	12 meses	Sintomas musculoesqueléticos (dor ou desconforto): 35,6%	Sintomas musculoesqueléticos

Continuação.

Autores	Ano de publicação	Objetivo	Delineamento	Local	População	Duração da dor	Prevalência de dor	Desfecho principal
Rottermund et al.	2015	Analisar a prevalência e a gravidade da dor na coluna torácica, com base em variáveis demográficas selecionadas, e a relação com atividade física entre professores.	Transversal	Polônia	998 professores dos ensinos primário, secundário e especial	3 meses	Dor: coluna torácica em mulheres (43,0%) e homens (47,4%)	Dor na coluna torácica
Bandpei et al.	2014	Investigar a prevalência e os fatores de risco para dor na coluna lombar em professores, e avaliar a associação das características individuais e ocupacionais.	Transversal	Iran	586 professores dos ensinos primário e secundário	1 mês, 6 meses e 12 meses	Dor (1 mês): coluna lombar (26,3%) Dor (6 meses): coluna lombar (29,6%) Dor (12 meses): coluna lombar (31,1%)	Dor na coluna lombar
Shuai et al.	2014	Avaliar o efeito da educação em saúde ocupacional e treinamento ergonômico sobre conscientização, atitude e comportamento de desordens musculoesqueléticas entre professores.	Longitudinal	China	350 professores de todos os níveis de ensino	12 meses	Dor (pré-intervenção → regiões mais prevalentes): pescoço (63,4%), ombro (52,3%) e coluna lombar (47,1%). Dor (após 12 meses da intervenção): pescoço (46,4%), ombro (41,6%) e coluna lombar (33,9%).	Desordens musculoesqueléticas
Erick e Smith	2014	Realizar a primeira investigação epidemiológica de dor na coluna lombar entre professores da Botswana.	Transversal	Botswana (África)	1.747 professores dos ensinos primário e secundário	12 meses	Dor: coluna lombar (55,7%)	Dor na coluna lombar

Continuação.

Autores	Ano de publicação	Objetivo	Delineamento	Local	População	Duração da dor	Prevalência de dor	Desfecho principal
Abdulmonem et al.	2014	Quantificar a prevalência e identificar os fatores associados à dor musculoesquelética entre professores sauditas do sexo feminino.	Transversal	Arábia Saudita	486 professores do sexo feminino	Não cita	Dor: pescoço (leve: 28,6%; moderada: 16,9%; severa: 11,3%), ombro (leve: 19,3%; moderada: 19,3%; severa: 20,6%), cotovelo (leve: 30,7%; moderada: 5,8%; severa: 5,6%), punho (leve: 25,1%; moderada: 8,0%; severa: 7,4%), coluna torácica (leve: 18,9%; moderada: 10,9%; severa: 17,7%), coluna lombar (leve: 14,4%; moderada: 14,4%; severa: 38,1%), quadril (leve: 19,3%; moderada: 10,7%; severa: 16,5%), joelho (leve: 22,4%; moderada: 14,4%; severa: 26,3%), tornozelo (leve: 23,0%; moderada: 7,2%; severa: 12,3%), calcanhar (leve: 20,6%; moderada: 11,3%; severa: 24,1%)	Dor musculoesquelética
Darwish e Al-Zuhair	2013	Estimar a prevalência e padrão da dor musculoesquelética em professores sauditas do sexo feminino, e associar com fatores demográficos e psicossociais.	Transversal	Arábia Saudita	240 professores do ensino secundário	< 3 meses, 3 a 6 meses, > 6 meses	Dor (< 3 meses): 12,9% Dor (3 a 6 meses): 10,0% Dor (> 6 meses): 56,3%	Dor musculoesquelética
Yue et al.	2012	Investigar a prevalência de dor no pescoço e/ou ombro e dor na coluna lombar entre professores dos ensinos primário, secundário e médio.	Transversal	China	893 professores dos ensinos primário, secundário e médio	12 meses	Dor: pescoço e/ou ombro (48,7%) e coluna lombar (45,6%)	Dor no pescoço e/ou ombros e na coluna lombar

Continuação.

Autores	Ano de publicação	Objetivo	Delineamento	Local	População	Duração da dor	Prevalência de dor	Desfecho principal
Durmus e Ilhanli	2012	Avaliar a prevalência de dor musculoesquelética relacionada ao trabalho, e depressão e qualidade de vida entre professores.	Caso-Controlle	Turquia	602 professores do ensino primário (363 casos e 239 controles)	12 meses	Dor: 60,3%	Dor musculoesquelética, depressão e qualidade de vida
Chaiklieng e Suggaravetsiri	2012	Investigar a prevalência e fatores de risco para lesões por esforço repetitivo em professores.	Transversal	Tailândia	452 professores dos ensinos primário e secundário	6 meses	Dor: pescoço (34,5%), ombro (41,6%), braço (27,9%), coluna torácica (36,1%), coluna lombar (54,4%)	Lesões por esforço repetitivo
Harutunian et al.	2011	Avaliar a intensidade e localização da dor musculoesquelética sofrida por estudantes e professores de diferentes programas de pós-graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade de Barcelona .	Transversal	Espanha	74 dentistas (54 estudantes e 20 professores de pós-graduação)	6 meses	Dor musculoesquelética: 79,8% Dor: pescoço (58,1%), ombro (24,3%), punho (27,1%), coluna torácica (40,5%) e coluna lombar (52,7%)	Dor musculoesquelética
Korkmaz et al.	2011	Determinar a prevalência e características da dor musculoesquelética em professores.	Transversal	Turquia	900 professores dos ensinos primário, secundário e médio	Não cita	Dor musculoesquelética: 51,4% Dor: pescoço (42,5%), ombro (28,7%), punho (13,4%) cotovelo (8,0%), coluna torácica (36,9%), coluna lombar (43,8%), quadril (8,4%), joelho (32,0%) e tornozelo (21,8%)	Dor musculoesquelética
Samad et al.	2010	Determinar a prevalência de dor na coluna lombar e associar com fatores de risco entre professores do ensino primário.	Transversal	Malásia	272 professores do ensino primário	7 dias e 12 meses	Dor (12 meses): coluna lombar (40,0%)	Dor na coluna lombar

Continuação.

Autores	Ano de publicação	Objetivo	Delineamento	Local	População	Duração da dor	Prevalência de dor	Desfecho principal
Chong e Chan	2010	Investigar as queixas de saúde de profissionais do ensino de Hong Kong.	Transversal	China	1.710 professores dos ensinos primário e secundário	30 dias	Dor musculoesquelética: 91,0% Dor: cabeça (60,0%), enxaqueca (27,3%), pescoço (65,6%), ombro (69,5%), braço (36,3%), coluna torácica (54,3%), coluna lombar (50,7%), perna (48,5%)	Queixas de saúde
Chiu e Lam	2007	Investigar a prevalência e fatores de risco ocupacionais para distúrbios do pescoço e nos membros superiores em professores do ensino secundário.	Transversal	China	3.100 professores do ensino secundário	12 meses	Dor: pescoço (66,7%) e membros superiores (33,3%)	Dor no pescoço e nos membros superiores
Chiu et al.	2006	Explorar os efeitos dos fatores de risco individuais, físicos e psicossociais sobre a dor no pescoço em professores do ensino secundário.	Transversal	China	672 professores do ensino secundário	12 meses	Dor: pescoço (64,4%)	Dor no pescoço
Kovess-Masféty et al.	2006	Comparar a saúde física e mental de professores com um grupo controle.	Transversal	França	3.679 professores de todos os níveis de ensino e 1.817 não professores	6 meses	Dor em professores: cabeça/enxaqueca (17,4%), coluna torácica (30,8%) e articulações (20,3%)	Saúde física e mental
Jin et al.	2004	Descrever a prevalência de dor na coluna lombar entre empregados chineses de diferentes ocupações, e identificar a associação de fatores pessoais e ocupacionais com essa dor.	Transversal	China	383 (81 trabalhadores de indústria têxtil, 181 trabalhadores de fábrica de baterias e fogão e 121 professores do ensino primário)	7 dias e 12 meses	Dor (12 meses - Professores): coluna lombar (40,0%)	Dor na coluna lombar
Ono et al.	2002	Determinar a magnitude da associação de prováveis fatores de risco com dores em pescoço, ombros e braços de professores do ensino infantil.	Transversal	Japão	959 professores do ensino infantil	Não cita	Dor: pescoço e/ou ombro (25,0% a 35,4%), braço (9,1% a 17,7%) Variação conforme idade das crianças da turma	Dor no pescoço e/ou ombro e braço

Continuação.

Autores	Ano de publicação	Objetivo	Delineamento	Local	População	Duração da dor	Prevalência de dor	Desfecho principal
Tsuboi et al.	2002	Determinar se fatores ocupacionais, físicos e psicossociais estão associados à dor na coluna lombar entre profissionais de escolas públicas.	Transversal	Japão	6.490 profissionais (4.572 professores)	Dor em 3 a 7 dias por semana	Dor em professores: coluna lombar (20,6%)	Dor na coluna lombar

As pesquisas demonstram elevada prevalência de DME em professores, com repercussões pessoais, familiares e profissionais. Contudo, destacam-se algumas diversidades quanto aos critérios metodológicos, como importante variação no tamanho amostral das pesquisas, no nível educacional de atuação dos docentes entrevistados e tempo considerado do fenômeno doloroso. Ainda que a totalidade dos estudos seja de delineamento transversal, poucos associam condições laborais específicas de acordo com a região do corpo afetada, sendo associações com a dor na coluna lombar as mais reportadas na literatura.

Yue et al. (2014) identificaram, em 2011, entre professores chineses, que a insatisfação no trabalho relacionou-se à dor na coluna lombar, e a demanda excessiva ocupacional à dor em qualquer região do corpo. Na Turquia, em 2009, Durmus e Ilhanli (2012) apontaram as regiões do pescoço, ombros e coluna torácica como os locais mais acometidos pela dor nessa categoria profissional, associando-se à depressão e pior percepção sobre a qualidade de vida. Na Irlanda, entre 2002 e 2005, problemas musculoesqueléticos destacaram-se em quarto lugar como causa de aposentadorias por problemas de saúde (10%), estando atrás dos distúrbios psicológicos (46%), câncer (19%) e problemas do aparelho circulatório (14%) (MAGUIRE; O'CONNELL, 2007). Revisão sistemática da literatura realizada por Erick e Smith (2011) encontraram prevalência de dor musculoesquelética entre docentes variando entre 39% a 95%, com localização principalmente nas costas, pescoço e membros superiores. Os maiores percentuais foram encontrados entre professores chineses, e os menores entre os suecos e alemães.

O processo de intensificação do trabalho docente põe em risco não apenas sua saúde física e psicológica, mas também a qualidade do processo educacional, o qual é subjugado pelas infundáveis demandas laborais (ASSUNÇÃO; OLIVEIRA, 2009). O professor é fundamental no processo de ensino-aprendizagem. Sua ausência significa retrocesso pedagógico com prejuízo financeiro aos serviços educacionais, e, portanto, deve ser investigada e compreendida em seu contexto trabalhista. Como consequência, o ensino passa a ser prejudicado pela multidimensionalidade das barreiras identificadas nesse campo de atuação profissional, acrescido por elevadas taxas de absenteísmo por problemas de saúde ocupacionais (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005; WYNNE-JONES et al., 2013; ZAPONI; SILVA, 2009).

Essas pesquisas evidenciam a necessidade de melhor compreensão das condições que envolvem a dor crônica musculoesquelética nessa categoria profissional em esferas psicossociais e profissionais. O processo algico pode ser deflagrado e perpetuado por diversos motivos, os quais podem diferir de acordo com as características laborais e as regiões do corpo afetadas. Elucidar esse fenômeno, de forma mais detalhada possível, pode reduzir danos adicionais à saúde do professor e gastos gerados aos sistemas de saúde e previdenciário. Além disso, pode contribuir para prevenir a incidência de novos casos, com melhora na qualidade de vida do professor e, por consequência, no seu desempenho profissional, fortalecendo todo o sistema educacional.

Com o propósito de contribuir com o estado da arte sobre a temática, essa pesquisa buscou elucidar o fenômeno doloroso crônico entre professores, temporalizado de acordo com recomendações da IASP para pesquisas epidemiológicas, enfocando as relações entre percepções e condições de trabalho com as DME identificadas por regiões do corpo afetadas em uma amostra de professores dos ensinos fundamental e médio.

2 Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a dor crônica, prevalência e regiões do corpo mais afetadas, e associar com percepções e condições de trabalho de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Caracterizar os professores conforme a presença de dor crônica e características sociodemográficas, hábitos de vida, antropometria, comorbidades, e condições e percepções sobre o trabalho;
- 2.2.2 Identificar a associação da dor crônica musculoesquelética em membros superiores e inferiores e coluna lombar com condições de trabalho do professor;
- 2.2.3 Descrever as características da dor crônica que mais incomoda os professores segundo regiões do corpo;
- 2.2.4 Identificar possíveis consequências da dor crônica que mais incomoda, assim como uso de terapêutica farmacológica e não farmacológica referidas pelos professores para controle da dor.

3 Método

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Tratou-se de estudo epidemiológico observacional do tipo transversal, o qual faz parte de projeto intitulado “*Saúde, estilo de vida e trabalho de professores da rede pública do Paraná – PRÓ-MESTRE*” do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

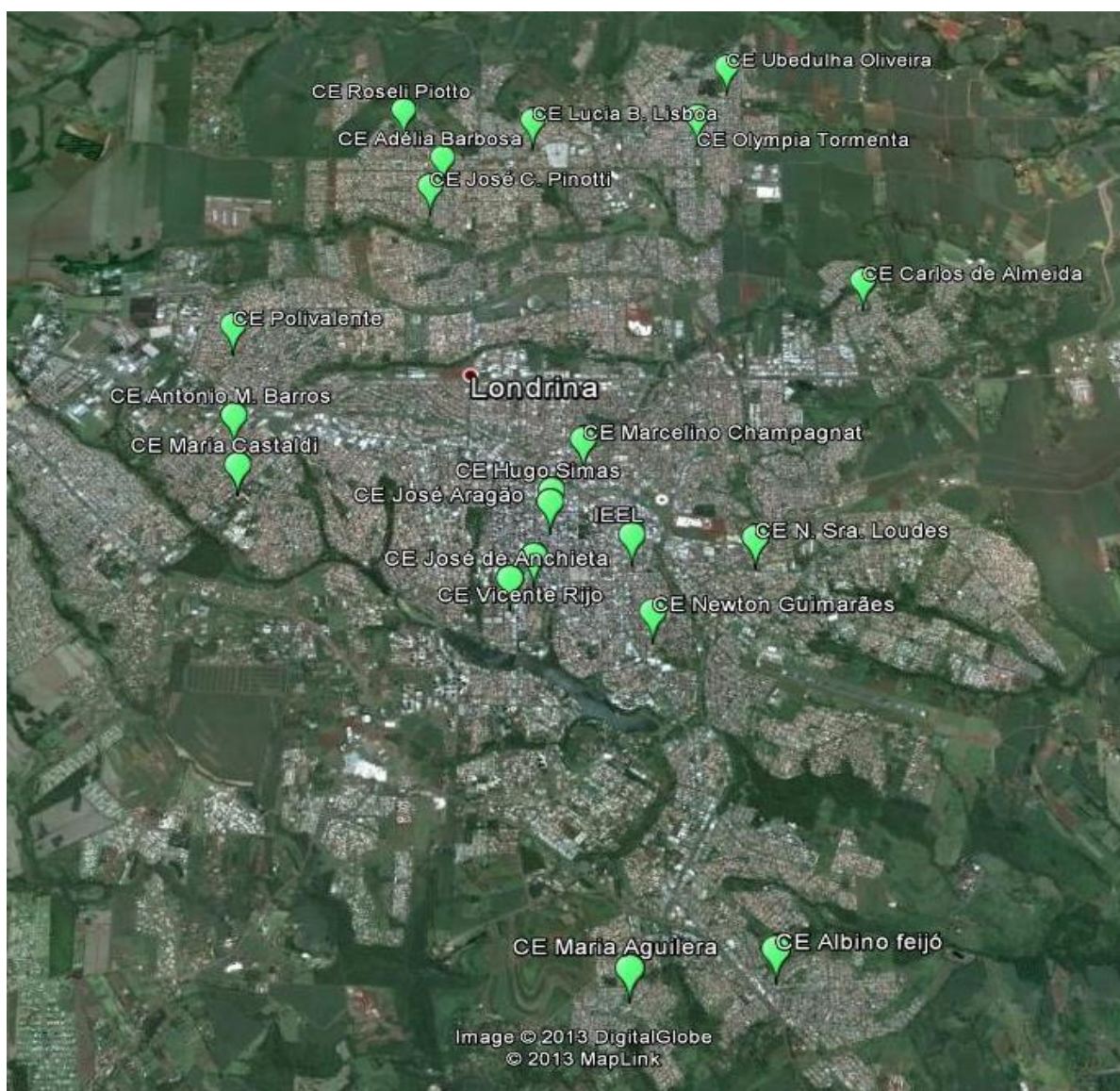
O local de estudo foi o município de Londrina, situado ao norte do Estado do Paraná e com população projetada de 515.707 habitantes no ano de 2012 (DATASUS, 2016). Essa cidade é sede de um dos 32 núcleos de educação do Estado, sendo formada por 19 municípios: Alvorada do Sul, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Iporã, Jaguapitã, Londrina, Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rolândia, Sertanópolis e Tamarana (PARANÁ, 2013).

A rede estadual de ensino da cidade é composta por 73 escolas (63 sediadas na zona urbana, sete na zona rural e três em aldeias indígenas), aproximadamente três mil professores atuantes em todos os níveis de ensino, incluindo educação especial, de jovens e adultos, entre outros, e 51.093 alunos matriculados (PARANÁ, 2013).

Para esta pesquisa foram selecionadas as 20 escolas da zona urbana do município com maior número de professores (cerca de 70% dos professores dos ensinos fundamental e médio regular), distribuídas em todas as regiões da zona urbana: norte (seis escolas), central (sete escolas), oeste (três escolas), leste (duas escolas) e sul (duas escolas) (Figura 1). Trata-se de uma amostra de conveniência, porém com importante representatividade de professores atuantes em escolas com características homogêneas, distribuídas em todas as regiões do município. Essa amostra permitiu caracterização geral dos docentes da rede estadual de ensino da cidade, maior facilidade de acesso pela concentração das equipes de coleta em

escolas específicas e poder estatístico suficiente para as principais análises pretendidas.

Figura 1. Localização das escolas selecionadas para a pesquisa no município de Londrina (PR), 2012-2013.



Fonte: *Google Earth* (acesso em 07 jun. 2013).

3.3 PROJETO PRÓ-MESTRE E POPULAÇÃO DO ESTUDO

O projeto de pesquisa intitulado *“Saúde, estilo de vida e trabalho de professores da rede pública do Paraná – PRÓ-MESTRE”*, do PPGSC da UEL, foi iniciado em 2012, com o objetivo geral de analisar as relações do estado de saúde e

do estilo de vida com aspectos do processo de trabalho em professores da educação básica da rede estadual de Londrina.

A equipe do projeto tem característica multiprofissional e é formada por docentes e estudantes de pós-graduação de várias áreas do conhecimento e por estudantes de graduação da UEL.

Foram incluídos no estudo professores com vínculo temporário ou definitivo com a rede estadual de ensino, e que atuavam no ensino básico regular (fundamental ou ensino médio) nas 20 escolas selecionadas para o estudo, conforme anteriormente referido.

Foram excluídos da pesquisa educadores com atuação exclusiva em outras modalidades de ensino, ou seja, educação especial, educação profissional não articulada ao ensino médio, Educação de Jovens e Adultos (EJA) e professores da educação complementar (sala de apoio, sala de recursos, entre outros), além dos readaptados ou afastados de função.

Para o recorte desta pesquisa excluíram-se, também, aqueles com tempo de profissão menor do que um ano, período considerado curto para associar dor crônica com condições de trabalho, e aqueles com diagnóstico de neoplasia maligna, pela diferença existente entre dor oncológica e não oncológica.

Caracterizaram-se como perdas: (1) professores que não aceitaram participar da pesquisa; (2) professores cujo contato não foi possível após a quinta tentativa; (3) professores que se encontravam afastados por motivo de licença, independente do tipo, e que não retornaram ao trabalho em até 51 dias após início da coleta de dados em cada escola, ou seja, durante os 21 dias de duração da coleta (prazo definido pela equipe coordenadora do projeto e considerado suficiente para abordagem e entrevista de todos os professores) e dois retornos com 15 e 30 dias após o encerramento da coleta. Esses dois retornos após 15 e 30 dias do término da coleta de dados tiveram como objetivo a tentativa de captação desses docentes em licença, e não acompanhamento longitudinal dos professores já entrevistados; (4) entrevistas cujas informações sobre dor eram ignoradas.

3.4 ENTREVISTADORES, INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E ESTUDO PILOTO

O quadro de entrevistadores foi formado por pós-graduandos do PPGSC e graduandos da UEL. Todos foram treinados por um período total de oito horas, dividido em dois momentos de quatro horas, onde foram apresentadas e discutidas as orientações gerais para as entrevistas e apresentados os impressos a serem utilizados (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Anexo A; e instrumento da coleta composto por formulário e questionário - Anexos B e C, respectivamente), além do manual do entrevistador (Anexo D).

O instrumento para coleta de dados foi composto por um formulário (para anotação dos dados obtidos por entrevistadores) e por um questionário, respondido pelo próprio professor após a entrevista. O primeiro possui sete blocos de variáveis: (1) variáveis relacionadas ao trabalho I; (2) variáveis antropométricas; (3) variáveis relacionadas aos hábitos de vida; (4) conhecimentos em saúde; (5) variáveis relacionadas às condições de saúde; (6) variáveis relacionadas ao trabalho II – capacidade para o trabalho; e (7) variáveis relacionadas à violência (Anexo B). O segundo foi formado por questões sociodemográficas e quatro escalas em saúde, quais sejam: (1) a SF-12, versão 1 (versão resumida da *Short Form Health Survey*, SF-36); (2) o *Demand Control Support Questionnaire*; (3) a Escala de *Burnout* (*Maslach Burnout Inventory*); e (4) a Escala de Satisfação no Trabalho do *Occupational Stress Indicator*, além das variáveis sociodemográficas (Anexo C).

Todos os entrevistadores possuíam crachá de identificação e “cartão de apoio” para algumas questões da entrevista (Anexo E). O cartão de apoio servia para facilitar o entendimento das perguntas do formulário, manter a privacidade de resposta para algumas questões e otimizar o tempo da entrevista.

O cartão de apoio era entregue ao professor e explicada sua forma de utilização no início da entrevista. Nele constavam informações sobre o bloco de perguntas da questão correspondente, assim como as opções de respostas para cada questão. Dessa forma, o professor tinha como opção apenas apontar sua resposta diretamente no cartão de apoio, recurso utilizado quando outros docentes estavam próximos e o entrevistado não queria ser exposto, ou responder verbalmente o número/opção escolhidos.

Estudo piloto foi conduzido em junho de 2012 com 82 professores com características semelhantes de três escolas estaduais do município de Cambé (PR), vizinho da cidade de Londrina. O objetivo dessa etapa foi readequar o instrumento para qualificação das perguntas e melhor condução da entrevista, principalmente por ser realizado durante o período de hora-atividade do professor, ou seja, durante o tempo reservado para preparo de atividades acadêmicas.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu de agosto a dezembro de 2012 e de fevereiro a junho 2013. No mês de janeiro de 2013 não houve coleta de dados por ser período de férias de acordo com o calendário escolar da rede pública estadual de ensino.

A equipe foi dividida em dois grupos. Cada grupo era composto por dois coordenadores (pós-graduando), um agendador (pós-graduando) e oito alunos de graduação.

O contato inicial com a instituição educadora para explicação do projeto era realizado pelos coordenadores e agendador. Após autorização da diretoria do colégio para realização da pesquisa, o agendador solicitava a listagem dos professores e seus horários de trabalho. Em seguida, o agendador apresentava o projeto aos educadores no intervalo das aulas. Esse momento era reservado para sensibilização coletiva e individual dos sujeitos da pesquisa, com distribuição de folders e exposição de banner para divulgação do projeto.

A divulgação compreendia uma breve explanação sobre o objetivo da pesquisa, instituições participantes, importância da contribuição do professor, tipo de perguntas que seriam realizadas, local das entrevistas, acesso às informações do projeto e benefícios esperados com os resultados. Além disso, o endereço da página eletrônica do projeto (<http://www.uel.br/projetos/promestre/>) era fornecido aos professores, na qual se encontram apresentação geral da pesquisa, informações básicas do projeto, escolas participantes, equipe de trabalho, perguntas frequentes, produção científica e notícias do projeto vinculadas na mídia.

O agendador também realizava o agendamento das entrevistas e repassava as datas agendadas aos coordenadores, e responsabilizava-se pelo encerramento da coleta de dados dos colégios sob sua supervisão.

O coordenador distribuía as entrevistas agendadas aos alunos, organizava a logística das escolas para otimização das entrevistas, controlava o andamento da coleta dos dados e organizava os impressos para posterior conferência e codificação. Após consentimento, a entrevista era agendada de acordo com a disponibilidade referida pelo docente, preferencialmente durante a hora-atividade (período reservado para atividades extraclasse, utilizado para preenchimento de pautas, preparo de aulas, correção de provas entre outras demandas). Priorizava-se um local reservado, normalmente no colégio em que o professor foi inicialmente localizado, mas também podia ser em outra escola de atuação profissional, em seu próprio domicílio ou em local público de sua preferência. A realização das entrevistas agendadas após confirmação prévia via contato telefônico era tarefa de todos os integrantes da equipe (agendador, coordenador e alunos).

A duração média de cada entrevista era de 45 minutos. Ao final entregava-se o questionário para o entrevistado responder imediatamente, o que levava em torno de 10 minutos, ou entregá-lo posteriormente para algum membro da equipe presente no colégio.

A coleta de dados em cada escola teve duração de 21 dias, tempo considerado suficiente para realização de entrevistas com todos os professores. Decidiu-se retornar a cada escola 15 e 30 dias após o encerramento da coleta para tentativas de entrevistas com os que se encontravam em licença durante o período de coleta para evitar perdas, conforme já mencionado. O encerramento da coleta de dados na escola ocorria durante os intervalos das aulas, na sala dos professores, nos três períodos (manhã, tarde e noite). O agendador agradecia a participação dos docentes, reforçava a garantia de retorno dos resultados aos entrevistados assim que a equipe realizasse as análises iniciais dos dados, e fornecia esclarecimentos sobre a entrega dos questionários pendentes. O retorno dos resultados ocorreu por meio de reportagens em jornais locais, comunicado interno via Secretaria de Estado da Educação, e-mail pessoal do professor e pela página eletrônica do projeto. Os coordenadores do projeto também estiveram em Curitiba para apresentar os

principais resultados do projeto aos dirigentes da Secretaria de Estado da Educação, visando apontar os principais problemas de saúde encontrados, para posteriores intervenções.

3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Embora o Pró-Mestre tenha investigado diversas características, para o presente estudo foram selecionados os seguintes conjuntos de variáveis (e categorias):

(1) Características sociodemográficas:

- a. **Perguntas do formulário:** sexo (masculino e feminino) e idade em anos (obtida pela diferença entre data da entrevista e data de nascimento) agrupada por faixa etária (≤ 30 anos, 31 a 40 anos, 41 a 50 anos e ≥ 51 anos).
- b. **Perguntas do questionário:** situação conjugal (com companheiro e sem companheiro), raça/cor autorreferida (branca, parda/negra e amarela/indígena), grau de instrução (graduação, *Lato Sensu* e *Stricto Sensu*) e renda familiar mensal (\leq R\$ 2.000,00, R\$ 2.001,00 a 5.000,00 e \geq R\$ 5.001,00). A raça/cor amarela precisou ser somada à indígena por esta última ter baixa representatividade neste estudo (quatro casos). Para definição da renda familiar mensal, o professor realizou a soma dos salários e de outros tipos de renda recebidos pelas pessoas que conviviam na mesma residência.

(2) Hábitos de vida e características antropométricas:

- a. **Perguntas do formulário:** Índice de Massa Corporal (IMC) calculado com base em peso e altura relatados pelo professor, (normal/desnutrido e sobrepeso/obesidade), realização de atividade física pelo menos uma vez por semana (sim e não), tempo de

realização de atividade física semanal (suficiente: ≥ 150 minutos; e insuficiente: < 150 minutos), tabagismo (fumante, ex-fumante e não fumante), consumo de álcool (não consome, ≤ 1 vez/semana, 2 a 6 vezes/semana, diariamente) e consumo de café (não consome, 1 a 3 vezes/semana, 4 a 6 vezes/semana, 1 a 3 vezes/dia e > 3 vezes/dia). Para categorização do IMC, adotou-se a classificação recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2017). A junção das categorias desnutrido e normal foi necessária pela baixa representatividade da primeira nesta pesquisa (13 casos). Para classificar a realização de atividade física semanal como suficiente (≥ 150 minutos) e insuficiente (< 150 minutos), utilizou-se a *Recomendação global para prática saudável de atividade física* da OMS (WHO, 2010).

(3) Comorbidades referidas pelo professor como diagnosticadas por médico:

- a. Para esse grupo de variáveis foram utilizados alguns itens do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). Esse instrumento busca identificar quão bem está, ou estará, um trabalhador no presente ou num futuro próximo, e com qual capacidade ele poderá executar o seu trabalho em função das exigências de seu estado de saúde e capacidades física e mental. Essa avaliação ocorre por meio da percepção do próprio trabalhador sobre a sua capacidade para o trabalho em relação a sete aspectos: (1) capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor durante toda a vida; (2) capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho; (3) número atual de doenças autorreferidas e diagnosticadas por médico; (4) perda estimada para o trabalho devido às doenças; (5) falta ao trabalho por doenças; (6) prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho; e (7) recursos mentais (ZWART; FRINGS-DRESEN; DUIVENBOODEN, 2002).
- b. **Perguntas selecionadas do ICT presentes no formulário:** enxaqueca (sim e não), ansiedade (sim e não), sinusite (sim e não),

depressão (sim e não), hipertensão arterial (sim e não), artrite/artrose/reumatismo (sim e não), insônia (sim e não), diabetes (sim e não), obesidade (sim e não) e osteoporose (sim e não). Essas doenças foram intencionalmente selecionadas pela importância epidemiológica e associações ao desfecho analisado.

(4) Condições de trabalho:

- a. **Perguntas do formulário:** vínculo empregatício (não estatutário e estatutário), tempo de profissão (\leq 3 anos, 3 anos e 1 mês a 10 anos, 10 anos e 1 mês a 20 anos e $>$ 20 anos), realização profissional (não, parcialmente e sim), número de locais de trabalho (um, dois e três ou mais), número de turnos de trabalho considerando os três períodos do dia (um, dois e três), carga horária semanal de trabalho (\leq 20 horas, 21 a 30 horas, 31 a 40 horas e $>$ 40 horas) e carga horária semanal diretamente com alunos (\leq 20 horas, 21 a 30 horas, 31 a 40 horas e $>$ 40 horas).

(5) Percepções do professor sobre as condições de trabalho:

- a. Foram utilizadas algumas variáveis da escala *Perfil do ambiente e condições de trabalho* para adultos trabalhadores desenvolvido por Nahas et al. (2009). Trata-se de instrumento composto por cinco componentes escolhidos como indicadores socioambientais, relacionados à qualidade de vida do trabalhador (ambiente físico, ambiente social, desenvolvimento e realização profissional, remuneração e benefícios e relevância social do trabalho). Cada componente é composto por três itens, com respostas numa escala Likert de zero a três: 0 (condição ruim), 1 (condição regular), 2 (condição boa) e 3 (condição excelente).
- b. **Perguntas selecionadas da escala *Perfil do ambiente e condições de trabalho* do formulário:** relacionamento com superiores (ruim/regular e bom/excelente), relacionamento com colegas (ruim/regular e bom/excelente), relacionamento com alunos (ruim/regular e bom/excelente), motivação para chegar ao trabalho

(ruim/regular e bom/excelente), equilíbrio entre vida pessoal e profissional (ruim/regular e bom/excelente), quantidade de alunos por sala de aula (ruim/regular e bom/excelente) e infraestrutura da escola para descanso e preparo das atividades (ruim/regular e bom/excelente).

- c. **Outras perguntas presentes no formulário:** exposição a ruídos dentro da sala de aula (não afeta o trabalho e afeta o trabalho), condições para carregar o material didático (não afeta o trabalho e afeta o trabalho), condições para carregar o material audiovisual (não afeta o trabalho e afeta o trabalho), tempo em que permanece em pé (não afeta o trabalho e afeta o trabalho), condições para escrever no quadro (não afeta o trabalho e afeta o trabalho), posição do corpo em relação ao mobiliário e equipamentos (não afeta o trabalho e afeta o trabalho) e ritmo e intensidade do seu trabalho (não afeta o trabalho e afeta o trabalho).

(6) Características da dor:

- a. **Perguntas do formulário:** região corpórea (cabeça, pescoço, ombros, braços, mãos, peito, abdome, pelve, pernas, joelhos, pés, coluna torácica e coluna lombar); para definição de membros superiores foram agrupadas as regiões ombros, braços e mãos, e para membros inferiores, pernas, joelhos e pés; tempo (6 meses a 2 anos, mais de 2 anos até 5 anos, mais de 5 anos até 10 anos e mais de 10 anos), frequência (diária, semanal e esporádica), intensidade (leve, moderada e intensa/insuportável), interferência da dor no lazer (nada, pouco/moderadamente, muito/completamente), interferência da dor no trabalho (nada, pouco/moderadamente, muito/completamente) e dificuldade de dormir por dor (sim e não).
- b. Quanto à região do corpo, nesta pesquisa, antebraço e braço foram questionados como única categoria, ou seja, braço. Da mesma forma, perna compreendeu também a articulação coxo-femural e

coxa. A dor na região do pescoço não foi incluída no agrupamento de membros superiores porque pode ser manifestada por diversas causas além de tensões musculares como, por exemplo, adenomegalias, faringoamidalites e esofagites. Além disso, nesta pesquisa, a frequência de resposta para dor na região do pescoço foi baixa (n = 37).

- c. Para as questões 15, 17, 19, 20, 21, 22, 27 e 31 sobre dor crônica, presentes Bloco 5 do formulário (Variáveis relacionadas às condições de saúde) (Anexo B), utilizou-se o cartão de apoio (Anexo E).

(7) Absenteísmo e percepção sobre capacidade para o trabalho:

- a. O termo absenteísmo foi designado como falta ao trabalho independente do tempo transcorrido, ou seja, é a soma dos períodos em que os empregados encontram-se ausentes do trabalho, não sendo a ausência motivada por desemprego, doença prolongada ou licença legal (SILVA; MARZIALE, 2000).
- b. **Perguntas do formulário:** falta ao trabalho por problemas de saúde (sim e não) e tempo de afastamento do trabalho por problemas de saúde (1 a 7 dias, 8 a 30 dias e > 30 dias).
- c. **Perguntas utilizadas do ICT presentes no formulário:** capacidade para o trabalho quanto às exigências físicas (muito boa/boa, moderada e baixa/muito baixa) e capacidade para o trabalho quanto às exigências mentais (muito boa/boa, moderada e baixa/muito baixa).

(8) Tratamento da dor:

- a. **Perguntas do formulário:** procura médica para tratamento dessa dor nos 12 meses que antecederam a pesquisa (sim e não), recomendação de tratamento médico por meio de medicamentos ou outro método alternativo (sim e não), tratamento médico que proporcionou alívio da dor (medicamentoso, não medicamentoso,

ambos e nenhum), intensidade de alívio da dor após tratamento médico (nada, pouco/moderadamente e muito/completamente), tratamento sem indicação médica (sim e não), tratamento sem indicação médica que proporcionou alívio da dor (medicamentoso, não medicamentoso, ambos e nenhum) e intensidade de alívio da dor após tratamento sem indicação médica (nada, pouco/moderadamente e muito/completamente).

3.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após finalização da coleta e conferência e codificação dos impressos, os dados foram duplamente digitados para redução de erros e inconsistências. O programa que viabilizou a digitação dos dados foi o Epi Info[®] versão 3.5.4. Utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.0 para depuração do banco e análise estatística.

Para verificar a associação entre dor crônica em diferentes regiões do corpo e condições/percepções sobre as condições de trabalho, o desfecho “dor crônica musculoesquelética” foi detalhado em três regiões do corpo: membros superiores (ombros, braços e mãos), coluna lombar e membros inferiores (joelhos, pernas e pés). Em seguida procedeu-se à análise bivariada de cada variável dependente com cada condição/percepção sobre as condições de trabalho. A dor na região da cabeça não foi considerada nesta análise pela multiplicidade de fatores causais (sinusite, otite, disfunção de articulação têmporo-mandibular, neuralgia do nervo trigêmeo, algia dentária, enxaqueca etc), dificultando análise de associação com condições específicas de trabalho.

Para comparação das proporções de professores com e sem dor crônica utilizou-se o teste qui-quadrado com correção de Yates, considerando-se que houve diferenças significativas quando $p < 0,05$. Da mesma forma, para comparação da região do corpo com dor crônica que mais incomodou os professores, analisou-se separadamente cada região do corpo (cabeça, coluna lombar, membros superiores e membros inferiores) com a população sem dor, ou seja: população com e sem dor na região da cabeça, população com e sem dor na coluna lombar, população com e

sem dor nos membros superiores e população com e sem dor nos membros inferiores. O professor que referiu ter dor na cabeça, por exemplo, poderia também sentir em outras regiões do corpo, mas não era a que mais incomodava.

Para avaliar o efeito de grupos de variáveis de ajuste, cada associação entre dor crônica em diferentes regiões do corpo e condições/percepções sobre as condições de trabalho foi analisada por meio de três modelos de regressão de Poisson e cálculo da razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%. Todos os modelos tinham como variável dependente a dor crônica, analisada separadamente por região do corpo, e como variável independente apenas uma das condições/percepções sobre as condições de trabalho.

As variáveis de ajuste foram definidas com base na literatura (CARDOSO et al., 2011; CHAIKLIENG; SUGGARAVETSIRI, 2012; CHIU; LAM, 2007; KÄÄRIÄL et al., 2011; YUE; LIU; LI, 2012) e agrupadas segundo suas características em (1) sociodemográficas: sexo (masculino e feminino) e idade (em anos contínuos); (2) de estilo de vida: atividade física semanal (suficiente ≥ 150 minutos; e insuficiente < 150 minutos) (WHO, 2010), IMC (< 25 Kg/m² e ≥ 25 Kg/m²) (WHO, 2017), tabagismo (não e sim), tempo no computador ou assistindo televisão em dias úteis (≤ 75 minutos e > 75 minutos); e (3) comorbidades referidas como diagnosticadas por médico: ansiedade (não e sim) e depressão (não e sim). O tempo no computador e assistindo televisão em dias úteis independeu se foi durante o trabalho ou lazer, pois ele foi considerado como marcador de tempo de tela para estimação de sedentarismo.

Dessa forma, o primeiro modelo ajustou por variáveis sociodemográficas. No segundo modelo, além das anteriores, acrescentaram-se as de estilo de vida. No terceiro modelo, somaram-se as comorbidades. Os grupos de variáveis de ajuste foram progressivamente introduzidos nos modelos apenas quando a associação entre variável dependente (dor) e variável independente principal (condição/percepção sobre as condições de trabalho) se mantivesse estatisticamente significativa ($p < 0,05$) no modelo anterior.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto maior foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEL sob o parecer CAAE nº 01817412.9.0000.5231 (Anexo F). Também houve autorização do Núcleo Regional de Ensino de Londrina (Anexo G) e ciência da Secretaria Municipal de Educação (Anexo H). Todos os professores entrevistados que consentiram com a entrevista assinaram o TCLE (Anexo A).

4 Resultados

4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO

Dos 1.505 docentes com vínculo profissional nas instituições selecionadas, foram excluídos 254 por atuarem apenas em outras modalidades de ensino e 125 por estarem readaptados ou afastados de função, restando 1.126 educadores elegíveis. Desses, caracterizaram-se como perdas 65 professores que se encontravam de licença e não retornaram após 51 dias do início da coleta de dados na escola, 63 que recusaram, 20 que não foram localizados após a quinta tentativa e quatro por não terem registro sobre dor crônica, totalizando 974 docentes. Para esta pesquisa foram excluídos outros nove docentes com tempo de profissão menor que um ano e sete diagnosticados com neoplasia maligna, resultando na população final de 958 professores entrevistados (Figura 2). A existência de dor crônica foi referida por 408 (42,6%) docentes (Figura 3).

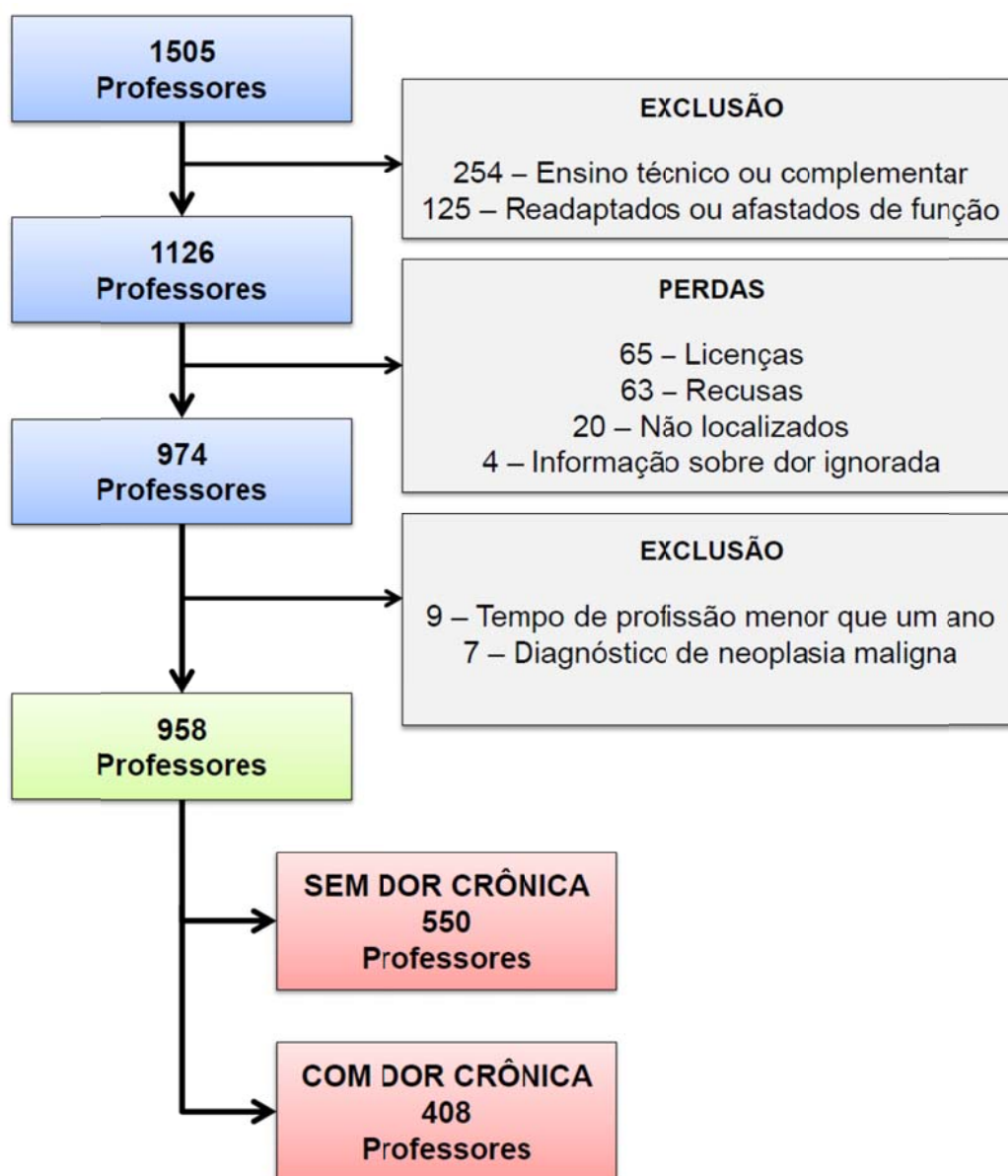
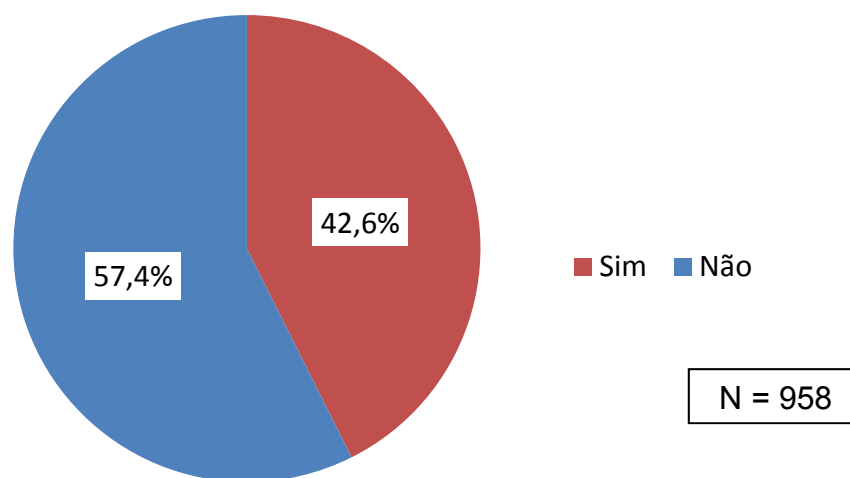
Figura 2. Seleção da população, Londrina (PR), 2012-2013.

Figura 3. Distribuição dos professores conforme presença de dor crônica, Londrina (PR), 2012-2013.



A população desta pesquisa foi composta, em sua maioria, por professores do sexo feminino (68,6%), com idade acima de 40 anos (53,8%) e média de idade de 41,5 anos, que residiam com companheiro (59,7%), que referiram raça/cor branca (74,9%), pós-graduados na modalidade *lato sensu* (73,3%) e com renda familiar mensal de até R\$ 5.000,00 (59,0%) (Tabela 3).

Tabela 3. Características sociodemográficas de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR), 2012-2013.

Características sociodemográficas	População geral	
	N (958)	% (100,0)
Sexo		
Masculino	301	31,4
Feminino	657	68,6
Faixa etária (anos)		
≤ 30	160	16,7
31 a 40	283	29,5
41 a 50	332	34,7
≥ 51	183	19,1
Situação conjugal*		
Com companheiro	567	59,7
Sem companheiro	382	40,3
Raça/cor*		
Branca	710	74,9
Parda/Preta	193	20,4
Amarela/Indígena	45	4,7
Grau de instrução*		
Graduação	117	12,4
<i>Lato Sensu</i>	689	73,3
<i>Stricto Sensu</i>	134	14,3
Renda familiar mensal (reais)*		
≤ 2.000,00	70	7,4
2.001,00 a 5.000,00	490	51,6
≥ 5.001,00	389	41,0

*Excluídos registros com informações ignoradas.

Em relação aos hábitos de vida e características antropométricas, a maioria dos docentes foi classificada como com sobrepeso/obesidade (51,8%), e não praticante de atividade física pelo menos uma vez por semana (52,8%) ou com tempo insuficiente de prática de exercícios físicos (71,9%). Os percentuais de professores que assistiam televisão ou usavam computador em dias úteis por tempo igual ou superior a 75 minutos foram de 36,8% e 57,3%, respectivamente. As prevalências de tabagismo, consumo de álcool (≤ 1 vez/semana, 2 a 6

vezes/semana e diariamente) e consumo diário de café (1 a 3 vezes/dia e > 3 vezes/dia) foram de 7,9%, 49,5% e 67,3%, respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4. Hábitos de vida e características antropométricas de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR), 2012-2013.

Hábitos de vida e características antropométricas	População geral	
	N (958)	% (100,0)
Índice de Massa Corporal (IMC)*		
Normal/Desnutrido	458	48,2
Sobrepeso/Obesidade	493	51,8
Realização de atividade física (≥ 1 vez/semana)		
Sim	452	47,2
Não	506	52,8
Tempo realizando atividade física semanal (minutos)		
< 150 (Insuficiente)	689	71,9
≥ 150 (Suficiente)	269	28,1
Tempo assistindo televisão em dias úteis (minutos)		
≤ 75	605	63,2
> 75	353	36,8
Tempo no computador em dias úteis (minutos)*		
≤ 75	408	42,7
> 75	547	57,3
Tabagismo		
Fumante	76	7,9
Ex-fumante	120	12,5
Não fumante	762	79,6
Consumo de álcool		
Não consome	484	50,5
≤ 1 vez/semana	376	39,2
2 a 6 vezes/semana	90	9,4
Diariamente	8	0,9
Consumo de café		
Não consome	141	14,7
1 a 3 vezes/semana	104	10,8
4 a 6 vezes/semana	69	7,2
1 a 3 vezes/dia	445	46,5
> 3 vezes/dia	199	20,8

*Excluídos registros com informações ignoradas.

Quanto às condições de trabalho, prevaleceram professores com vínculo estatutário (68,9%), com experiência profissional de três anos e um mês a 10 anos (36,1%), que se sentiam realizados profissionalmente (44,5%), que trabalhavam em pelo menos dois locais diferentes (73,2%) e em dois turnos do dia (64,2%), e com carga horária semanal superior a 30 horas (72,1%), sendo que 43,1% dos docentes despendiam esse tempo em assistência direta ao aluno (Tabela 5).

Tabela 5. Condições de trabalho de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR), 2012-2013.

Condições de trabalho	População geral	
	N (958)	% (100,0)
Vínculo empregatício		
Não estatutário	298	31,1
Estatutário	660	68,9
Tempo de profissão		
≤ 3 anos	100	10,4
3 anos e 1 mês a 10 anos	346	36,1
10 anos e 1 mês a 20 anos	269	28,1
> 20 anos	243	25,4
Realização profissional		
Não	199	20,8
Parcialmente	332	34,7
Sim	427	44,5
Número de locais de trabalho		
Um	257	26,8
Dois	414	43,2
Três ou mais	287	30,0
Número de turnos de trabalho		
Um	181	18,9
Dois	615	64,2
Três	162	16,9
Carga horária semanal de trabalho (horas)		
≤ 20	154	16,1
21 a 30	113	11,8
31 a 40	484	50,5
> 40	207	21,6
Carga horária semanal diretamente com alunos (horas)*		
≤ 20	225	23,6
21 a 30	318	33,3
31 a 40	344	36,1
> 40	67	7,0

*Excluídos registros com informações ignoradas.

Das percepções sobre as condições de trabalho apresentadas na tabela 6, ressaltam-se aquelas classificadas pelos docentes como “ruim/regular”: quantidade de alunos por sala de aula (68,4%) e infraestrutura da escola para descanso e preparo de atividades (52,5%). Já para a percepção de que algumas condições afetam seu trabalho, destacaram-se exposição a ruídos dentro da sala de aula (94,9%), condições para carregar o material didático (73,2%), tempo que permanece em pé (85,0%), condições para escrever no quadro (78,4%), posição do corpo em relação ao mobiliário e equipamentos (70,0%) e ritmo e intensidade do trabalho (88,1%).

Tabela 6. Percepções sobre as condições de trabalho de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR), 2012-2013.

Percepções sobre as condições de trabalho	População geral	
	N (958)	% (100,0)
Relacionamento com superiores		
Ruim/Regular	74	7,7
Bom/Excelente	884	92,3
Relacionamento com colegas		
Ruim/Regular	37	3,8
Bom/Excelente	921	96,2
Relacionamento com alunos		
Ruim/Regular	99	10,3
Bom/Excelente	859	89,7
Motivação para chegar ao trabalho		
Ruim/Regular	183	19,1
Bom/Excelente	775	80,9
Equilíbrio entre vida pessoal e profissional		
Ruim/Regular	271	28,3
Bom/Excelente	687	71,7
Quantidade de alunos por sala de aula		
Ruim/Regular	656	68,4
Bom/Excelente	302	31,6
Infraestrutura da escola para descanso e preparo de atividades*		
Ruim/Regular	503	52,5
Bom/Excelente	454	47,5

*Excluídos registros com informações ignoradas.

Continuação.

Percepções sobre as condições de trabalho	População geral	
	N (958)	% (100,0)
Exposição a ruídos dentro da sala de aula		
Não afeta o trabalho	49	5,1
Afeta o trabalho	909	94,9
Condições para carregar o material didático		
Não afeta o trabalho	257	26,8
Afeta o trabalho	701	73,2
Condições para carregar o material audiovisual*		
Não afeta o trabalho	422	44,1
Afeta o trabalho	535	55,9
Tempo em que permanece em pé		
Não afeta o trabalho	144	15,0
Afeta o trabalho	814	85,0
Condições para escrever no quadro		
Não afeta o trabalho	207	21,6
Afeta o trabalho	751	78,4
Posição do corpo em relação ao mobiliário e equipamentos		
Não afeta o trabalho	287	30,0
Afeta o trabalho	671	70,0
Ritmo e intensidade do seu trabalho		
Não afeta o trabalho	114	11,9
Afeta o trabalho	844	88,1

*Excluídos registros com informações ignoradas.

Dor crônica foi mais frequente entre mulheres (47,6%; $p < 0,001$), na faixa etária acima de 40 anos (46,8%; $p = 0,043$) e entre aqueles que referiram raça/cor branca (43,9%) e amarela/indígena (53,3%) ($p = 0,042$). Não houve diferença significativa nas frequências das variáveis situação conjugal, grau de instrução e renda familiar mensal (Tabela 7).

Tabela 7. Características sociodemográficas de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR) conforme presença de dor crônica, 2012-2013.

Características sociodemográficas	População geral	SEM dor crônica		COM dor crônica	
	N (958)	n (550)	% (57,4)	n (408)	% (42,6)
Sexo[†]					
Masculino	301	206	68,4	95	31,6
Feminino	657	344	52,4	313	47,6
Faixa etária (anos)**					
≤ 30	160	101	63,1	59	36,9
31 a 40	283	175	61,8	108	38,2
41 a 50	332	176	53,0	156	47,0
≥ 51	183	98	53,6	85	46,4
Situação conjugal*					
Com companheiro	567	320	56,4	247	43,6
Sem companheiro	382	225	58,9	157	41,1
Raça/cor***					
Branca	710	398	56,1	312	43,9
Parda/Preta	193	124	64,2	69	35,8
Amarela/Indígena	45	21	46,7	24	53,3
Grau de instrução*					
Graduação	117	71	60,7	46	39,3
<i>Lato Sensu</i>	689	389	56,5	300	43,5
<i>Stricto Sensu</i>	134	80	59,7	54	40,3
Renda familiar mensal (reais)*					
≤ 2.000,00	70	38	54,3	32	45,7
2.001,00 a 5.000,00	490	273	55,7	217	44,3
≥ 5.001,00	389	234	60,2	155	39,8

*Excluídos registros com informações ignoradas.

** $p < 0,05$; [†] $p < 0,001$.

Quanto aos hábitos de vida e características antropométricas, observou-se prevalência discretamente superior de dor crônica em professores com IMC classificado como sobrepeso/obesidade (43,8%), uso de tabaco (47,4%) e consumo de café de quatro a seis vezes por semana (47,8%). Houve diferença estatística significativa entre os grupos com e sem dor crônica nas variáveis realização de atividade física pelo menos uma vez na semana ($p = 0,049$), tempo realizando atividade física semanal ($p = 0,006$) e consumo de álcool ($p = 0,011$) (Tabela 8).

Tabela 8. Hábitos de vida e características antropométricas de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR) conforme presença de dor crônica, 2012-2013.

Hábitos de vida e características antropométricas	População geral	SEM dor crônica		COM dor crônica	
	N (958)	n (550)	% (57,4)	n (408)	% (42,6)
Índice de Massa Corporal (IMC)*					
Normal/Desnutrido	458	269	58,7	189	41,3
Sobrepeso/Obesidade	493	278	56,2	217	43,8
Realização de atividade física (≥ 1 vez/semana)**					
Sim	452	275	60,8	177	39,2
Não	506	275	54,3	231	45,7
Tempo realizando atividade física semanal (minutos)**					
< 150 (Insuficiente)	689	376	54,6	313	45,4
≥ 150 (Suficiente)	269	174	64,7	95	35,3
Tempo assistindo televisão em dias úteis (minutos)					
≤ 75	605	362	59,8	243	40,2
> 75	353	188	53,3	165	46,7
Tempo no computador em dias úteis (minutos)*					
≤ 75	408	226	55,4	182	44,6
> 75	547	323	59,0	224	41,0
Tabagismo					
Fumante	76	40	52,6	36	47,4
Ex-fumante	120	67	55,8	53	44,2
Não fumante	762	443	58,1	319	41,9
Consumo de álcool**					
Não consome	484	258	53,3	226	46,7
≤ 1 vez/semana	376	234	62,2	142	37,8
2 a 6 vezes/semana	90	53	58,9	37	41,1
Diariamente	8	5	62,5	3	37,5
Consumo de café					
Não consome	141	85	60,3	56	39,7
1 a 3 vezes/semana	104	70	67,3	34	32,7
4 a 6 vezes/semana	69	36	52,2	33	47,8
1 a 3 vezes/dia	445	248	55,7	197	44,3
> 3 vezes/dia	199	111	55,8	88	44,2

*Excluídos registros com informações ignoradas.

** $p < 0,05$.Nota: Para consumo de álcool calculou-se valor de p entre consumidores e não consumidores.

Das comorbidades referidas como diagnosticadas por médico, em professores com dor crônica destacaram-se, com prevalências significativamente superiores aos professores sem dor crônica: enxaqueca (31,1%; $p < 0,001$), ansiedade (28,9%; $p < 0,001$), sinusite (23,5%; $p < 0,001$), depressão (19,1%; $p < 0,001$), hipertensão arterial (18,6%; $p = 0,010$), artrite/artrose/reumatismo (15,4%; $p < 0,001$) e insônia (12,7%; $p < 0,001$) (Tabela 9).

Tabela 9. Prevalência de comorbidades em professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR) conforme a presença de dor crônica, 2012-2013.

Comorbidades*	População geral (N=958)		SEM dor crônica (n=550)		COM dor crônica (n=408)	
	N	%	n	%	n	%
Enxaqueca [†]	177	18,5	50	9,1	127	31,1
Ansiedade [†]	218	22,8	100	18,2	118	28,9
Sinusite [†]	167	17,4	71	12,9	96	23,5
Depressão [†]	142	14,8	64	11,6	78	19,1
Hipertensão arterial**	144	15,0	68	12,4	76	18,6
Artrite/Artrose/Reumatismo [†]	81	8,5	18	3,3	63	15,4
Insônia [†]	81	8,5	29	5,3	52	12,7
Diabetes	41	4,3	19	3,5	22	5,4
Obesidade	43	4,5	22	4,0	21	5,1
Osteoporose	15	1,6	7	1,3	8	2,0

*Excluídos registros com informações ignoradas.

** $p < 0,05$; [†] $p < 0,001$.

A dor crônica prevaleceu na população com vínculo empregatício tipo estatutário (45,3%; $p = 0,013$) e na com tempo de atuação como professor acima de 20 anos (52,3%; $p = 0,003$). Não houve diferença estatística significativa nas proporções das variáveis sentir-se realizado profissionalmente, número de locais e turnos de trabalho e carga horária semanal total ou com alunos (Tabela 10).

Tabela 10. Condições de trabalho de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR) conforme presença de dor crônica, 2012-2013.

Condições de trabalho	População geral	SEM dor crônica		COM dor crônica	
	N (958)	n (550)	% (57,4)	n (408)	% (42,6)
Vínculo empregatício**					
Não estatutário	298	189	63,4	109	36,6
Estatutário	660	361	54,7	299	45,3
Tempo de profissão**					
≤ 3 anos	100	61	61,0	39	39,0
3 anos e 1 mês a 10 anos	346	218	63,0	128	37,0
10 anos e 1 mês a 20 anos	269	155	57,6	114	42,4
> 20 anos	243	116	47,7	127	52,3
Realização profissional					
Não	199	101	50,8	98	49,2
Parcialmente	332	193	58,1	139	41,9
Sim	427	256	60,0	171	40,0
Número de locais de trabalho					
Um	257	130	50,6	127	49,4
Dois	414	242	58,5	172	41,5
Três ou mais	287	178	62,0	109	38,0
Número de turnos de trabalho					
Um	181	111	61,3	70	38,7
Dois	615	349	56,7	266	43,3
Três	162	90	55,6	72	44,4
Carga horária semanal de trabalho (horas)					
≤ 20	154	93	60,4	61	39,6
21 a 30	113	70	61,9	43	38,1
31 a 40	484	262	54,1	222	45,9
> 40	207	125	60,4	82	39,6
Carga horária semanal diretamente com alunos (horas)*					
≤ 20	225	133	59,1	92	40,9
21 a 30	318	183	57,5	135	42,5
31 a 40	344	191	55,5	153	44,5
> 40	67	42	62,7	25	37,3

*Excluídos registros com informações ignoradas.

** $p < 0,05$.

A tabela 11 mostra as percepções sobre as condições de trabalho docente. A dor crônica foi mais frequente em professores cuja classificação quanto à percepção foi “ruim/regular” nas variáveis: motivação para chegar ao trabalho (50,3%; $p = 0,037$), equilíbrio entre vida pessoal e profissional (52,8%; $p < 0,001$), quantidade de alunos por sala de aula (44,8%; $p = 0,047$) e infraestrutura para descanso e preparo das atividades (46,3%, $p = 0,018$). Houve maior prevalência de dor crônica entre professores que percebiam que as seguintes condições afetavam seu trabalho: condições para carregar o material didático (47,1%; $p < 0,001$), tempo em que permanece em pé (45,6%; $p < 0,001$), condições para escrever no quadro (47,3%; $p < 0,001$), posição do corpo em relação ao mobiliário e equipamentos (45,8%; $p = 0,031$) e ritmo e intensidade do seu trabalho (44,4%; $p = 0,002$).

Tabela 11. Percepções sobre as condições de trabalho de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR) conforme presença de dor crônica, 2012-2013.

Percepções sobre as condições de trabalho	População geral	SEM dor crônica		COM dor crônica	
	N (958)	n (550)	% (57,4)	n (408)	% (42,6)
Relacionamento com superiores					
Ruim/Regular	74	39	52,7	35	47,3
Bom/Excelente	884	511	57,8	373	42,2
Relacionamento com colegas					
Ruim/Regular	37	22	59,5	15	40,5
Bom/Excelente	921	528	57,3	393	42,7
Relacionamento com alunos					
Ruim/Regular	99	61	61,6	38	38,4
Bom/Excelente	859	489	56,9	370	43,1
Motivação para chegar ao trabalho**					
Ruim/Regular	183	91	49,7	92	50,3
Bom/Excelente	775	317	40,9	458	59,1
Equilíbrio entre vida pessoal e profissional[†]					
Ruim/Regular	271	128	47,2	143	52,8
Bom/Excelente	687	422	61,4	265	38,6
Quantidade de alunos por sala de aula**					
Ruim/Regular	656	362	55,2	294	44,8
Bom/Excelente	302	188	62,3	114	37,7

*Excluídos registros com informações ignoradas.

** $p < 0,05$; [†] $p < 0,001$.

Continuação.

Percepções sobre as condições de trabalho	População geral	SEM dor crônica		COM dor crônica	
	N (958)	n (550)	% (57,4)	n (408)	% (42,6)
Infraestrutura da escola para descanso e preparo de atividades***					
Ruim/Regular	503	270	53,7	233	46,3
Bom/Excelente	454	279	61,5	175	38,5
Exposição a ruídos dentro da sala de aula					
Não afeta o trabalho	49	33	67,3	16	32,7
Afeta o trabalho	909	517	56,9	392	43,1
Condições para carregar o material didático†					
Não afeta o trabalho	257	179	69,6	78	30,4
Afeta o trabalho	701	371	52,9	330	47,1
Condições para carregar o material audiovisual*					
Não afeta o trabalho	422	257	60,9	165	39,1
Afeta o trabalho	535	292	54,6	243	45,4
Tempo em que permanece em pé†					
Não afeta o trabalho	144	107	74,3	37	25,7
Afeta o trabalho	814	443	54,4	371	45,6
Condições para escrever no quadro†					
Não afeta o trabalho	207	154	74,4	53	25,6
Afeta o trabalho	751	396	52,7	355	47,3

*Excluídos registros com informações ignoradas.

** $p < 0,05$; † $p < 0,001$.

Continuação.

Percepções sobre as condições de trabalho	População geral	SEM dor crônica		COM dor crônica	
	N (958)	n (550)	% (57,4)	n (408)	% (42,6)
Posição do corpo em relação ao mobiliário e equipamentos**					
Não afeta o trabalho	287	186	64,8	101	35,2
Afeta o trabalho	671	364	54,2	307	45,8
Ritmo e intensidade do seu trabalho**					
Não afeta o trabalho	114	81	71,1	33	28,9
Afeta o trabalho	844	469	55,6	375	44,4

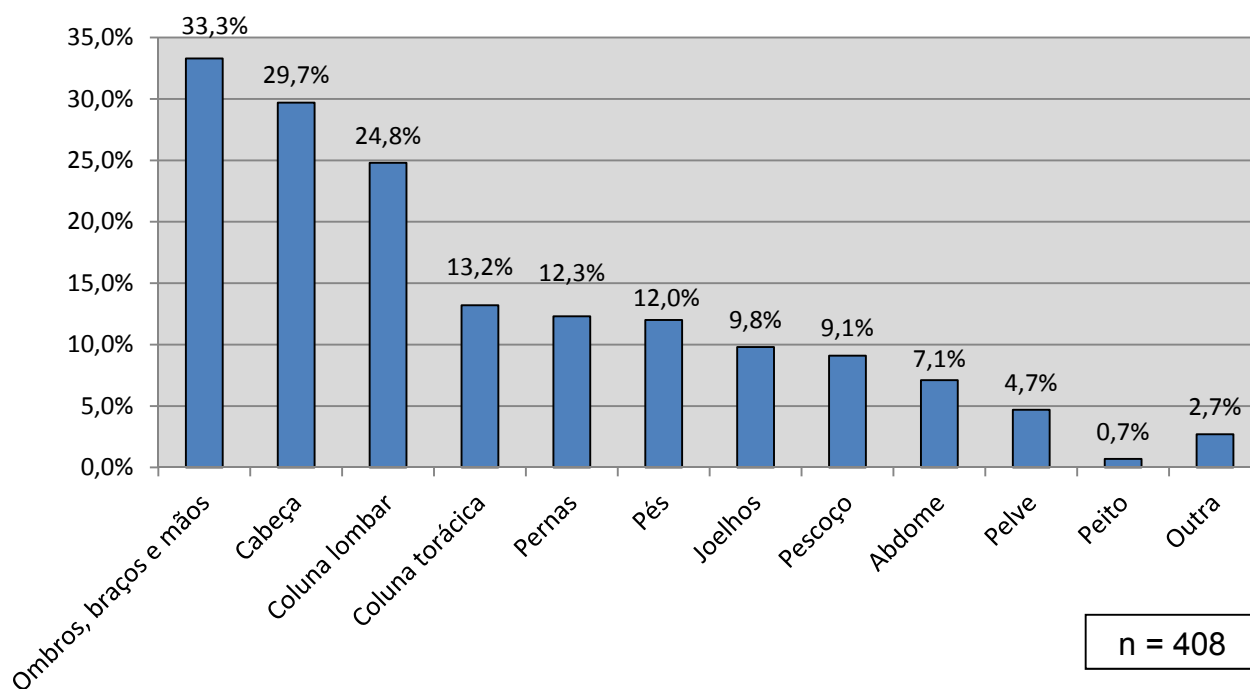
*Excluídos registros com informações ignoradas.

** $p < 0,05$; † $p < 0,001$.

4.2 DOR CRÔNICA E CONDIÇÕES DE TRABALHO

As regiões do corpo acometidas pela dor crônica estão ilustradas na figura 4. Destacaram-se ombros, braços e mãos (136; 33,3%), cabeça (121; 29,7%) e coluna lombar (101; 24,8%). Membros inferiores (pernas, joelhos e pés) somaram 34,1%. Na população geral de professores, as principais prevalências de dor crônica por região do corpo foram de 14,2% nos membros superiores, 12,8% nos membros inferiores e 10,5% na coluna lombar.

Figura 4. Distribuição anatômica de sintomas dolorosos em professores da rede estadual de ensino, Londrina (PR), 2012-2013.



Para melhor compreensão de como algumas condições de trabalho podem associar-se com o local da dor crônica, optou-se por separar as análises conforme regiões do corpo mais afetadas: membros superiores (Tabela 12), coluna lombar (Tabela 13) e membros inferiores (Tabela 14).

Na tabela 12 observa-se a relação entre cada condição/percepção sobre as condições de trabalho e dor crônica em membros superiores, conforme inclusão de grupos de variáveis de ajuste. Na análise bruta, as únicas variáveis independentes que não se associaram significativamente a essa dor foram número de turnos, carga horária semanal e percepção de que as condições para carregar o material audiovisual afetavam o trabalho. Após ajuste por sexo e idade (Modelo 1), a associação com tempo de profissão perdeu significância estatística. Permaneceram significativos até o modelo final as variáveis percepções sobre equilíbrio entre vida profissional e pessoal, quantidade de alunos em sala de aula, condições para carregar o material didático, tempo que permanecia em pé, condições para escrever no quadro e posição do corpo em relação ao mobiliário e equipamentos. Observou-se menor prevalência de dor crônica musculoesquelética em membros superiores entre professores com dois ou mais vínculos de trabalho. Destaca-se que a variável com maior magnitude de associação foi a percepção sobre as condições para escrever no quadro (RP = 5,72).

Tabela 12. Associação entre condições/percepções sobre as condições de trabalho e dor crônica em membros superiores de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR), 2012-2013.

Condições/Percepções sobre as condições de trabalho	RP bruta (IC95%)	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Tempo de profissão > 20 anos	1,55 (1,13-2,15)**	1,19 (0,82-1,73)		
Nº de vínculos de trabalho ≥ 2	0,53 (0,39-0,71)†	0,61 (0,44-0,83)**	0,59 (0,42-0,82)**	0,59 (0,42-0,82)**
Nº de turnos de trabalho ≥ 2	0,83 (0,57-1,20)			
Carga horária semanal > 40 horas	0,78 (0,52-1,18)			
Percepção sobre o equilíbrio profissional e pessoal regular/ruim	1,48 (1,08-2,04)*	1,54 (1,12-2,11)**	1,49 (1,08-2,06)*	1,45 (1,05-2,02)*
Percepção sobre a quantidade de alunos por sala de aula regular/ruim	2,52 (1,61-3,93)†	2,45 (1,58-3,81)†	2,41 (1,55-3,76)†	2,40 (1,54-3,72)†
Percepção sobre as condições para carregar material didático afetando o trabalho	2,75 (1,66-4,54)†	2,51 (1,50-4,19)†	2,47 (1,47-4,13)**	2,50 (1,50-4,17)†
Percepção sobre as condições para carregar material audiovisual afetando o trabalho	1,28 (0,93-1,77)			
Percepção sobre o tempo que permanece em pé afetando o trabalho	2,25 (1,21-4,19)**	2,11 (1,13-3,91)*	2,10 (1,14-3,87)*	2,09 (1,12-3,87)*
Percepção sobre as condições para escrever no quadro afetando o trabalho	5,98 (2,68-13,35)†	5,87 (2,64-13,05)†	5,77 (2,59-12,83)†	5,72 (2,56-12,78)†
Percepção sobre a posição do corpo em relação ao mobiliário e equipamentos afetando o trabalho	1,59 (1,08-2,34)*	1,58 (1,07-2,32)*	1,56 (1,06-2,29)*	1,54 (1,05-2,26)*

*p<0,05; **p<0,01; †p<0,001; **Regressão de Poisson: Modelo 1** (sexo e idade); **Modelo 2** (Modelo 1 + atividade física, IMC, fumo, tempo no computador e tempo assistindo televisão em dias úteis); **Modelo 3** (Modelo 2 + ansiedade e depressão).

A relação entre dor crônica na coluna lombar e condições/percepções sobre as condições de trabalho está discriminada na tabela 13. Entre as variáveis que os professores percebiam como afetando o trabalho, somente percepção sobre as condições para escrever no quadro e posição do corpo em relação ao mobiliário e equipamentos apresentaram significância estatística na análise bruta. Essa última, após ser ajustada por ansiedade e depressão no modelo final, perdeu a significância, permanecendo apenas a percepção sobre condições para escrever no quadro como associada à dor na coluna lombar.

Tabela 13. Associação entre condições/percepções sobre as condições de trabalho e dor crônica na coluna lombar de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR), 2012-2013.

Condições/Percepções sobre as condições de trabalho	RP bruta (IC95%)	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Tempo de profissão > 20 anos	1,30 (0,88-1,94)			
Nº de vínculos de trabalho ≥ 2	0,84 (0,56-1,25)			
Nº de turnos de trabalho ≥ 2	1,25 (0,75-2,08)			
Carga horária semanal > 40 horas	1,31 (0,75-2,29)			
Percepção sobre o equilíbrio profissional e pessoal regular/ruim	1,41 (0,96-2,07)			
Percepção sobre a quantidade de alunos por sala de aula regular/ruim	0,91 (0,61-1,34)			
Percepção sobre as condições para carregar material didático afetando o trabalho	1,58 (0,98-2,55)			
Percepção sobre as condições para carregar material audiovisual afetando o trabalho	1,21 (0,83-1,76)			
Percepção sobre o tempo que permanece em pé afetando o trabalho	1,33 (0,75-2,36)			
Percepção sobre as condições para escrever no quadro afetando o trabalho	2,51 (1,33-4,74)**	2,59 (1,37-4,90)**	2,48 (1,32-4,68)**	2,41 (1,27-4,56)**
Percepção sobre a posição do corpo em relação ao mobiliário e equipamentos afetando o trabalho	1,63 (1,03-2,58)*	1,65 (1,04-2,62)*	1,62 (1,02-2,57)*	1,58 (0,99-2,52)

*p<0,05; **p<0,01; †p<0,001; **Regressão de Poisson: Modelo 1** (sexo e idade); **Modelo 2** (Modelo 1 + atividade física, IMC, fumo, tempo no computador e tempo assistindo televisão em dias úteis); **Modelo 3** (Modelo 2 + ansiedade e depressão).

Quanto à associação entre dor crônica em membros inferiores e condições/percepções sobre as condições de trabalho (Tabela 14), verificou-se que o número de vínculos deixou de ser estatisticamente significativo após ser ajustado por sexo e idade (Modelo 1). O tempo de profissão apresentou redução da RP após ajuste por variáveis do modelo 1, porém permaneceu com significância até o modelo final. A prevalência de dor em membros inferiores foi quase quatro vezes maior entre os que consideravam que o tempo de permanência em pé afetava o trabalho. A percepção sobre o equilíbrio entre a vida profissional e pessoal também permaneceu significativo até o modelo final.

Tabela 14. Associação entre condições/percepções sobre as condições de trabalho e dor crônica em membros inferiores de professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR), 2012-2013.

Condições/Percepções sobre as condições de trabalho	RP bruta (IC95%)	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Tempo de profissão > 20 anos	2,38 (1,72-3,29) [†]	1,70 (1,12-2,58) [*]	1,71 (1,12-2,62) [*]	1,70 (1,11-2,60) [*]
Nº de vínculos de trabalho ≥ 2	0,67 (0,47-0,93) [*]	0,81 (0,58-1,13)		
Nº de turnos de trabalho ≥ 2	0,92 (0,61-1,39)			
Carga horária semanal > 40 horas	0,88 (0,58-1,34)			
Percepção sobre o equilíbrio profissional e pessoal regular/ruim	1,42 (1,01-2,00) [*]	1,61 (1,15-2,25) ^{**}	1,68 (1,20-2,36) ^{**}	1,65 (1,18-2,33) ^{**}
Percepção sobre a quantidade de alunos por sala de aula regular/ruim	1,20 (0,83-1,74)			
Percepção sobre as condições para carregar material didático afetando o trabalho	1,37 (0,91-2,06)			
Percepção sobre as condições para carregar material audiovisual afetando o trabalho	1,24 (0,88-1,74)			
Percepção sobre o tempo que permanece em pé afetando o trabalho	4,22 (1,76-10,15) [†]	4,28 (1,76-10,41) ^{**}	4,55 (1,88-11,05) ^{**}	4,49 (1,84-10,93) ^{**}
Percepção sobre as condições para escrever no quadro afetando o trabalho	1,34 (0,86-2,09)			
Percepção sobre a posição do corpo em relação ao mobiliário e equipamentos afetando o trabalho	1,46 (0,98-2,18)			

*p<0,05; **p<0,01; †p<0,001; **Regressão de Poisson: Modelo 1** (sexo e idade); **Modelo 2** (Modelo 1 + atividade física, IMC, fumo, tempo no computador e tempo assistindo televisão em dias úteis); **Modelo 3** (Modelo 2 + ansiedade e depressão).

4.3 CARACTERÍSTICAS DA DOR CRÔNICA QUE MAIS INCOMODA

Dos 408 professores com dor crônica, seis não souberam definir em qual local do corpo se situava a dor que mais incomodava, restando 402 docentes. Essa exclusão foi necessária porque as perguntas subsequentes eram direcionadas à apenas uma região do corpo, dificultando a resposta quando a dor que mais incomodava localizava-se em mais de um local específico. As regiões reportadas como as que apresentavam dor que mais incomodava foram membros superiores (94; 23,4%), cabeça (91; 22,6%), membros inferiores (72; 17,9%) e coluna lombar (64; 15,9%), as quais serão analisadas detalhadamente a seguir.

Comparativamente à população geral e à população sem dor, dores na cabeça (87,9%; $p < 0,001$) e nos membros superiores (81,9%; $p = 0,005$) foram mais frequentes em mulheres, enquanto dor na coluna lombar destacou-se no sexo masculino (43,7%; $p = 0,039$). Dor em membros inferiores foi proporcionalmente maior em professores acima de 50 anos (30,6%; $p = 0,030$) e naqueles com IMC classificado como sobrepeso/obesidade (71,8%; $p < 0,001$) (Tabela 15).

Tabela 15. Características demográficas e hábitos de vida dos professores conforme a região do corpo com dor crônica que mais incomoda, Londrina (PR), 2012-2013.

Características demográficas e hábitos de vida*	População (N=958)		População sem dor (n=550)		Regiões							
					Membros superiores (n=94)		Cabeça (n=91)		Membros inferiores (n=72)		Coluna lombar (n=64)	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo												
Masculino	301	31,4	206	37,5	17	18,1	11	12,1	24	33,3	28	43,7**
Feminino	657	68,6	344	62,5	77	81,9**	80	87,9 [†]	48	66,7	36	56,3
Faixa etária (anos)												
≤ 30	160	16,7	101	18,4	11	11,7	13	14,3	11	15,3	9	14,1
31 a 40	283	29,5	175	31,8	23	24,5	29	31,9	13	18,0	15	23,4
41 a 50	332	34,7	176	32,0	38	40,4	36	39,5	26	36,1	29	45,3
≥ 51	183	19,1	98	17,8	22	23,4	13	14,3	22	30,6**	11	17,2
Índice de Massa Corporal (IMC)												
Desnutrição/Eutrófico	458	48,2	269	49,2	45	47,3	53	58,2	20	28,2	23	35,9
Sobrepeso/Obesidade	493	51,8	278	50,8	49	52,1	38	41,8	51	71,8 [†]	41	64,1
Atividade física												
Suficientemente ativo	269	28,1	174	31,6	19	20,2	17	18,7	25	34,7	13	20,3
Insuficientemente ativo	157	16,4	90	16,4	13	13,8	15	16,5	11	15,3	10	15,6
Inativo	532	55,5	286	52,0	62	66,0	59	64,8	36	50,0	41	64,1

[†] Excluídos registros com informações ignoradas.

** $p < 0,05$; [†] $p < 0,001$.

Entre os professores que referiram que a dor que mais incomodava era na cabeça, elevado percentual referiu que essa dor durava mais de 10 anos (46,2%), a maioria com frequência de ocorrência semanal (51,1%) e de intensidade intensa a insuportável (65,9%). Os professores com dor mais incômoda em membros superiores e inferiores afirmaram existência dessa dor principalmente entre seis meses e cinco anos (71,3% e 72,3%, respectivamente), com frequência diária e de intensidade moderada a insuportável. Aqueles docentes que referiram dor mais incômoda na coluna lombar reportaram duração principalmente até dois anos (31,3%), com episódio álgico diário a semanal e de intensidade moderada. Dor na região da cabeça foi, proporcionalmente, a mais referida como interferindo no lazer e no trabalho dos professores. Dor nos membros superiores e inferiores dificultaram o sono dos docentes em maior proporção (Tabela 16).

Tabela 16. Características e consequências da dor crônica que mais incomoda professores conforme região do corpo, Londrina (PR), 2012-2013.

Características e consequências da dor*	Regiões							
	Membros superiores (n=94)		Cabeça (n=91)		Membros inferiores (n=72)		Coluna lombar (n=64)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tempo da dor								
6 meses a 2 anos	31	33,0	9	9,8	30	41,7	20	31,3
Mais de 2 anos até 5 anos	36	38,3	15	16,5	22	30,6	13	20,3
Mais de 5 anos até 10 anos	17	18,1	25	27,5	14	19,4	13	20,3
Mais de 10 anos	10	10,6	42	46,2	6	8,3	18	28,1
Frequência da dor								
Diária	51	54,3	12	13,3	44	65,7	26	40,6
Semanal	32	34,0	46	51,1	17	25,3	29	45,3
Esporádica	11	11,7	32	35,6	6	9,0	9	14,1
Intensidade da dor								
Leve	8	8,5	8	8,8	13	18,4	13	20,3
Moderada	42	44,7	23	25,3	29	40,8	28	43,8
Intensa/Insuportável	44	46,8	60	65,9	29	40,8	23	35,9
Interferência da dor no lazer								
Nada	8	8,6	2	2,2	6	8,4	5	7,8
Pouco/Moderadamente	48	51,6	41	45,1	33	45,8	38	59,4
Muito/Completamente	37	39,8	48	52,7	33	45,8	21	32,8
Interferência da dor no trabalho								
Nada	5	5,3	3	3,3	7	9,7	5	8,0
Pouco/Moderadamente	43	45,8	41	45,1	50	69,5	46	73,0
Muito/Completamente	46	48,9	47	51,6	15	20,8	12	19,0
Dificuldade de dormir por dor								
Não	42	44,7	48	52,7	31	43,1	31	48,4
Sim	52	55,3	43	47,3	41	56,9	33	51,6

Excluídos registros com informações ignoradas.

O percentual de faltas ao trabalho por motivo de saúde foi maior entre educadores com dor, independente da região analisada, em relação à população geral e àqueles sem dor. Professores que referiram dor que mais incomodava na região da cabeça apresentaram maior frequência de afastamento do trabalho entre um e sete dias, enquanto para dor na coluna lombar foi acima de 30 dias comparativamente à população sem dor. Quanto à capacidade para o trabalho considerando as exigências físicas, observou-se maior proporção de respostas “baixa/muito baixa” nos educadores com dor crônica em membros superiores, sendo a única variável com significância estatística (14,9%; $p < 0,001$). Houve maior proporção de professores com dor na cabeça que refeririam capacidade para o trabalho quanto às exigências mentais “baixa/muito baixa” em comparação aos professores com dores em outras regiões do corpo, porém sem significância estatística (Tabela 17).

Tabela 17. Absenteísmo e capacidade para o trabalho de professores conforme a região do corpo com dor crônica que mais incomoda, Londrina (PR), 2012-2013.

Absentismo e capacidade para o trabalho*	População (N=958)		População sem dor (n=550)		Regiões							
					Membros superiores (n=94)		Cabeça (n=91)		Membros inferiores (n=72)		Coluna lombar (n=64)	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Falta ao trabalho por problemas de saúde												
Não	461	48,2	294	53,5	37	39,4	37	40,7	29	40,3	26	40,6
Sim	496	51,8	256	46,5	57	60,6	54	59,3	43	59,7	37	58,7
Tempo de afastamento do trabalho por problemas de saúde (dias)**												
1 a 7	368	74,3	195	76,2	40	70,2	43	81,1	31	72,1	25	67,6
8 a 30	85	17,2	45	17,6	10	17,5	7	13,2	9	20,9	5	13,5
> 30	42	8,5	16	6,2	7	12,3	3	5,7	3	7,0	7	18,9
Capacidade para o trabalho quanto às exigências físicas												
Muito boa/Boa	577	60,2	383	69,6	31	33,0	52	57,1	39	54,2	32	50,0
Moderada	316	33,0	141	25,6	49	52,1	33	36,3	25	34,7	25	39,1
Baixa/Muito baixa	65	6,8	26	4,8	14	14,9 [‡]	6	6,6	8	11,1	7	10,9
Capacidade para o trabalho quanto às exigências mentais												
Muito boa/Boa	670	69,9	396	72,0	67	71,3	58	63,7	58	80,6	45	70,3
Moderada	228	23,8	126	22,9	21	22,3	23	25,3	10	13,9	16	25,0
Baixa/Muito baixa	60	6,3	28	5,1	6	6,4	10	11,0	4	5,5	3	4,7

*Excluídos registros com informações ignoradas.

**Percentual calculado considerando os professores que faltaram ao trabalho por problemas de saúde.

[†] $p < 0,05$; [‡] $p < 0,001$.

A dor crônica em membros superiores foi a que proporcionalmente mais demandou procura médica e tratamento nos 12 meses que antecederam a pesquisa (63,8%). O alívio da dor por meio do uso de medicamentos foi mais citado entre docentes com dor na região da cabeça (70,5%). Para dor em membros inferiores a melhora foi maior quando realizado tratamento não medicamentoso (33,3%). O não alívio da dor após tratamento médico foi verificado com maior frequência em professores com dor na cabeça (15,9%), seguida por professores com dores nos membros inferiores (13,9%) (Tabela 18).

A realização de tratamento sem indicação médica predominou entre educadores com dor de cabeça (56,0%), assim como a automedicação (86,3%). O tratamento sem prescrição médica, para a maioria, aliviou pouco/moderadamente dor nos membros superiores e inferiores, e muito/completamente dor na cabeça (Tabela 18).

Tabela 18. Tratamento da dor crônica que mais incomoda professores conforme região do corpo, Londrina (PR), 2012-2013.

Tratamento da dor*	Regiões								Total	
	Membros superiores (n=94)		Cabeça (n=91)		Membros inferiores (n=72)		Coluna lombar (n=64)			
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Procura médica para tratamento dessa dor nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa										
Não	34	36,2	41	45,6	32	44,4	31	48,4	138	43,1
Sim	60	63,8	49	54,4	40	55,6	33	51,6	182	56,9
Recomendação de tratamento médico**										
Não	4	6,7	5	10,2	4	10,0	4	12,1	17	9,3
Sim	56	93,3	44	89,8	36	90,0	29	87,9	165	90,7
Tratamento médico que proporcionou alívio da dor***										
Medicamentoso	21	37,5	31	70,5	11	30,6	7	24,1	70	42,4
Não medicamentoso	14	25,0	3	6,8	12	33,3	9	31,1	38	23,0
Ambos	18	32,1	2	4,5	9	25,0	11	37,9	40	24,2
Nenhum	3	5,4	8	18,2	4	11,1	2	6,9	17	10,4
Intensidade de alívio da dor após tratamento médico***										
Nada	4	7,2	7	15,9	5	13,9	1	3,5	17	10,3
Pouco/Moderadamente	26	46,4	18	40,9	17	47,2	11	37,9	72	43,6
Muito/Completamente	26	46,4	19	43,2	14	38,9	17	58,6	76	46,1
Tratamento sem indicação médica										
Não	57	60,6	40	44,0	44	61,1	40	62,5	181	56,4
Sim	37	39,4	51	56,0	28	38,9	24	37,5	140	43,6

* Excluídos registros com informações ignoradas.

** Percentual calculado considerando o número de professores que procuraram atendimento médico.

*** Percentual calculado considerando o número de professores que realizaram tratamento recomendado por médico.

† Percentual calculado considerando o número de professores que realizaram tratamento sem indicação médica.

Continuação.

Tratamento da dor*	Regiões								Total	
--------------------	---------	--	--	--	--	--	--	--	-------	--

	Membros superiores (n=94)		Cabeça (n=91)		Membros inferiores (n=72)		Coluna lombar (n=64)		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Tratamento sem indicação médica que proporcionou alívio da dor[†]										
Medicamentoso	26	70,3	44	86,3	20	71,4	17	70,8	107	76,4
Não medicamentoso	7	18,9	6	11,8	6	21,4	6	25,0	25	17,9
Ambos	2	5,4	1	1,9	1	3,6	1	4,2	5	3,6
Nenhum	2	5,4	0	-	1	3,6	0	-	3	2,1
Intensidade de alívio da dor após tratamento sem indicação médica[†]										
Nada	2	5,4	0	-	1	3,6	0	-	3	2,1
Pouco/Moderadamente	23	62,2	22	43,1	17	60,7	12	50,0	74	52,9
Muito/Completamente	12	32,4	29	56,9	10	35,7	12	50,0	63	45,0

*Excluídos registros com informações ignoradas.

**Percentual calculado considerando o número de professores que procuraram atendimento médico.

***Percentual calculado considerando o número de professores que realizaram tratamento recomendado por médico.

[†]Percentual calculado considerando o número de professores que realizaram tratamento sem indicação médica.

5 *Discussão*

5.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS E METODOLÓGICAS

Este estudo teve como principal objetivo analisar a dor crônica e sua associação com percepções e condições de trabalho de professores e, também, caracterizar a dor que mais os incomodavam e possíveis consequências dessa dor. A presente investigação acrescenta análises em relação a outro conduzido anteriormente na mesma população (SILVA, 2014), que investigou a dor crônica (em qualquer parte do corpo) com enfoque nas diferenças entre os sexos em relação a fatores sociodemográficos, de estilo e vida e características profissionais, porém sem análises mais complexas, isto é, sem ajustes por possíveis variáveis de confusão.

Alguns cuidados metodológicos foram observados para garantir a validade interna dos resultados. A construção coletiva do instrumento de coleta de dados visou garantir seu aprimoramento, dividindo-o em formulário e questionário, em que nesse último os dados eram respondidos pelo próprio pesquisado, podendo o entrevistado levá-lo para casa para que houvesse maior privacidade e tempo para as respostas. Para obter informações do formulário, o entrevistador usou cartões de apoio para algumas questões, o qual facilitava, ao docente, visualização das opções de respostas e escolha de uma delas com privacidade e agilidade. O sigilo foi garantido durante toda a pesquisa, deixando o professor tranquilo para responder aos questionamentos.

A equipe passou por rigoroso treinamento, além de participar de reunião quinzenal para resolução de possíveis problemas ou inconsistências decorrentes do processo de coleta de dados. Foi disponibilizado um manual aos entrevistadores, no qual constavam informações sobre a pesquisa, orientações gerais para a entrevista e para o preenchimento do formulário, bem como informações sobre as escolas participantes do trabalho.

Estudo piloto foi conduzido em município vizinho para avaliação e adequação das questões, e os dados obtidos foram duplamente digitados por pesquisadores diferentes para validação do banco, tanto no pré-teste quanto na pesquisa. Esse estudo piloto proporcionou adequações nos instrumentos de pesquisa e melhor conhecimento das condições de funcionamento das escolas estaduais.

A amostra do estudo, apesar de ter sido de conveniência, incluiu 20 escolas da rede estadual de Londrina com maior número de professores, representando grande parte (cerca de 70%) dos atuantes do ensino básico regular do município. Todas as regiões da cidade foram representadas por essas instituições. Ressalta-se, porém, que houve certa homogeneidade da população estudada, não podendo os resultados serem extrapolados às escolas de pequeno porte ou localizadas em regiões rurais, pois diversidades em seus contextos poderiam resultar em diferentes achados.

Professores readaptados ou afastados de função foram excluídos pela necessidade de diferenciação na abordagem e compreensão das condições laborais vivenciadas. Por outro lado, esse critério de exclusão pode ter repercutido em algumas análises, subestimando certos riscos do processo de trabalho docente, o que envolve, inclusive, o processo algóico crônico. Também foram excluídos professores com tempo de profissão menor do que um ano, período considerado curto para associar dor crônica com condições de trabalho, e aqueles com diagnóstico de neoplasia maligna, pela diferença existente entre dor oncológica e não oncológica. O limite mínimo de um ano de trabalho foi definido intencionalmente, considerando-se que excessiva carga laboral de jovens docentes pode favorecer ocorrência de sintomas osteomusculares (BRANCO et al., 2011; CHONG; CHAN, 2010). Professores que eventualmente abandonaram a profissão por alguma doença ou desgaste relacionado ao trabalho não apareceram nesta pesquisa, possivelmente subestimando a prevalência de condições laborais adversas e reduzindo a força de associação com problemas de saúde.

Dessa forma, este estudo buscou averiguar a dor crônica em uma amostra abrangente de educadores, com controle de possíveis variáveis de confusão. Entretanto, por se tratar de estudo transversal, não é possível estabelecer relações causais. Ainda assim, esse delineamento é adequado quando se pretende identificar prevalências de problemas de saúde e estudar associações entre diversos fatores e desfechos (MEDRONHO et al., 2008).

Além disso, utilizou-se definição de dor crônica recomendada para fins de pesquisa pela *International Association for the Study of Pain (IASP)*, ou seja, seis

meses ou mais de duração, o que inviabiliza comparação com estudos que adotaram outras definições e metodologias.

Apesar de as percepções sobre as condições de trabalho docente deste estudo terem sido mensuradas de forma subjetiva e dicotômica, ou seja, os professores relatavam se as condições afetavam ou não o trabalho ou as consideravam como ruim/regular ou bom/excelente, ainda assim é passível de comparação com outros estudos, mesmo que de forma limitada. Em pesquisa realizada na Tailândia, a postura do professor de alongamento corporal também foi avaliada subjetivamente e de maneira dicotômica como sim ou não, e da mesma forma com a avaliação da postura predominando em pé ou alternando entre sentado e em pé (CHAIKLIENG; SUGGARAVETSIRI, 2012). No Brasil, Branco et al. (2011) avaliaram a ergonomia em sala de aula como excelente a boa, razoável ou ruim a péssima. Na China, pesquisa de Yue, Liu e Li (2012) usou, igualmente, variáveis subjetivas, como: tempo prolongado nas posturas em pé, sentado, estático e de torção, e classificadas dicotomicamente em sim e não, assim como trabalhar com as mãos acima dos ombros, manter o pescoço em postura alongada à frente por longo tempo, ter tempo de repouso suficiente e ter suporte desconfortável para coluna torácica. A única variável analisada de forma mais objetiva, nesse estudo chinês, foi conseguir levantar 20 quilos ou mais com a mão. Assim, este e outros estudos que optaram por respostas subjetivas precisam de cautela na discussão e conclusão dos resultados, pois o entrevistado pode sofrer influências decorrentes do ambiente de trabalho, valorizando ou desvalorizando algumas percepções.

Por fim, o trabalho docente sofre variações de ritmo e intensidade ao longo do ano. Normalmente professores enfrentam maior sobrecarga de atividades no final do segundo semestre letivo, podendo resultar em maior incidência de estresse e queixas de saúde. Essa influência sazonal pode ter interferido em algumas respostas, subestimando ou superestimando algumas associações. No entanto, como a coleta de dados se estendeu pelos dois períodos letivos, a prevalência de dor identificada pode ser considerada representativa da prevalência anual entre professores do ensino básico regular.

Mesmo diante dessas limitações, o presente estudo deve ser valorizado por analisar a dor crônica com base em classificação internacionalmente recomendada,

e por regiões do corpo, associando possíveis fatores laborais capazes de agravar ou perpetuar o quadro álgico. Os resultados poderão direcionar intervenções específicas para cada situação, com objetivo de melhorar a qualidade de vida e saúde, além de prevenir incidências de morbidades e afastamentos por incapacidade laboral.

5.2 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO

A dor crônica dos professores da rede estadual de Londrina contempla qualquer região do corpo, com duração mínima de seis meses. A prevalência encontrada de dor crônica foi de 42,6%. A busca de pesquisas para análise comparativa dessa prevalência, especialmente nessa categoria profissional, é um desafio. Normalmente a dor no docente é explorada apenas como DME, sem necessariamente ser considerada dor crônica e sem homogeneidade metodológica ou detalhamento da ocorrência da dor em diferentes regiões do corpo.

Revisão de literatura com estudos de diversos países (Estados Unidos, Itália, Reino Unido, Noruega, Suécia, Espanha, Japão, Áustria, Malásia, Brasil, Cuba, Alemanha, Dinamarca, entre outros) procurou conhecer a epidemiologia da dor crônica musculoesquelética em diferentes populações. Apesar dos métodos epidemiológicos distintos e das variações socioculturais das populações estudadas, a prevalência foi de aproximadamente 30,0%. Para dor crônica generalizada, os percentuais variaram de 11,4% a 24,0% (CIMMINO; FERRONE; CUTOLO, 2011).

Em educadores brasileiros, as prevalências identificadas de dor musculoesquelética foram 55,0% (Salvador/Bahia), com frequência de ocorrência relatada como “frequentemente” ou “muito frequentemente” (CARDOSO et al., 2009), 89,7% (Pelotas/RS) (BRANCO et al., 2011) e 93,0% (Natal/RN) (FERNANDES; ROCHA; OLIVEIRA, 2009). Essas duas últimas prevalências foram reportadas como dor musculoesquelética sentida nos 12 meses anteriores à pesquisa. Na China, Yue, Liu e Li (2012) observaram, em docentes, dor no pescoço (48,7%) e na coluna lombar (45,6%) com duração de mais de um dia nos 12 meses antecedentes ao estudo. Em Hong Kong, a frequência de cervicalgia foi de 69,3% ao longo da vida, e 66,7% nos 12 meses anteriores à pesquisa (CHIU; LAM, 2007).

Na Turquia, 60,3% dos professores relataram dor relacionada ao trabalho, também nos 12 meses anteriores, sendo as regiões da coluna lombar (74,9%), ombros (55,9%), pescoço (47,9%) e coluna torácica (42,7%) as mais acometidas (DURMUS; ILHANLI, 2012). Em educadores franceses, a prevalência de dor crônica por pelo menos seis meses foi 33,3% na coluna lombar e 25,6% na cabeça (KOVESSE-MASFÉTY et al., 2006).

Outra revisão sistemática analisou DME em professores e identificou prevalências de dor musculoesquelética, independente da localização no corpo e de duração variável, de 40,0% (Suécia; duração não especificada) a 95,1% (China; 30 dias anteriores à pesquisa). Dor no pescoço variou de 9,3% (Estônia; 12 meses anteriores à pesquisa) a 69,3% (China; duração ao longo da vida), nos ombros de 7,8% (Estônia; 12 meses anteriores à pesquisa) a 73,4% (China; 30 dias anteriores à pesquisa), em membros superiores de 8,0% (Turquia; duração não especificada) a 43,9% (China; 30 dias anteriores à pesquisa), na coluna torácica de 17,7% (Japão; 30 dias anteriores à pesquisa) a 61,0% (Estados Unidos; duração não especificada) e nos membros inferiores de 2,3% (Estônia; 12 meses anteriores à pesquisa) a 54,6% (China; 30 dias anteriores à pesquisa) (ERICK; SMITH, 2011).

Mesmo dentro desse grupo específico de dor, as DME, observa-se grande variação das frequências pelas inconsistências metodológicas dos estudos epidemiológicos e adoção de distintas durações de dor. Análises de regiões do corpo específicas são as mais frequentemente observadas na literatura científica, dificultando identificação da real prevalência da dor crônica geral, isto é, em qualquer parte do corpo.

Quando a prevalência observada neste estudo (42,6%) é comparada com às identificadas em outros grupos populacionais também se verificam variações. Pesquisa realizada em comunidade adulta da Escócia (n = 3.605) identificou prevalência de dor crônica, com duração de três meses ou mais, de 46,5% (ELLIOTT et al., 1999). Esse resultado foi semelhante ao deste trabalho realizado exclusivamente com professores, porém com recorte temporal diferente. Já estudo realizado com amostra populacional adulta de 15 países europeus e Israel identificou prevalência de dor crônica com duração de seis meses ou mais variando de 12,0% (Espanha; n = 3.801) a 30,0% (Noruega; n = 2.018) (BREIVIK et al., 2006).

No Brasil, Estado do Paraná, pesquisa realizada com adultos trabalhadores com idades de 22 a 69 anos verificou prevalência de dor crônica, também com duração de seis meses ou mais, de 61,4% (KRELING; CRUZ; PIMENTA, 2006).

O sexo feminino prevaleceu na população deste estudo, e a dor crônica foi mais frequente entre pessoas desse sexo, com achados semelhantes em outras pesquisas (CHAIKLIENG; SUGGARAVETSIRI, 2012; CHONG; CHAN, 2010; KORKMAZ; CAVLAK; TELCI, 2011; YUE; LIU; LI, 2012).

O perfil encontrado neste trabalho é coerente com o contexto histórico e social de inserção das mulheres brasileiras no sistema educacional. Historicamente a educação era exclusiva da burguesia, em que apenas homens de famílias abastadas tinham acesso a todos os níveis de ensino. Os movimentos feministas reivindicavam igualdade dos direitos, principalmente educacionais, sob o argumento de que a “menor capacidade” da mulher em relação ao sexo oposto era atribuída ao não desfrute desse privilégio. Após longo período de divergências e discussões inicia-se a feminização no magistério, um dos únicos ambientes de trabalho em que sua participação era aceitável. Contudo, o processo educativo diferia completamente do dos homens, sendo atribuída à mulher a reafirmação da ordem social e patriarcal, ou seja, os ensinamentos eram voltados a reforçar as qualidades femininas para cuidado do lar e da família (leitura, escrita e noções de cozinha, costura e bordado). Somente ao final do século XIX as mulheres conquistam o direito ao ensino superior, mas as áreas em que estavam mais inseridas eram aquelas relacionadas ao cuidado (enfermagem) e às funções domésticas (magistério) (PRÁ; CEGATTI, 2016).

Com o progresso da industrialização e a abolição da escravidão, surgem os assalariados e a necessidade de rápida profissionalização feminina para maior acessibilidade ao ensino. Essa rápida ampliação tinha objetivos políticos e econômicos, pois mulheres aceitavam menores salários e geravam menores gastos ao governo. A profissão docente ganhou força em meados do século XX e, gradativamente, aconteceu transição da educação doméstica para formação profissional, concluindo a feminização do magistério, prevalente até os dias atuais (RABELO, 2007).

A mulher passa não só a conquistar o mercado de trabalho docente, mas também outras áreas de atuação. O núcleo familiar modifica-se, e a família monoparental feminina torna-se realidade. A mulher, além de mãe, passa a ser chefe de família (VERZA; SATTLER; STREY, 2015). Entretanto, mesmo com ascensão laboral, ainda existem diferenças salariais e acúmulo de funções domésticas, fazendo com que essa sobrecarga de atribuições a predisponha a maiores relatos de dor crônica, por exemplo. Soma-se ainda como agravante sua fragilidade física, pois normalmente possuem menor estatura, pouca massa muscular, maior fragilidade óssea, acometimento articular e acúmulo de gordura, e menor adaptação ao esforço físico pesado (SILVA; FASSA; VALLE, 2004). Ressalta-se, também, a influência de hormônios femininos nesse processo, pois interferem tanto no crescimento, quanto na manutenção da massa óssea. A deficiência de estrógeno, muito frequente no processo de senescência da mulher, altera a remodelação e reparação óssea, predispondo-a a osteoporose, por exemplo (AMADEI et al., 2006).

Na Dinamarca, Sjøgren et al. (2009) identificaram maior prevalência de dor crônica em mulheres (22,4%) comparada aos homens (17,7%). Na Espanha, as prevalências foram de 31,4% e 14,8%, respectivamente (CATALA et al., 2002). De acordo com Leveille et al. (2005), o sexo feminino apresenta três vezes mais chances de dor generalizada em relação ao masculino. Em profissionais da educação, também há estudos que destacam essa maior frequência de dor crônica em professoras (CARDOSO et al., 2009; KORKMAZ; CAVLAK; TELCI, 2011; YUE; LIU; LI, 2012).

Quanto à faixa etária, mais da metade dos docentes encontravam-se com idades de 31 a 50 anos. Dor crônica foi reportada principalmente por aqueles com idade acima de 40 anos. O aumento da dor crônica musculoesquelética com o avançar da idade pode ser resultado do processo natural de desgaste do corpo (BRANCO et al., 2011; CARDOSO et al., 2009; YUE; LIU; LI, 2012). Entretanto, jovens educadores estão cada vez mais propensos aos sintomas osteomusculares por serem capazes de aumentar a carga de atividade profissional, além de absorverem o estresse do mercado de trabalho com pouco retorno financeiro e precárias condições contratuais (BRANCO et al., 2011; CARVALHO; ALEXANDRE, 2006; CHONG; CHAN, 2010).

Neste trabalho, a dor crônica foi mais frequente em docentes de raça/cor branca e amarela/indígena. Também houve discreto predomínio de dor crônica em professores com companheiro, com pós-graduação lato sensu e renda mensal de R\$ 2.001,00 a R\$ 5.000,0, mas sem diferença estatística significativa. Outras pesquisas não identificaram associação entre cor da pele e dor crônica (FERREIRA et al., 2011; SILVA; FASSA; VALLE, 2004; VIEIRA et al., 2012). Já Pahim, Menezes e Lima (2006) observaram que pessoas de cor de pele branca apresentaram 30% mais enxaqueca que as demais, com associação significativa mesmo após controle de variáveis socioeconômicas e demográficas, talvez resultado de vulnerabilidade genética. No entanto, Kreling, Pimenta e Garanhani (2014) identificaram, em revisão de literatura, existência de despreparo profissional para identificação e manejo da dor em determinados grupos raciais e étnicos. Entre os resultados, destacam a discriminação racial no controle da dor, a qual foi descrita em 74% dos artigos analisados, principalmente entre negros (55,8%) e hispânicos (53,3%) (KRELING; PIMENTA; GARANHANI, 2014).

Não existe consenso na literatura sobre interferência do estado civil na prevalência de dor crônica, sendo observada tanto em pessoas casadas ou em união estável (FERNANDES; ROCHA; OLIVEIRA, 2009; VEDOVATO; MONTEIRO, 2014) quanto em viúvos, separados ou divorciados (CARDOSO et al., 2009; SILVA; FASSA; VALLE, 2004). Porém, Silva, Fassa e Valle (2004) identificaram viver sozinho como fator de proteção para dor lombar crônica, sob argumento de que a situação conjugal pode incidir em maiores exposições ergonômicas adversas no trabalho e domicílio e favorecer comportamento de risco.

Estudo realizado com amostra populacional de Pelotas (RS) verificou relação inversa entre nível educacional e dor crônica na coluna lombar, provavelmente reflexo de contexto social desfavorável (SILVA; FASSA; VALLE, 2004). Resultado semelhante foi observado em outra pesquisa realizada com população adulta na Austrália (BLYTH et al., 2001). Em Salvador, professores com nível de escolaridade médio relataram maior prevalência de dor nos membros inferiores comparados aos de nível superior, possivelmente por experienciarem condições de trabalho diferentes e com maior sobrecarga (CARDOSO et al., 2009).

A prevalência de dor crônica foi discretamente maior em professores classificados como com sobrepeso/obesidade e que consomem café de quatro a seis vezes por semana, e significamente maior entre docentes que não realizavam atividade física ao menos uma vez na semana, ou o faziam por tempo inferior a 150 minutos. As prevalências de sobrepeso e obesidade têm aumentado gradativamente na população brasileira (MALTA et al., 2016; MONTEIRO; CONDE, 1999), afetando de crianças (DUTRA et al., 2016) a idosos (MALTA et al., 2016). Esse perfil nutricional, antes exclusivo de países desenvolvidos, tornou-se realidade mundial, sendo menos observado em locais da África e Ásia. Atualmente, o sobrepeso e a obesidade fazem parte do grupo das chamadas Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), as quais têm história natural prolongada, múltiplos fatores de risco com interações complexas e evolução para diferentes graus de incapacidade e até morte (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

Malta et al. (2016) analisaram a tendência temporal dos indicadores de excesso de peso em adultos das capitais brasileiras e do Distrito Federal entre 2006 e 2013, identificando aumento significativo para ambos os sexos e em todas as idades, níveis de escolaridade e regiões. Em 2013, as prevalências de sobrepeso e obesidade eram de 32,2% e 17,5%, respectivamente (MALTA et al., 2016), totalizando 49,7% de sobrepeso/obesidade, percentual semelhante ao da presente pesquisa (51,8%).

Wright et al. (2010) associaram vários diagnósticos de dor ao sobrepeso/obesidade como dor na coluna lombar, enxaqueca, fibromialgia e dor abdominal. Metanálise realizada por Shiri et al. (2010) também identificou associação entre sobrepeso/obesidade e dor crônica na coluna lombar (Odds Ratio (OR) = 1,33).

A obesidade possui influência negativa sobre articulações por meio de carga mecânica, principalmente nas regiões da coluna lombar e de membros inferiores, contribuindo para ocorrência do processo algico. Além disso, favorece reação inflamatória articular e aparecimento de depressão, ansiedade e incapacidade psicológica, as quais estão fortemente associadas à maior prevalência de dor crônica (MARCUS, 2005). Ainda que o presente estudo não tenha detectado associação significativa entre sobrepeso/obesidade e dor crônica, a alta prevalência

encontrada na amostra é motivo de preocupação, dadas as possíveis consequências futuras na saúde dos professores. Ressalta-se, porém, que o peso e a estatura para cálculo do IMC foram autorrelatados, podendo sofrer viés entre homens e mulheres pela autopercepção do próprio corpo.

Tal qual a obesidade, a inatividade física é considerada epidemia mundial por favorecer doenças crônicas, incapacidades físicas e piora da qualidade de vida, com mortes prematuras e gastos com serviços de saúde (GUALANO; TINUCCI, 2011). Também favorece a própria obesidade, osteoporose, dor crônica, incidência de queda e debilidade física em idosos (GUALANO; TINUCCI, 2011). Associação entre sedentarismo e comprometimento osteomuscular com dor é reportada em diversas pesquisas com professores (BRANCO et al., 2011; FERNANDES; ROCHA; OLIVEIRA, 2009; KORKMAZ; CAVLAK; TELCI, 2011; YUE; LIU; LI, 2012).

Neste estudo, variáveis que refletem a inatividade física, como tempo de tela (computador e televisão), não se associaram à dor crônica. Por outro lado, a não realização de atividade física ao menos uma vez na semana, ou sua prática insuficiente, tiveram essa associação, ainda que não se possa descartar a causalidade reversa, ou seja, a dor crônica limitando a prática de exercícios físicos. Moraes e Pimenta (2014) fazem uma reflexão sobre a dor crônica e a crença de medo da dor e evitação do movimento. Também chamado de cinesiofobia, esse medo resulta em comportamentos de imobilidade, gerando maior incapacidade funcional e dependência, com perpetuação do quadro doloroso. Contudo, esse comportamento não se justifica na presença de dor crônica, pois normalmente não há lesões a serem restauradas como acontece na dor aguda, podendo inclusive estabelecer um ciclo vicioso de hipervigilância e maior evitação dos movimentos, com consequências físicas, psicológicas e sociais (MORAES; PIMENTA, 2014).

A prevalência de dor entre professores que referiram fumar foi discretamente superior em comparação a não fumantes e ex-fumantes, embora sem significância estatística. No sistema osteomuscular, o tabagismo possui efeitos peculiares. A nicotina provoca vasoconstrição periférica e isquemia tecidual, com diminuição da tensão de oxigênio, e minimiza a absorção intestinal de cálcio, retarda a cicatrização óssea, inibe a neovascularização e diferenciação dos osteoblastos, reduz a eficácia do estrógeno, neutraliza os efeitos antioxidantes das vitaminas E e C e reduz a

produção de fibroblastos (ABATE et al., 2013). Como resultado, há maior risco de doenças osteomusculares (ABATE et al., 2013), as quais são muito associadas com a incidência da dor crônica (CIMMINO; FERRONE; CUTOLO, 2011; DURMUS; ILHANLI, 2012; ERICK; SMITH, 2011). Apesar de não ter sido foco de análise deste estudo, o tabagismo é hábito que pode estar associado à personalidade, sendo seu consumo muitas vezes relacionado ao nível de ansiedade e estresse sofridos pelo indivíduo como, por exemplo, um processo doloroso crônico.

O não consumo de bebidas alcóolicas foi o mais reportado pelos professores, e a frequência de dor foi significativamente mais elevada nesse grupo. Contrariando esses resultados, Larance et al. (2016) identificaram forte associação entre dor intensa e ingestão de álcool em população australiana. Alford et al. (2016) confirmaram uso de álcool e outras drogas lícitas e ilícitas para alívio da dor crônica em americanos. Resultados semelhantes foram verificados em indivíduos canadenses que fazem tratamento com opióides para alívio da dor (OSMUN et al., 2011).

Ingerir bebidas alcoólicas como estratégia de enfrentamento da dor é hábito perigoso. Os efeitos analgésicos de curta duração podem gerar consumo excessivo, dependência, aumento de gastos com serviços de saúde para amenização das consequências decorrentes do uso crônico, além de retardar o controle da dor com medidas realmente eficazes. Brennan, Schutte e Moos (2005) observaram que quase 38% dos consumidores de álcool possuem esse hábito para manejo e alívio da dor. Entre aqueles que referem dor moderada a intensa a prevalência de consumo aumenta, passando a ser 57% no sexo masculino e 59% no feminino. Sá et al. (2009) encontraram uso de álcool moderado como fator protetor para dor crônica. Esse achado deve ser mais bem explorado em estudos científicos, pela escassa literatura para compreensão desse fenômeno.

A elevada frequência diária de ingestão de café manteve-se semelhante na população deste estudo, sem diferenças nas prevalências de dor crônica. Chaiklieng e Suggaravetsiri (2012) também verificaram alta prevalência de consumo de café (67%) em professores tailandeses. A cafeína tem sido explorada em pesquisas científicas pela sua capacidade de estimular o sistema nervoso central, destacando-se na prevenção de doenças crônico-degenerativas (HINDMARCH et al., 2000;

SASAKI et al., 2016). Trata-se de alcaloide presente não só em bebidas como o café, mas também em outros tipos de bebidas, alimentos e medicamentos, com ampla variedade de efeitos fisiológicos. É estimulante leve capaz de reduzir o cansaço, aumentar a agilidade e a energia, com variações positivas no estado de humor, induzir broncodilatação e aumento da pressão arterial, estimular diurese e aumentar secreção gástrica, motilidade intestinal e secreção de ácidos biliares. Possui também efeito termogênico, capaz de estimular lipólise, e aumenta a biodisponibilidade e o efeito analgésico de alguns medicamentos (CAVALLI; TAVANI, 2016).

Além da cafeína, o café possui outros componentes que provavelmente são responsáveis em potencializar seus efeitos benéficos. Hoje sabe-se que o café pode favorecer a redução da mortalidade geral e prevenir alguns tipos de câncer, doença de Alzheimer e Mal de Parkinson (CAVALLI; TAVANI, 2016). Dessa forma, a ingestão moderada de café (de até três xícaras ao dia), por indivíduos saudáveis, pode ter efeitos favoráveis sobre a saúde. Mas, seu consumo não deve ser indicado para crianças, mulheres grávidas, lactantes, pacientes com cirrose hepática, gastrite e úlcera e entre pessoas que metabolizam a cafeína lentamente, pelos riscos advindos do uso crônico (CAVALLI; TAVANI, 2016).

Consumo excessivo de cafeína pode produzir sintomas semelhantes às crises de ansiedade como nervosismo, irritabilidade, tremores, contrações musculares, aumento das frequências respiratória (taquipneia) e cardíaca (taquicardia), rubor, alterações de ritmo cardíaco, insônia e alterações gastrointestinais, caracterizando os efeitos adversos do seu consumo (GREDEN, 1974). Esses sintomas podem ser perceptíveis quando a ingestão de café ultrapassa três a quatro xícaras ao dia, indicando tolerância e dependência da cafeína (CAVALLI; TAVANI, 2016).

Em relação às comorbidades, professores com dor crônica apresentaram prevalências significativamente maiores de enxaqueca, ansiedade, sinusite, depressão, hipertensão arterial, artrite/artrose/reumatismo e insônia. Em educadores de Salvador foram identificados depressão (42,0%), distímia (54,0%), fobia social (36,5%) e transtorno de pânico (7,3%) (CASTRO et al., 2009). Nas cidades de São José do Rio Pardo e Campinas, os principais diagnósticos foram desordens musculoesqueléticas (40,7%), problemas psicológicos (17,8%), hipertensão arterial

(15,1%), problemas respiratórios (14,8%), doença digestiva (14,0%), alergia ou eczema (11,6%) e problemas de audição (5,8%) (VEDOVATO; MONTEIRO, 2014).

A dor crônica é bidirecional, podendo ser causa ou consequência de determinada comorbidade. Fatores genéticos, ambientais e do trabalho associam-se de forma complexa nesse processo. Estudos longitudinais que avaliam a dor crônica como fator identificaram maior incidência de transtornos mentais como ansiedade e depressão (OLADEJI et al., 2011; STUGINSKI-BARBOSA et al., 2012; TURK; OKIFUJI; SCHARFF, 1995), hipertensão arterial (BRUEHL et al., 2005), distúrbios do sono (PALERMO et al., 2012), e até aumento da mortalidade (TORRANCE et al., 2010). Pesquisas que avaliam a dor crônica como desfecho, observaram algumas variáveis independentes como inatividade física, obesidade (LUND NILSEN; HOLTERMANN; MORK, 2011), depressão (VELLY et al., 2011), distúrbios do sono (BONVANIE et al., 2016) e trauma prévio (CASEY et al., 2008). Apesar de não ser possível delimitar a evolução temporal dos fatos nesta pesquisa, houve diferença estatística significativa nas comorbidades supracitadas em professores com e sem dor crônica.

Professores estatutários e com 20 anos ou mais de tempo de profissão apresentaram maior frequência de dor crônica. Isso possivelmente ocorra em razão da maior idade e tempo de serviço que esses professores apresentam. Além disso, o sistema educacional enfrenta desafios para conseguir adequadas condições laborais, sofrendo com precariedade do ensino e sobrecarga docente por falta de investimentos governamentais e de recursos humanos (AZEVEDO, 2015). Como consequência, todos os envolvidos sofrem repercussões físicas (YUE; LIU; LI, 2012) e psicológicas (BAUER et al., 2007) advindas dessa situação. A estabilidade de emprego, inclusive, pode trazer segurança aos estatutários quanto aos relatos de dor e necessidade de licença médica por motivos de saúde, o que talvez ocorra com menos frequência entre professores com vínculo temporário. Envelhecer profissionalmente ativo é um processo seletivo que nem todos conseguem alcançar, devendo ser valorizado dentro do mercado de trabalho que demanda experiência e qualificação profissional.

Quanto maior a carga horária semanal, número de locais e turnos de trabalho e tempo de prestação de serviços, mais elevado será o risco de incidência de

comorbidades, principalmente musculoesqueléticas com dor crônica (ANDRADE; CARDOSO, 2012; PORTO et al., 2014). Neste estudo, professores atuantes em apenas um local de trabalho apresentaram maior frequência de dor crônica em comparação a professores que trabalhavam em dois ou três locais diferentes. Este resultado possivelmente se relaciona a outras características, como idade e vínculo de trabalho. Professores estatutários, com comprometimento do estado de saúde e muitos anos de serviços prestados, podem optar por lecionar em apenas um local, mesmo que ocupando dois períodos do dia, em busca de melhor qualidade de vida. Assim, o professor temporário passa a ser opção para determinadas demandas laborais, tornando-se alternativa econômica ao Estado por suprir faltas por aposentadorias, óbitos e licenças (FARIA; RACHID, 2010; FERREIRA; ABREU, 2014).

O contrato provisório no Paraná possui duração máxima de dois anos. Após esse prazo há necessidade de reiniciá-lo, caso contrário caracteriza necessidade permanente do docente. Também, o trabalhador estatutário pode ser visto como prejuízo financeiro ao Estado, pois, uma vez ingressado na profissão, possui plano de carreira, progressões e gratificações, além de outros benefícios concedidos que ampliam os gastos governamentais (FARIA; RACHID, 2010; FERREIRA; ABREU, 2014). Por isso, em termos de gestão financeira governamental, o contrato temporário pode tornar-se mais atrativo, mas possivelmente perde em benefícios pedagógicos que o docente estatutário pode oferecer ao aluno e à instituição de ensino, principalmente quanto ao planejamento, acompanhamento, execução e avaliação do plano de ensino.

A fragilidade do contrato temporário reflete piores condições de trabalho e alta rotatividade docente, com interrupção dos planos pedagógicos. Jovens professores e recém-formados submetem-se a condições adversas como atuação em área distinta da formação profissional e em várias escolas, excesso de carga horária semanal, envolvimento em atividades extras não remuneradas, insegurança pela instabilidade do vínculo, baixos salários, incerteza quanto ao futuro e desvalorização social. Ainda assim, esse tipo de contrato é visto como oportunidade de ingresso na carreira do Estado diante da ausência e morosidade de concursos, garantindo ganho de experiência e contatos profissionais (FERREIRA; ABREU, 2014; SOUZA, 2013).

Carvalho e Alexandre (2006) identificaram que educadores jovens, sem compromissos familiares, estão mais propensos aos sintomas musculoesqueléticos por aumentarem a carga de atividade profissional em um mercado de trabalho limitado e com péssimas condições contratuais. Chong e Chan (2010) também observaram maior prevalência de dor nos ombros em professores orientais com menos tempo de experiência profissional. Porém, o presente estudo não revela esse tipo de associação com dor crônica.

Os resultados dessas pesquisas geram hipóteses de que novos docentes passam por sobrecarga e adaptação em relação às atividades ocupacionais decorrentes das condições adversas do sistema educacional. Esse contexto pode provocar, no futuro, problemas de saúde, incluindo maior possibilidade de dor crônica. Ressalta-se, porém, que há possibilidade de viés de sobrevivência em estudos com delineamento transversal, ou seja, professores experientes podem estar afastados ou terem sido readaptados por sintomas osteomusculares persistentes ou mais graves (CARVALHO; ALEXANDRE, 2006).

Por outro lado, os docentes desta pesquisa mostraram-se, em sua maioria, realizados profissionalmente de forma parcial ou total, com vínculo de trabalho em uma ou duas escolas, durante um ou dois turnos e com carga horária de até 40 horas semanais, em que 30 horas são dedicadas diretamente na atuação com alunos. Também, maior proporção de professores referiu bom/excelente relacionamento com superiores, colegas e alunos, sentem-se motivados e consideram bom/excelente o equilíbrio entre vida pessoal e profissional.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a jornada de trabalho máxima atribuída a todos os trabalhadores não deve ultrapassar oito horas diárias e 44 horas semanais (Capítulo 2º, Artigo 7º, inciso XIII) (BRASIL, 1988). Dessa forma, a jornada de trabalho aos quais os professores desta pesquisa estão submetidos está de acordo com regulamentações legislativas, porém relatos de excesso de trabalho extraclasse, não computados na carga horária semanal, foram frequentes durante as entrevistas, assim como em outro estudo brasileiro (BRANCO et al., 2011). Já outros profissionais sofrem pressões do processo de trabalho por estarem vinculados à lógica da produtividade e por serem autônomos, principalmente aqueles recém-inseridos no mercado de trabalho (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

A expressão “jornada de trabalho” simboliza “duração”, que compreende a quantidade de tempo que o trabalho consome das vidas das pessoas. Uma longa jornada de trabalho é capaz de afetar a qualidade de vida pelo menor tempo livre para usufrutos pessoais e pelo excesso de dedicação às atividades econômicas. Porém, existem diferenças entre jornada, intensidade e produtividade no trabalho. Intensidade se refere ao consumo de energias pessoais e grupais no trabalho, sendo o esforço despendido pelos trabalhadores em seu labor cotidiano. Produtividade resulta de investimentos em tecnologias para obtenção de qualidade e quantidade do objeto de trabalho, não requerendo grande consumo das energias pessoais do trabalhador (DAL ROSSO, 2006).

Apesar do alto grau de satisfação e bem-estar com o trabalho reportado pelos professores desta pesquisa, sua intensidade pode gerar desgastes. O desgaste pessoal para atingir objetivos estabelecidos em planejamentos pedagógicos é reflexo do processo educacional dos dias atuais. Hoje a disciplina dá lugar à indisciplina dentro das salas de aula de instituições públicas e privadas, com manifestações que vão desde indiferença até atos violentos contra o professor (ANSER; JOLY; VENDRAMINI, 2003; NESELLO et al., 2014). Muito é resultado da sociedade contemporânea dominada por tecnologias avançadas, maior acessibilidade aos programas televisivos e jogos violentos e distorção das responsabilidades familiares com excessiva liberdade infantil e impunidade. A escola passou a ser lócus de explosão de conflitos sociais e o educador deixou de ser autoridade, submetendo-se às condições adversas no ambiente de trabalho que prejudicam o ensino (NESELLO et al., 2014; SANTOS, 2001; VASCONCELLOS, 1997).

As responsabilidades recaídas sobre a instituição escolar crescem constantemente. Espera-se que o aluno seja formado sob âmbito psicossocial, qualificado a ser crítico, reflexivo, consciente de seus direitos e deveres, com habilidades de receber, interpretar e transpassar as informações recebidas pelos diversos meios de comunicação e com capacidade de desenvolver uma aprendizagem autônoma (BRASIL, 1996). Para isso, exige-se do professor formação profissional qualificada (SULEIMANOVA, 2013) e uso de metodologias de ensino avançadas, participativas, problematizadoras e que consigam estimular o discente a questionar e formular hipóteses, com compromisso de ser o principal agente do

próprio aprendizado (RICHARTZ, 2015). Entretanto, a precarização do ensino público, como infraestrutura inadequada, poucos materiais educativos e baixa proporção de professores em relação ao número de alunos são algumas das barreiras a serem enfrentadas para alcance dessa meta.

MATTAR (2012) demonstrou que bons desempenhos educacionais dependem de apoio familiar e maior esclarecimento dos pais sobre a importância da educação na vida de seu filho, qualidade e motivação docente, boa formação acadêmica do educador, respeito ao trabalho e autonomia do docente, disponibilidade de recursos didáticos e confluência entre objetivos pessoais e profissionais. Além disso, lideranças educacionais (por exemplo, diretores) devem ser capazes de reconhecer e potencializar as contribuições dos professores no ambiente escolar para que bons resultados acadêmicos sejam alcançados.

Assim, o fato de o professor gostar da profissão e se sentir realizado no ato de educar não o exclui das adversidades e do desgaste pessoal. Outras categorias profissionais apresentam essa ambiguidade de prazer e dor na profissão como, por exemplo, médicos (GROSSEMAN, 2001), enfermeiras (LINO, 2004), dentistas (NICOLIELO; BASTOS, 2002) e bombeiros (BAPTISTA et al., 2005).

As demais características laborais serão discutidas detalhadamente na próxima seção de acordo com a região do corpo afetada pela dor crônica.

5.3 DOR CRÔNICA E CONDIÇÕES DE TRABALHO

As regiões do corpo mais acometidas pela dor crônica foram membros superiores (ombros, braços e mãos), cabeça, membros inferiores (pernas, joelhos e pés) e coluna lombar. Com exceção da região cefálica, os demais locais são frequentemente relatados em estudos com professores como DME, e associados às condições de trabalho (BRANCO et al., 2011; CARDOSO et al., 2009; DELCOR et al., 2004; DURMUS; ILHANLI, 2012; KORKMAZ; CAVLAK; TELCI, 2011).

A prevalência de dor crônica em membros superiores, nesta pesquisa, apresentou maior magnitude em professores que relataram que as condições para escrever no quadro afetavam seu trabalho. Também houve associação com a

percepção do tempo que permaneciam em pé, posição do corpo em relação ao mobiliário e equipamentos e condições para carregar o material didático. O acometimento dessa região nesses profissionais se destaca na literatura científica (DELCOR et al., 2004; KORKMAZ; CAVLAK; TELCI, 2011; SUDA et al., 2011; YUE et al., 2014), principalmente quando associada às questões ergonômicas (CHIU; LAM, 2007; DELCOR et al., 2004; YUE; LIU; LI, 2012) e à sobrecarga de trabalho (CHAIKLIENG; SUGGARAVETSIRI, 2012; CHIU; LAM, 2007; YUE; LIU; LI, 2012). Pesquisa realizada na Tailândia evidenciou que a postura de alongamento corporal para escrever no quadro predispõe ao aparecimento de lesões por esforço repetitivo, que podem ser agravadas em mulheres que utilizam sapato de salto alto (CHAIKLIENG; SUGGARAVETSIRI, 2012).

Historicamente, o quadro negro tornou-se o principal instrumento de trabalho dos professores pela maior disponibilidade e facilidade de uso. Entretanto, trabalhar muitas horas com o membro superior suspenso, associado à rotação de tronco com pescoço levemente inclinado, favorece surgimento de contraturas e dores musculares crônicas (YUE; LIU; LI, 2012).

Escolas estaduais podem ter menor disponibilidade de recursos audiovisuais modernos, capazes de diminuir essas DME por redução de sobrecarga física, pelo maior custo de aquisição e manutenção. Contudo, Sanchez et al. (2013), em estudo com professores universitários de Rio Verde (GO), não identificaram diferença na incidência de dor em docentes que utilizavam novas tecnologias na educação, pois nenhuma delas mostrou-se ergonomicamente adequada. Além disso, a execução de trabalho na posição estática por tempo prolongado favorece inércia e fadiga muscular (BRANCO et al., 2011).

Permanecer em pé e correção de trabalhos escolares foram os esforços físicos mais reportados por professores de Vitória da Conquista (BA), com percentuais de 96,7% e 94,1%, respectivamente (DELCOR et al., 2004). Os mesmos autores identificaram, como aspectos negativos ao desempenho docente, ritmo acelerado de trabalho (67,9%), posição inadequada e incômoda do corpo (65,4%), atividade física rápida e contínua (63,8%), ritmo frenético de trabalho (54,9%), posições da cabeça e braços inadequadas e incômodas (53,4%) e longos períodos de intensa concentração em uma mesma tarefa (51,9%) (DELCOR et al., 2004).

Professores que classificaram como regular/ruim a quantidade de alunos por sala de aula e o equilíbrio entre vida pessoal e profissional também apresentaram maior prevalência de dor em membros superiores. O excesso de alunos num mesmo ambiente predispõe o docente às tensões musculares pela maior incidência de situações estressantes para controle disciplinar, com sobrecarga física e mental. Também há acréscimo de atividades escolares pela necessidade de planejamento e correção de trabalhos acadêmicos (BARROS et al., 2007; CARDOSO et al., 2009). Para amenizar essa situação, projeto de Lei do Senado nº 504 de 2011 propõe alteração do artigo 25 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que “Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional”, para assegurar que o número máximo de alunos por turma nas escolas não exceda a 25 na pré-escola e nos dois anos iniciais do ensino fundamental e a 35 nos anos subsequentes dos ensinos fundamental e médio (BRASIL, 2011).

A rede estadual de ensino básico de Londrina, em 2013, apresentou registro de 3.049 professores e 51.093 alunos, com proporção de 16,7 alunos por professor (PARANÁ, 2013). Contudo, essa proporção não corresponde ao real número de alunos por sala de aula, haja vista que existem docentes de diversas disciplinas e áreas de atuação (por exemplo, educação especial, EJA etc) que rodiziam em uma mesma turma e em mais de uma escola.

O tamanho de uma turma é visto como indicador de qualidade do sistema educacional, pois permite que professores consigam melhor acompanhamento individual do aluno para otimizar seu desempenho acadêmico, perdendo menos tempo organizando a sala de aula. Nos países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o tamanho médio das turmas varia de 20 alunos ou menos (Dinamarca, Estônia, Finlândia, Islândia, Luxemburgo, Eslovênia, Suíça e Reino Unido) até mais de 34 alunos (Coreia do Sul). O contraste é ainda maior em alguns países não pertencentes à OCDE (ex. Argentina, China, Indonésia e Rússia). Na China, por exemplo, o número de alunos por turma atinge a marca de 50 estudantes (INEP, 2012).

No Brasil, segundo dados da OCDE, as instituições de ensino destinam uma parcela relativamente baixa do gasto total com pagamento de pessoal, o que pode ser reflexo das altas taxas de aluno por professor e baixos salários iniciais. Todos os

índices relativos à quantidade de alunos em sala de aula no Brasil são piores comparados às médias de outros países que fazem parte da OCDE (OECD, 2015). Contudo, reduzir o tamanho das turmas não é política suficiente para melhorar o desempenho do sistema educacional. Em países como Japão e China, por exemplo, o aumento do salário dos professores foi mais eficaz para qualificação do ensino oferecido, provavelmente por atrair maior contingente de profissionais qualificados e satisfeitos com o trabalho (INEP, 2012).

A percepção do equilíbrio entre vida pessoal e profissional, apesar de subjetivo, pode ser considerado indicador sensível da qualidade de vida do professor. É comum que tarefas acadêmicas sejam estendidas ao ambiente doméstico, como, por exemplo, preparo de aulas e planejamento e correção de atividades escolares, diminuindo o tempo livre para lazer, descanso e convívio familiar. Além disso, boa parte dos docentes reside em bairros diferentes da localização da escola, o que demanda tempo e dinheiro para seu deslocamento (FERNANDES; ROCHA; OLIVEIRA, 2009). A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/96), no artigo 67, inciso V, estabelece que o período reservado a estudos, planejamento ou avaliação deve estar incluído na carga de trabalho semanal (BRASIL, 1996). Porém, esse direito trabalhista pode não ser suficiente de acordo com a demanda de trabalho do docente.

Observou-se menor prevalência de dor em membros superiores entre professores com dois ou mais vínculos de trabalho. Essa relação deve ser mais bem explorada em pesquisas científicas, preferencialmente com desenho longitudinal, pois normalmente quem tem mais carga laboral possui maior prevalência de DME. Uma hipótese seria esse resultado ser reflexo do que se conhece como viés do trabalhador saudável (MCMICHAEL, 1976), que se caracteriza por manter no mercado de trabalho apenas trabalhadores com capacidade de absorver maior demanda laboral, ou seja, professores com dor podem não suportar a carga de trabalho. De forma semelhante, Cardoso et al. (2009) observaram que docentes que possuíam outra atividade remunerada, além da docência, tiveram menores prevalências de dor, atuando essa variável como proteção.

A dor nos membros superiores também é reportada em outras profissões. Entre cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte, essa dor predominou com prevalência

de 22,0%, associando-se significativamente à prática de atividade manual (SANTOS FILHO; BARRETO, 2001). Em músicos, o uso excessivo dos membros superiores predispõe às doenças ocupacionais como tendinopatias, mialgias e síndrome do superuso (FRANK; CAV, 2007). Pesquisa realizada com amostra adulta do Reino Unido identificou, como fatores de risco para dor nas regiões do pescoço e membros superiores, levantar repetidamente objetos pesados, fletir o pescoço por tempo prolongado, trabalhar com braços acima da altura dos ombros, não ter controle do ambiente de trabalho e ter pouco suporte do superior (SIM; LACEY; LEWIS, 2006).

Revisão sistemática identificou lesões por esforço repetitivo, sobrecarga do membro afetado por excesso de peso, adoção de postura ergonômica inadequada por tempo prolongado e questões psicológicas no trabalho como fatores predisponentes à dor em membros superiores (WALKER-BONE; COOPER, 2005). Outra revisão sistemática que analisa fatores de risco ocupacionais para dor nos ombros ressalta excesso de carga física, posturas incômodas no trabalho como rotação do tronco, flexão do tronco e elevação dos membros acima do nível dos ombros por longo período, atividade repetitiva prolongada como, por exemplo, uso do computador ou direção veicular, atividades laborais vibratórias e longo tempo de trabalho. Quanto aos fatores de risco psicossociais destacaram-se demanda de trabalho com carga psíquica, baixo controle laboral, falta de apoio de colegas e supervisores, pouca satisfação no trabalho e desestímulo (VAN DER WINDT et al., 2000).

As percepções dos docentes sobre as condições de trabalho que se associaram à dor em membros superiores se assemelham com as de outros adultos trabalhadores. Contudo, a diferença encontra-se no tipo de atividade laboral capaz de iniciar, agravar ou perpetuar o estímulo doloroso. Posturas ergonômicas inadequadas também foram reportadas, principalmente quando associadas às condições para escrever no quadro. A carga física foi representada pelas condições para carregar o material didático, mesmo não tendo sido mensurado objetivamente o peso que isso representa. Já aspectos psíquicos podem ser verificados naqueles que consideraram equilíbrio entre a vida profissional e pessoal regular/ruim, assim como a percepção sobre a quantidade inadequada de alunos por sala de aula.

Com relação à dor crônica na coluna lombar, o presente estudo identificou, após ajustes, associação significativa apenas com as condições para escrever no quadro. A dor nessa região vem ganhando destaque na literatura pela multidimensionalidade que a compõe, podendo iniciar logo na infância e se estender à fase adulta (DURMUS; ILHANLI, 2012; MANSELL; KAMPER; KENT, 2013; SHAW et al., 2013). Quando considerado o ambiente de trabalho docente, a lombalgia crônica pode ser potencialmente agravada e perpetuada por fatores ergonômicos, laborais (CHAIKLIENG; SUGGARAVETSIRI, 2012; DUNN; HESTBAEK; CASSIDY, 2013; YUE; LIU; LI, 2012) e psicológicos (YUE et al., 2014), além de estar associada com elevadas taxas de absenteísmo (WYNNE-JONES et al., 2013).

Posturas inadequadas, influenciadas por ambientes com condições adversas, contribuem para o aparecimento dessa DME. Enquanto cabeça flexionada favorece dor no pescoço e em membros superiores, cadeiras e mesas de tamanhos inadequados resultam em falta de apoio das regiões torácica e lombar e flexão inadequada de joelhos, quadris e tronco (CHIU; LAM, 2007). De acordo com Barros et al. (2007), o trabalho do professor envolve considerável carga física, estabelecida pela permanência do educador em posição ortostática por até 95% do tempo gasto em atividades educacionais, com graus variados de flexão do pescoço.

Pesquisa realizada na cidade de Pelotas (RS) identificou, numa amostra populacional adulta, trabalhar na posição deitada, carregar peso e realizar movimento repetitivo como fatores associados à dor na coluna lombar (SILVA; FASSA; VALLE, 2004). De acordo com Helfenstein Júnior, Goldenfum e Siena (2010), os fatores de risco para essa dor envolvem características das esferas individuais e profissionais. Na primeira destacam-se idade, sexo, IMC, desequilíbrio e redução da força muscular, condições socioeconômicas e comorbidades. Já a segunda envolve movimentos e posturas incorretas por inadequações do ambiente de trabalho e dos equipamentos disponíveis, e pelo sistema organizacional laboral e sua forma de execução. Nesta pesquisa, a percepção sobre as condições para escrever no quadro afetando o trabalho se associou à dor na coluna lombar nessa categoria profissional específica que é a docência, ou seja, o professor provavelmente se submete a posturas e movimentos inadequados para conseguir

utilizar o quadro negro quando este está acima ou abaixo de suas necessidades ergonômicas.

Professores que referiram que o tempo que permaneciam em pé afetava o trabalho apresentaram mais dor crônica em membros inferiores. Outras condições de trabalho que se relacionaram em menor magnitude foram tempo de profissão maior que 20 anos e percepção de equilíbrio entre vida profissional e pessoal regular/ruim. Idade avançada (BRANCO et al., 2011) e excesso de carga laboral como, por exemplo, mais de um vínculo de trabalho, esforço físico e carga horária semanal superior a 20 horas são outros fatores destacados na literatura (BRANCO et al., 2011; RIBEIRO et al., 2014).

O maior tempo de prestação de serviço está diretamente associado com o avançar da idade. Os resultados deste estudo indicam que, apesar da idade, o tempo de profissão pode contribuir para a ocorrência de dor crônica em membros inferiores, pois as análises foram ajustadas por idade do professor. Entretanto, em pesquisas realizadas com população idosa, a dor nessa região é frequentemente reportada (DELLAROZA et al., 2013; DELLAROZA; PIMENTA; MATSUO, 2007). Com o processo de envelhecimento há diminuição da elasticidade dos tendões, ligamentos e cápsulas articulares por deficiências do colágeno. Como resultado, há restrição da mobilidade, da amplitude de movimentos e da flexibilidade das articulações. A dor, nesse contexto, resulta do processo degenerativo da cartilagem por sobrecarga articular, principalmente quando há excesso de peso e movimentos excessivos (FERREIRA; MARQUES, 2013).

Quanto ao tempo de permanência em pé como fator que afeta o trabalho docente, pesquisa realizada com profissionais da enfermagem também identificou, após análise de regressão, associação de dor em membros inferiores com postura de trabalho andando, em pé ou agachada (RIBEIRO; FERNANDES, 2011). Já Delcor et al. (2004) não verificaram associação entre dor/formigamento nas pernas com o tempo que o professor permanece em pé, o que talvez seja justificado pela amostra de tamanho menor daquele estudo ($n = 250$) e pelo agrupamento de professores com características de atuação diferentes, ou seja, da rede de ensino pré-escolar ao ensino médio.

Para Barros et al. (2007), as principais fontes de tensão e cansaço dos professores relacionam-se com tarefas repetitivas, ritmo de trabalho, ruído elevado, calor, flexão frequente de tronco para ensino individual, elevação do membro superior direito, para os destros, acima dos ombros para escrita no quadro, espaço improvisado de sala de aula, iluminação deficiente, falta de material didático, número elevado de alunos por sala, dificultando a atenção individualizada, e presença de alunos com necessidades especiais. Essas fontes de tensão e cansaço, associadas à necessidade de realização de atividades extraclasse não inclusas na carga horária semanal docente, contribuem para o desequilíbrio entre a vida pessoal e profissional. Erdamar e Demirel (2014) identificaram que professores que trabalham no ensino privado na Turquia sofrem com o desequilíbrio entre a vida pessoal e profissional, permitindo tanto a interferência de conflitos laborais no núcleo familiar, quanto de conflitos domésticos no desempenho de seu trabalho. Esse excesso de demanda laboral e sobrecargas físicas e psicológicas podem resultar em maior incidência de morbidades, como a dor crônica em membros inferiores identificada neste estudo.

Apesar dos diferentes procedimentos metodológicos observados nas pesquisas científicas, a associação das condições de trabalho docente com DME é frequentemente encontrada. Dessa forma, conhecer essa relação de acordo com regiões corporais distintas, por meio de controle de variáveis de confusão, permite melhor compreensão do fenômeno doloroso para intervenções direcionadas e efetivas.

5.4 CARACTERÍSTICAS DA DOR CRÔNICA QUE MAIS INCOMODA

Esta seção explora a região do corpo com dor crônica que mais incomodou o professor nos seis meses que antecederam a pesquisa, assim como suas características. As regiões reportadas como mais dolorosas foram membros superiores, cabeça, membros inferiores e coluna lombar.

Nesta pesquisa, além de ser mais frequente em mulheres, a dor na região da cabeça apresentou mais frequentemente duração superior a 10 anos, com ocorrência semanal, de intensidade intensa a insuportável e com interferência no

lazer e trabalho dos professores. Entre os docentes que tinham esse tipo de dor que mais incomodava, o tempo de afastamento laboral por problemas de saúde foi predominantemente de um a sete dias. Houve maior proporção de relatos de capacidade para o trabalho “baixa/muito baixa” em relação às exigências mentais comparado às demais regiões analisadas com dor crônica. Utilização de medicamentos para alívio dessa dor foi frequentemente citada, assim como o não alívio após tratamento médico e necessidade de automedicação.

A dor na região de cabeça é complexa e multifatorial, podendo ser enxaqueca com aura, enxaqueca sem aura, cefaleias tensionais, dor na cabeça atribuída a traumas e danos locais, desordens vasculares de crânio e pescoço, continuidade ou não de uso de determinadas substâncias químicas, infecções ou alterações de crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios paranasais, dentes, boca ou outras estruturas faciais ou cervical. Conhecer o curso dessa dor como, por exemplo, história progressiva, histórico familiar, efeito medicamentoso e relação com ciclo menstrual, idade, sexo ou outras características, pode permitir elucidação de fatores desencadeantes e possibilidades de resolução do problema que causa esse tipo de dor (OLESEN, 2013).

A maior prevalência no sexo feminino, principalmente quando há diagnóstico de enxaqueca, é consenso na literatura, não sendo achado exclusivo em professores (BUSE et al., 2012; DIENER et al., 2015; PAHIM; MENEZES; LIMA, 2006). Pahim, Menezes e Lima (2006) entrevistaram 2.715 indivíduos da zona urbana da cidade de Pelotas (RS) e identificaram prevalência de cefaleia e enxaqueca de 71,3% e 10,7%, respectivamente. As mulheres apresentaram quatro vezes mais enxaqueca do que os homens, e aquelas em uso de anticoncepcional hormonal tiveram 30% mais esse problema do que as que não o usavam. Também verificaram que 93,5% das pessoas com enxaqueca referiram algum tipo de limitação nas suas atividades de vida diária na presença da dor.

A enxaqueca pode se iniciar na infância e se estender até a fase adulta (BUSE et al., 2012; CHENG et al., 2016b; MALEKI et al., 2016). Entretanto, seu diagnóstico requer cumprimento de alguns critérios como dor de cabeça com tempo de duração igual ou superior a 15 dias em um mês por pelo menos três meses (DIENER et al., 2015; OLESEN, 2013). Nesta pesquisa, apesar de elevado

percentual de professores com dor crônica reportarem diagnóstico médico de enxaqueca (31,1%), não foi possível confirmar se houve precisão nos critérios diagnósticos internacionalmente recomendados.

Também, a inexatidão do local e origem da dor de cabeça encontrada neste estudo dificulta comparações com outras morbidades associadas ao trabalho docente. Alterações vocais, por exemplo, são frequentemente observadas nessa categoria profissional por utilizarem a voz como instrumento essencial para desenvolvimento laboral (FERREIRA et al., 2016; FILLIS et al., 2016; MARÇAL; PERES, 2011). Sexo feminino, presença de rinite/sinusite (MARÇAL; PERES, 2011), carga horária semanal maior que 20 horas, histórico familiar de disфонia e exposição ao pó de giz (CEBALLOS et al., 2011) são algumas variáveis associadas às alterações vocais em professores. Nesta pesquisa, presença de sinusite referida como diagnosticada por médico destacou-se em docentes com dor crônica, podendo também ser responsável pela cronicidade álgica no segmento cefálico.

O recurso medicamentoso para alívio da dor, seja por indicação médica ou por automedicação, é frequentemente utilizado quando se trata de quadro intenso e incapacitante. Porém, o uso de fármacos sem prescrição e acompanhamento médico pode trazer resistência bacteriana, reações de hipersensibilidade, dependência, sangramento digestivo, abstinência e ainda aumentar o risco para determinadas neoplasias e mascarar a evolução de determinada doença (AQUINO, 2008). Além disso, o professor é visto como modelo pelos seus alunos, os quais são capazes de reproduzir práticas e comportamentos observados. Nesse contexto, o hábito da automedicação deve ser desencorajado para que não seja perpetuado pelos discentes ou por outras pessoas próximas do convívio docente, mesmo que o mesmo refira capacidade de autocontrole do seu estado álgico. Atingir equilíbrio entre automedicação e autocontrole da dor é desafio não apenas nessa categoria profissional, mas para toda população.

Pesquisa realizada com população urbana em município do Sul do Brasil identificou uso de medicamentos em 69,9% dos entrevistados, dos quais 76,1% se automedicavam. A cefaleia foi a principal queixa motivadora de automedicação. Dos fármacos utilizados na automedicação, 51,2% foram indicados por terceiros e 51,7% dessas indicações eram prescrições médicas emitidas em consultas anteriores

(VILARINO et al., 1998). Outras pesquisas também ressaltam a elevada frequência de automedicação em casos de cefaleias (ARRAIS et al., 1997; OLIVEIRA; PELÓGIA, 2011).

A automedicação tem raiz cultural e está relacionada à dificuldade de acesso à atenção médica no Brasil. O desafio torna-se maior quando o objetivo é aliviar as dores na cabeça, por serem intensas, mas com boa resposta terapêutica medicamentosa por meio de fármacos de baixo custo e fácil aquisição (ARRAIS et al., 1997; LEITE; VIEIRA; VEBER, 2008). Ainda assim, procura por profissional habilitado para resolução do problema, acesso às informações em saúde e avaliação dos fatores laborais condicionantes do processo algico são ações necessárias para elucidação do fenômeno doloroso e melhora da qualidade de vida da população. A não procura por tratamento médico é preocupante, pois pode significar descrença terapêutica e riscos à saúde.

Dor crônica em membros superiores referida como a que mais incomodava foi mais frequente no sexo feminino, enquanto em membros inferiores foi proporcionalmente maior em professores acima de 50 anos e com IMC classificado como sobrepeso/obesidade. O tempo de existência de dor nessas regiões foi principalmente entre seis meses e cinco anos, com frequência diária e de intensidade moderada a insuportável. A dor crônica nos membros superiores e inferiores dificultaram o sono dos docentes em maior proporção em relação à dor crônica nas regiões da cabeça e coluna lombar. Quanto à capacidade para o trabalho considerando as exigências físicas, observou-se maior frequência de respostas “baixa/muito baixa” nos educadores que referiram dor que mais incomodava em membros superiores. Esse mesmo tipo de dor demandou maior procura médica e tratamento nos 12 meses que antecederam a pesquisa comparado às demais regiões estudadas. Para dor em membros inferiores, a melhora foi maior quando realizado tratamento não medicamentoso em relação aos outros locais.

Posturas e condições laborais inadequadas são frequentemente associadas com dor crônica nos membros superiores e inferiores em professores (CHAIKLIENG; SUGGARAVETSIRI, 2012; DELCOR et al., 2004; KORKMAZ; CAVLAK; TELCI, 2011). Enquanto não há adequação das condições trabalhistas, educadores buscam adaptações para tentar garantir qualidade de vida e força laboral. Mas, quando esse

esforço supera as capacidades físicas e mentais, o equilíbrio emocional é descompensado, com manifestação nos diversos sistemas orgânicos. O sofrimento do sistema musculoesquelético nessas situações é consenso em pesquisas, sendo os membros superiores e inferiores amplamente prejudicados nessa profissão (ERICK; SMITH, 2011; FERNANDES; ROCHA; FAGUNDES, 2011).

Nesta pesquisa, docentes que referiram dor crônica mais incômoda nos membros superiores e inferiores refeririam maior dificuldade para dormir, mas, por se tratar de estudo transversal, não há como estabelecer relação de causalidade nessa associação. A relação entre condições crônicas dolorosas e distúrbios do sono pode ser bidirecional, podendo a pior qualidade do sono também agravar o processo algico (CALL-SCHMIDT; RICHARDSON, 2003; LAUTENBACHER; KUNDERMANN; KRIEG, 2006; MOLDOFSKY, 2001; SMITH; HAYTHORNTHWAITE, 2004). O mecanismo exato de como essa interrelação ocorre ainda não está bem elucidado. Revisão sistemática de estudos experimentais concluiu que a privação do sono produz reações hiperálgicas, além de interferir na ação de fármacos analgésicos e no mecanismo serotoninérgico. Contudo, os autores concluíram que ainda há necessidade de aprofundamento metodológico para compreender qual parte do ciclo do sono interfere diretamente na percepção dolorosa, como reagem os componentes do sistema somatossensorial da dor quando há distúrbios do sono, e quais são os mecanismos mediadores dessa relação (LAUTENBACHER; KUNDERMANN; KRIEG, 2006).

A incapacidade funcional quando há acometimento dos membros por dor crônica também é destacada em alguns estudos (BRANCO et al., 2011; MANGO et al., 2012), assim como a necessidade de atendimento médico (CARVALHO; ALEXANDRE, 2006; MANGO et al., 2012). Não é surpreendente que pessoas com dor crônica procurem assistência médica com maior frequência que as demais (BLYTH et al., 2004; GERDLE et al., 2004). Mas, pesquisa australiana realizada por Blyth et al. (2004) identificou que o processo algico crônico, quando interfere significativamente nas atividades da vida diária, pode aumentar o número de consultas médicas em até cinco vezes e o de hospitalizações em até duas vezes, mesmo após controle de variáveis.

As consequências finais da dor crônica convergem, muitas vezes, com hospitalizações e tratamentos dispendiosos aos serviços de saúde. Entretanto, estudo realizado com população indiana que indicou elevada prevalência de dor em membros inferiores, principalmente em joelhos, pernas e articulações, observou sérias incapacidades advindas dessa condição, como caminhar, praticar atividades físicas e sociais, realizar tarefas domésticas, dirigir, dormir, manter estilo de vida independente, ter relações sexuais e manter bom relacionamento com amigos e familiares (DUREJA et al., 2014).

O alívio da dor nesses pacientes é um desafio, pois normalmente são pessoas que passam por longo processo doloroso, e apresentam sofrimento psíquico e comprometimentos físico e laboral, além de descrença terapêutica por resultados prévios insatisfatórios. Essas condições podem favorecer não adesão ao tratamento médico e estimular realização de terapêuticas alternativas de eficácia não comprovada ou prática de automedicação (KURITA; PIMENTA, 2003). Neste trabalho, para dor em membros inferiores, a melhora foi maior em comparação a dor em outros locais quando realizado tratamento não medicamentoso.

Como estratégia adjuvante, a busca de tratamentos alternativos vem ganhando destaque entre esses indivíduos (YENG et al., 2001). Atendimento especializado com técnicas específicas de acupuntura, termoterapia, osteopatia, eletroterapia, cinesioterapia, terapia manual, manipulação vertebral, utilização de órteses ou próteses e equipamentos que auxiliam na marcha, repouso, terapia ocupacional e outros métodos que envolvem atuação multiprofissional têm sido destacados na literatura (ALPER et al., 2016; ELER; JAQUES, 2006; ROSA; DIAS; RONCADA, 2016; YENG et al., 2001).

Outra região importante do sistema musculoesquelético e com frequente manifestação de dor é a coluna lombar. A lombalgia crônica, referida como a dor que mais incomodava, destacou-se no sexo masculino, em comparação a dores em outras regiões do corpo, e apresentou duração variável, mas principalmente até dois anos, com episódio álgico diário a semanal e de intensidade moderada. O tempo de afastamento do trabalho por motivos de saúde entre professores com dor na coluna lombar foi principalmente acima de 30 dias, mas a frequência de procura médica para tratamento específico dessa dor foi menor, comparado às demais regiões. Dos

docentes que realizaram acompanhamento médico, a maioria referiu ter seguido tratamento recomendado, precisando de associação de terapêutica farmacológica e não farmacológica para alívio da dor.

A ocorrência de sintomas osteomusculares localizados na coluna lombar é encontrada em diversos estudos com professores (CARDOSO et al., 2009; CARVALHO; ALEXANDRE, 2006). A maior prevalência dessa dor em mulheres foi encontrada neste e em outros trabalhos (CARDOSO et al., 2011; CARDOSO et al., 2009; SILVA; FASSA; VALLE, 2004). Entretanto, nesta pesquisa, comparativamente a dores em outros locais do corpo, houve maior proporção de homens com dor na coluna lombar. Já Yue, Liu e Li (2012) não observaram diferença entre os sexos, mas associaram $IMC \geq 28 \text{ Kg/m}^2$ como fator de risco para dor na coluna lombar.

Apesar do tempo de existência dessa dor ser proporcionalmente menor em relação às demais regiões do corpo analisadas nesse trabalho, sua ocorrência tornou-se preocupante pelo caráter incapacitante e associação com elevadas taxas de absenteísmo por longo tempo (AXÉN; LEBOEUF-YDE, 2013).

Estudo realizado em população adulta no Sul do Brasil estimou que o tempo médio de duração da dor na coluna lombar foi de 83 dias (SILVA; FASSA; VALLE, 2004). De acordo com Fernandes, Rocha e Oliveira (2009), professores com lombalgia apresentam maior frequência de interferência da dor na realização das atividades diárias e necessidade de ajuda de algum profissional da área da saúde. Outras pesquisas também verificaram essa dor como responsável pelo maior percentual de queixas por incapacidade funcional e procura médica (BRANCO et al., 2011; CARVALHO; ALEXANDRE, 2006; CEBALLOS et al., 2011; FERNANDES; ROCHA; OLIVEIRA, 2009).

Salveti et al. (2012) estudaram pacientes com dor lombar crônica, com duração algica igual ou superior a seis meses, e identificaram maior prevalência de incapacidade naqueles com dor intensa e prolongada, e com autoeficácia baixa, sintomas depressivos, fadiga e elevado medo da dor. Observaram, também, que aqueles sem trabalho remunerado apresentaram mais que o dobro de chance de estarem incapacitados do que os que estavam trabalhando. Nesse caso, geram

hipótese de que indivíduos tendem a focar mais atenção à dor por estarem longe de atividades laborais, sentindo-se desvalorizados socialmente.

Se para alguns a inatividade laboral é capaz de gerar desestabilização emocional, com repercussões físicas e psicológicas, para outros o absenteísmo pode ser visto como mecanismo de defesa contra tensões advindas das condições de trabalho. Matos et al. (2008) observaram prevalências significativamente maiores entre indivíduos de 40 a 49 anos, fumantes e nos que consideravam seu trabalho penoso. Porém, nesse estudo, mesmo que 29,9% dos entrevistados tenham referido dificuldades para realizar suas atividades de vida diária ou no trabalho por dor na coluna lombar, o absenteísmo foi muito baixo (9,5%) (MATOS et al., 2008). Já metanálise de estudos de coorte estimou que 32,0% dos trabalhadores afastados por dor crônica na coluna lombar ainda continuam ausentes após um mês do afastamento, e 7,0% após um período igual ou superior a seis meses (WYNNE-JONES et al., 2013).

Assim como as demais regiões com dor crônica, a lombalgia requer terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, sendo alvo de diversas pesquisas científicas (BRAZIL et al., 2004; MONTENEGRO, 2014; ROSA; DIAS; RONCADA, 2016; SHAHEED et al., 2016). Entretanto, por ser uma dor complexa e multifatorial, capaz de gerar elevados gastos públicos e repercutir negativamente na qualidade de vida do trabalhador, requer cuidadosa atenção para seu manejo. Assim como foi feito neste estudo com professores, trabalhos que aprofundem as condições que se associam à lombalgia crônica em outras categorias profissionais, por meio de variáveis de ajuste relevantes, são necessários para planejamento de ações mais específicas e direcionadas.

6 Conclusões

Os resultados do presente estudo sobre dor crônica e sua associação com percepções e condições de trabalho de professores que atuam na rede estadual de ensino de Londrina (PR) permitiram as seguintes conclusões:

Caracterização da população:

- A população desta pesquisa foi composta, em sua maioria, por professores do sexo feminino, com idade acima de 40 anos (média de 41,5 anos), que residiam com companheiro, de raça/cor referida como branca, pós-graduados na modalidade *lato sensu* e com renda familiar mensal de até R\$ 5.000,00.
- Os docentes foram classificados, em sua maioria, com sobrepeso ou obesidade e sem realização de atividade física pelo menos uma vez por semana ou com tempo insuficiente de prática de exercícios físicos. As prevalências de consumos de tabaco, álcool (eventual ou diariamente) e café diário foram, respectivamente, 7,9%, 49,5% e 67,3%.
- Quanto às condições de trabalho, prevaleceram professores com vínculo estatutário, período de experiência profissional de três a 10 anos (tempo médio de trabalho na carreira docente foi de 13,9 anos), que se sentiram realizados profissionalmente, trabalhando em pelo menos dois locais diferentes e em dois turnos do dia e com carga horária semanal superior a 30 horas.
- Em relação às percepções do docente sobre as condições de trabalho, ressaltam-se aquelas classificadas principalmente como “ruim/regular”: quantidade de alunos por sala de aula e infraestrutura da escola para descanso e preparo de atividades. Entre as condições que os professores percebiam como afetando seu trabalho, ressaltaram-se exposição a ruídos dentro da sala de aula, condições para carregar os materiais didático e audiovisual, tempo de permanência em pé, condições para escrever no quadro, posição do corpo em relação ao mobiliário ou equipamentos e ritmo e intensidade do seu trabalho.

Prevalência e características da dor crônica

- A prevalência de dor crônica em professores da rede estadual de ensino de Londrina foi de 42,6% (n=408), sendo mais elevada entre as mulheres, entre professores na faixa etária acima de 40 anos, entre os que referiram raça/cor como branca ou amarela/indígena, entre aqueles que não realizavam atividade física pelo menos uma vez por semana ou realizavam de forma insuficiente e não consumidores de álcool.
- As prevalências das comorbidades referidas como diagnosticadas por médico, como enxaqueca, ansiedade, sinusite, depressão, hipertensão arterial, artrite/artrose/reumatismo e insônia, foram significativamente maiores entre docentes com dor crônica em comparação aos sem dor.

Dor crônica e condições de trabalho:

- A dor crônica prevaleceu na população com vínculo empregatício tipo estatutário e tempo de atuação como professor acima de 20 anos.
- Em relação às percepções sobre as condições de trabalho docente, a prevalência de dor crônica foi maior entre professores que consideraram ruim/regular motivação para chegar ao trabalho, equilíbrio entre vida pessoal e profissional, quantidade de alunos por sala de aula e infraestrutura para descanso, estudo e preparo das atividades. Das situações reportadas como capazes de afetar seu desempenho profissional ressaltaram-se como associadas à dor crônica: condições para carregar o material didático e para escrever no quadro, tempo de permanência em pé, posição do corpo em relação ao mobiliário e equipamentos, e ritmo e intensidade do seu trabalho.
- Membros superiores e inferiores e coluna lombar foram os locais do corpo mais acometidos pela dor crônica, e as condições de trabalho associaram-se de forma diferente conforme essas regiões.
- Após ajustes por possíveis variáveis de confusão, a dor em membros superiores foi mais prevalente entre professores que perceberam que as

condições para escrever no quadro e para carregar o material didático afetavam seu trabalho, assim como o tempo que permaneciam em pé e a posição do corpo em relação ao mobiliário e equipamentos. A percepção do professor quanto à quantidade de alunos em sala de aula e o equilíbrio entre vida pessoal e profissional classificados como regular/ruim também se associaram a essa dor. Menor prevalência de dor crônica musculoesquelética em membros superiores foi observada entre professores com dois ou mais vínculos de trabalho.

- Após análises ajustadas, a lombalgia crônica se relacionou à pior percepção das condições para escrever no quadro. Já a dor crônica em membros inferiores associou-se ao tempo de profissão por mais de 20 anos, à percepção regular/ruim quanto ao equilíbrio entre a vida profissional e pessoal e à percepção de que o tempo que permaneciam em pé afetava seu trabalho.

Características da dor crônica que mais incomoda:

- As regiões do corpo reportadas como com dores mais dolorosas foram membros superiores (94; 23,4%), cabeça (91; 22,6%), membros inferiores (72; 17,9%) e coluna lombar (64; 15,9%).
- **Dor na região da cabeça:** houve predominância em mulheres, com duração superior a 10 anos, com frequência de ocorrência semanal, de intensidade intensa a insuportável e com interferência no lazer e trabalho dos professores, em sua maioria. O tempo de afastamento laboral por problemas de saúde foi principalmente de um a sete dias. Houve maior proporção de relatos de capacidade para o trabalho “baixa/muito baixa” em relação às exigências mentais. Utilização de medicamentos para alívio dessa dor foi frequentemente citada, assim como o não alívio após tratamento médico e necessidade de automedicação.
- **Dor nos membros superiores e inferiores:** dor crônica em membros superiores foi mais frequente no sexo feminino, enquanto em membros inferiores foi proporcionalmente maior em professores acima de 50 anos e com IMC classificado como sobrepeso/obesidade. O tempo de existência de

dor nessas regiões foi principalmente entre 6 meses e 5 anos, principalmente com frequência diária e de intensidade moderada a insuportável. Dores crônicas nos membros superiores e inferiores dificultaram o sono dos docentes em maior proporção em comparação a dores em outros locais. Quanto à capacidade para o trabalho, considerando as exigências físicas, observou-se maior frequência de respostas “baixa/muito baixa” entre educadores com dor em membros superiores. Essa mesma região demandou maior procura médica e tratamento nos 12 meses que antecederam a pesquisa. Para dor em membros inferiores, a melhora foi maior principalmente quando realizado tratamento não medicamentoso.

- **Dor na coluna lombar:** destacou-se no sexo masculino em comparação com dores em outros locais do corpo e apresentou duração variável, mas principalmente até dois anos, com episódio algico principalmente diário a semanal e de intensidade moderada. O tempo de afastamento do trabalho por motivos de saúde entre professores com dor na coluna lombar foi principalmente de 30 dias ou mais, mas a frequência de procura médica para tratamento específico dessa dor foi menor comparado às demais regiões. Dos docentes que realizaram acompanhamento médico, a maioria seguiu tratamento recomendado, precisando de associação de terapêutica farmacológica e não farmacológica para alívio da dor.

7 Considerações Finais

Este estudo permitiu identificar a associação da dor crônica em diferentes regiões do corpo com condições laborais específicas, reforçando a hipótese de que o processo de trabalho docente merece ser revisto quanto às demandas exigidas pelo mercado educacional.

Investimentos em saúde ocupacional, com programas dentro do ambiente escolar para prevenção e controle da dor, precisam ser prioritários, com inclusão de profissionais da educação física e/ou fisioterapeutas nas escolas, capacitados em técnicas de relaxamento, alongamento e fortalecimento muscular. A aplicação de recursos fisioterapêuticos e ergonômicos requer conhecimento de diversas áreas, como biomecânica, postura, antropometria, anatomia, fisiologia, entre outras, permitindo diagnóstico precoce e terapêutica direcionada para prevenção/amenização dos sintomas musculoesqueléticos (BARROS; LOUZADA, 2007; BRANCO et al., 2011).

Deve-se incentivar estratégias que minimizem o sedentarismo, garantindo espaços físicos e horários reservados para prática de atividade física. Outras opções seriam o incentivo aos deslocamentos a pé ou de bicicleta durante o percurso de ida e volta do trabalho, uso de escadas sempre que possível, e realização de grupos para prática de exercícios físicos em horários de lazer. Essas atitudes garantem bom funcionamento osteomuscular, melhora a disposição e o humor, diminui a obesidade e trazem outros benefícios à saúde, incluindo a diminuição da incidência de dor.

A estrutura física do colégio deve ser planejada e/ou remodelada para que sempre haja opções de acessibilidade, e os mobiliários e equipamentos precisam estar de acordo com a necessidade ergonômica do docente, por exemplo: adequar a dimensão e posição do quadro de giz para prevenir lesões por esforço repetitivo, adquirir cadeiras confortáveis e ajustáveis capazes de apoiar toda coluna dorsal e mesas de tamanho adequado, garantir boa iluminação do ambiente para minimizar vícios posturais em busca de melhor visualização, deixar materiais audiovisuais fixados nas salas de aula, e otimizar transporte dos materiais didáticos por meio de mochilas com rodas.

Esses investimentos poderiam minimizar relatos de dor crônica em diversas regiões do corpo, com melhor adequação ergonômica do professor. Ainda devem

ser consideradas estratégias que visem redução da quantidade de alunos em sala, garantindo melhor aproveitamento das atividades acadêmicas e menor desgaste emocional do educador. A diminuição das tensões físicas e emocionais promovem bem-estar docente pela diminuição da dor e aumenta produtividade, com impacto positivo no sistema educacional.

Além disso, reuniões periódicas com toda a equipe pedagógica, com objetivo de compreender as adversidades laborais, permitiriam participação do professor e abertura de diálogo em relação às situações conflituosas. As novas demandas do sistema educacional e suas condições, marcadas pela precariedade do ensino público, poucos trabalhos pedagógicos em equipe, condições contratuais instáveis, desvalorização profissional, baixos salários, indisciplina discente, desinteresse do familiar sobre acontecimentos escolares e limitação de recursos humanos, tornam o professor fragilizado frente aos desafios da profissão.

O objetivo de atingir a qualidade de vida no trabalho chega a ser uma forma de gestão de estresse. Gestores do sistema educacional e supervisores locais precisam realizar diagnóstico dos problemas existentes, identificando fatores que ameaçam a saúde dos trabalhadores e a qualidade de vida no trabalho. Com base nisso, devem formular programa direcionado com projetos e ações que deverão ser implementados, avaliados e replanejados num determinado período de tempo, para promoção do bem-estar laboral (FERREIRA, 2012).

Outra vertente é o investimento em reabilitação dos professores com dor crônica já instalada. Esta visa não apenas restabelecimento da qualidade de vida, mas também readaptação e reabilitação social e profissional, tornando-se necessárias ações interdisciplinares para alcance desses objetivos. O controle do quadro algico é de primordial importância para esses indivíduos. Terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas são indicadas para recuperação da autoconfiança e encorajamento na execução das atividades diárias. Nesse contexto, destaca-se o incentivo à procura médica quando necessário para uso criterioso de medicamentos. Evitar tratamentos empíricos, sem fundamentação ou indicação profissional, reduz iatrogenias, além de ser uma das metas no manejo de pessoas com dor crônica (YENG et al., 2006).

Por fim, é importante que pesquisas futuras utilizem a definição de dor crônica internacionalmente recomendada para permitir comparação de prevalências, assim como ampliem as variáveis de ajustes com base na literatura. Investimentos em pesquisas qualitativas e quantitativas de desenho longitudinal, assim como melhor análise ergonômica no trabalho, devem ser estimulados para melhor aprofundamento quanto às consequências individuais e sociais da dor crônica ao longo dos anos, nessa categoria profissional.

Espera-se que este estudo possa proporcionar maior esclarecimento sobre a relação entre dor crônica e condições de trabalho de professores, e possibilitar reflexão sobre estratégias de enfrentamento desse problema de alta prevalência entre esses profissionais.

Referências

- ABATE, M. et al. Cigarette smoking and musculoskeletal disorders. **MLTJ Muscles, Ligaments and Tendons Journal**, v. 3, n. 2, p. 63-69, 2013.
- ABDULMONEM, A. et al. The prevalence of musculoskeletal pain & its associated factors among female Saudi school teachers. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, v. 30, n. 6, p. 1191-1196, 2014.
- ALFORD, D. P. et al. Primary care patients with drug use report chronic pain and self-medicate with alcohol and other drugs. **Journal of General Internal Medicine**, v. 31, n. 5, p. 486-491, 2016.
- ALGHWIRI, A.; MARCHETTI, G. Occupational back pain among schoolteachers in Jordan: estimated prevalence and factors associated with self-reported pain and work limitations. **International Journal of Occupational Safety and Ergonomics**, p. 1-6, 2016.
- ALPER, B. S. et al. Point-of-care application of: guidelines and evidence on acupuncture for chronic low back pain. **European Journal of Integrative Medicine**, v. 8, n. 4, 2016.
- AMADEI, S. U. et al. A influência da deficiência estrogênica no processo de remodelação e reparação óssea. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 42, n. 1, p. 5-12, 2006.
- ANDERSSON, H. I. The course of non-malignant chronic pain: a 12-year follow-up of a cohort from the general population. **European Journal of Pain**, v. 8, n. 1, p. 47-53, 2004.
- ANDRADE, P. S. D.; CARDOSO, T. A. D. O. Prazer e dor na docência: revisão bibliográfica sobre a Síndrome de Burnout. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 129-140, 2012.
- ANSER, M. A. C. I.; JOLY, M. C. R. A.; VENDRAMINI, C. M. M. Avaliação do conceito de violência no ambiente escolar: visão do professor. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 5, n. 2, p. 67-81, 2003.
- ANTONELLI, B. A. et al. Prevalence of cervicobrachial discomforts in elementary school teachers. **Work**, v. 41, n. Supplement 1, p. 5709-5714, 2012.
- ANUAR, N. F. M. et al. Work Task and Job Satisfaction Predicting Low Back Pain among Secondary School Teachers in Putrajaya. **Iranian Journal of Public Health**, v. 45, n. 1, p. 85-92, 2016.
- AQUINO, D. S. D. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 733-736, 2008.
- ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.

- ARRAIS, P. S. D. et al. Perfil da automedicação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 71-77, 1997.
- ARVIDSSON, I. et al. Cross-sectional associations between occupational factors and musculoskeletal pain in women teachers, nurses and sonographers. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 17, n. 1, p. 35-50, 2016.
- ASSUNÇÃO, A. A.; OLIVEIRA, D. A. Intensificação do trabalho e saúde dos professores. **Educação & Sociedade**, v. 30, n. 107, p. 349-372, 2009.
- AXÉN, I.; LEBOEUF-YDE, C. Trajectories of low back pain. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 27, n. 5, p. 601-612, 2013.
- AZEVEDO, J. M. L. Plano Nacional de Educação e Planejamento: a questão da qualidade da educação básica. **Retratos da Escola**, v. 8, n. 15, p. 265-280, 2015.
- AZEVEDO, L. F. et al. Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. **The Journal of Pain**, v. 13, n. 8, p. 773-783, 2012.
- BANDPEI, M. A. M. et al. Occupational low back pain in primary and high school teachers: prevalence and associated factors. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, v. 37, n. 9, p. 702-708, 2014.
- BANTA-GREEN, C. J. et al. Opioid use behaviors, mental health and pain: development of a typology of chronic pain patients. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 104, n. 1, p. 34-42, 2009.
- BAPTISTA, M. N. et al. Avaliação de depressão, síndrome de Burnout e qualidade de vida em bombeiros. **Psicologia Argumento**, v. 23, n. 42, p. 47-54, 2005.
- BARROS, M. E. et al. Saúde e trabalho docente: a escola como produtora de novas formas de vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 103-123, 2007.
- BARROS, M. E. B. D.; LOUZADA, A. P. Dor-desprazer-trabalho docente: como desfazer essa tríade. **Psicologia USP**, v. 18, n. 4, p. 13-34, 2007.
- BATISTA, J. B. et al. Prevalence of Burnout Syndrome and sociodemographic and work factors of elementary education teachers of the City of Joao Pessoa. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 3, p. 502-512, 2010.
- BAUER, J. et al. Working conditions, adverse events and mental health problems in a sample of 949 German teachers. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, v. 80, n. 5, p. 442-449, 2007.
- BECKER, W. C. et al. The association between chronic pain and prescription drug abuse in Veterans. **Pain Medicine**, v. 10, n. 3, p. 531-536, 2009.
- BLYTH, F. M. et al. Chronic pain and frequent use of health care. **Pain**, v. 111, n. 1, p. 51-58, 2004.

BLYTH, F. M. et al. Chronic pain in Australia: a prevalence study. **Pain**, v. 89, n. 2-3, p. 127-134, 2001.

BONVANIE, I. J. et al. Sleep problems and pain: a longitudinal cohort study in emerging adults. **Pain**, v. 157, n. 4, p. 957-963, 2016.

BRANCO, J. C. et al. Prevalência de sintomas osteomusculares em professores de escolas públicas e privadas do ensino fundamental. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 2, p. 307-314, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República 1988.

_____. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto 1996.

_____. **Projeto Lei do Senado nº 504, de 2011. Altera o parágrafo único do art. 25 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação), para estabelecer o número máximo de alunos por turma na pré-escola e no ensino fundamental e médio**. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto 2011.

BRAZIL, A. et al. Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 44, n. 6, p. 419-425, 2004.

BREIVIK, H. et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. **European Journal of Pain**, v. 10, n. 4, p. 287-333, 2006.

BRENNAN, P. L.; SCHUTTE, K. K.; MOOS, R. H. Pain and use of alcohol to manage pain: prevalence and 3-year outcomes among older problem and non-problem drinkers. **Addiction**, v. 100, n. 6, p. 777-786, 2005.

BRUEHL, S. et al. Prevalence of clinical hypertension in patients with chronic pain compared to nonpain general medical patients. **The Clinical Journal of Pain**, v. 21, n. 2, p. 147-153, 2005.

BUSE, D. C. et al. Chronic migraine prevalence, disability, and sociodemographic factors: results from the American Migraine Prevalence and Prevention Study. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, v. 52, n. 10, p. 1456-1470, 2012.

CALL-SCHMIDT, T. A.; RICHARDSON, S. J. Prevalence of sleep disturbance and its relationship to pain in adults with chronic pain. **Pain Management Nursing**, v. 4, n. 3, p. 124-133, 2003.

CARDOSO, J. P. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e dor musculoesquelética em professores. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1498-1506, 2011.

CARDOSO, J. P. et al. Prevalência de dor musculoesquelética em professores. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 4, p. 604-614, 2009.

CARLOTTO, M. S. A síndrome de burnout e o trabalho docente. **Psicologia em Estudo**, v. 7, n. 1, p. 21-29, 2002.

CARLOTTO, M. S.; PALAZZO, L. D. S. Factors associated with burnout's syndrome: an epidemiological study of teachers. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1017-1026, 2006.

CARVALHO, A. J. F. P.; ALEXANDRE, N. M. C. Sintomas osteomusculares em professores do ensino fundamental. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 10, n. 1, p. 35-41, 2006.

CASEY, C. Y. et al. Transition from acute to chronic pain and disability: a model including cognitive, affective, and trauma factors. **Pain**, v. 134, n. 1, p. 69-79, 2008.

CASTRO, M. et al. Comorbid anxiety and depression disorders in patients with chronic pain. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 67, n. 4, p. 982-985, 2009.

CATALA, E. et al. Prevalence of pain in the Spanish population telephone survey in 5000 homes. **European Journal of Pain**, v. 6, n. 2, p. 133-140, 2002.

CAVALLI, L.; TAVANI, A. Coffee consumption and its impact on health. In: (Ed.). **Beverage Impacts on Health and Nutrition**: Springer, 2016. p.29-47.

CEBALLOS, A. G. D. C. D. et al. Auditory vocal analysis and factors associated with voice disorders among teachers. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 2, p. 285-295, 2011.

CEBALLOS, A. G. D. C. D.; SANTOS, G. B. Factors associated with musculoskeletal pain among teachers: sociodemographics aspects, general health and well-being at work. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 3, p. 702-715, 2015.

CEZÁR-VAZ, M. R. et al. Trastornos musculoesqueleticos en profesores: estudio de enfermería del trabajo. **Ciencia y Enfermería**, v. 19, n. 3, p. 83-93, 2013.

CHAIKLIENG, S.; SUGGARAVETSIRI, P. Risk factors for repetitive strain injuries among school teachers in Thailand. **Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation**, v. 41, p. 2510-2515, 2012.

CHENG, H. et al. Work-related musculoskeletal disorders and ergonomic risk factors in special education teachers and teacher's aides. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, p. 137-146, 2016a.

CHENG, H. et al. Childhood onset of migraine, gender, parental social class, and trait neuroticism as predictors of the prevalence of migraine in adulthood. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 88, p. 54-58, 2016b.

CHIU, T. et al. A study on the prevalence of and risk factors for neck pain in secondary school teachers. **Public Health**, v. 120, n. 6, p. 563-565, 2006.

- CHIU, T. T.; LAM, P. K. The prevalence of and risk factors for neck pain and upper limb pain among secondary school teachers in Hong Kong. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v. 17, n. 1, p. 19-32, 2007.
- CHONG, E. Y.; CHAN, A. H. Subjective health complaints of teachers from primary and secondary schools in Hong Kong. **International Journal of Occupational Safety and Ergonomics**, v. 16, n. 1, p. 23-39, 2010.
- CIMMINO, M. A.; FERRONE, C.; CUTOLO, M. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 25, n. 2, p. 173-183, 2011.
- DA SILVA, J. A.; PINTO, N. A dor como um problema psicofísico. **Revista Dor**, v. 12, n. 2, p. 138-151, 2011.
- DAL ROSSO, S. Jornada de trabalho: duração e intensidade. **Ciência e Cultura**, v. 58, n. 4, p. 31-34, 2006.
- DARWISH, M. A.; AL-ZUHAIR, S. Z. Musculoskeletal pain disorders among secondary school Saudi female teachers. **Pain Research and Treatment**, v. 2013, p. 1-7, 2013.
- DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Acesso à informação. Tabnet. Demográficas e Socioeconômicas. 2016. Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206> >. Acesso em: 19 de setembro de 2016.
- DELCOR, N. S. et al. Labor and health conditions of private school teachers in Vitória da Conquista, Bahia, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 187-196, 2004.
- DELLAROZA, M. S. G. et al. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 325-334, 2013.
- DELLAROZA, M. S. G.; PIMENTA, C. A. D. M.; MATSUO, T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 1151-1160, 2007.
- DIENER, H. C. et al. Integrated care for chronic migraine patients: epidemiology, burden, diagnosis and treatment options. **Clinical Medicine**, v. 15, n. 4, p. 344-350, 2015.
- DUNN, K. M.; HESTBAEK, L.; CASSIDY, J. D. Low back pain across the life course. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 27, n. 5, p. 591-600, 2013.
- DUREJA, G. P. et al. Prevalence of chronic pain, impact on daily life, and treatment practices in India. **Pain Practice**, v. 14, n. 2, p. E51-E62, 2014.

- DURMUS, D.; ILHANLI, I. Are there work-related musculoskeletal problems among teachers in Samsun, Turkey? **Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation**, v. 25, n. 1, p. 5-12, 2012.
- DUTRA, G. F. et al. Sedentary lifestyle and poor eating habits in childhood: a cohort study. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1051-1059, 2016.
- DYSVIK, E. et al. Health-related quality of life and pain beliefs among people suffering from chronic pain. **Pain Management Nursing**, v. 5, n. 2, p. 66-74, 2004.
- ELER, G. J.; JAQUES, A. E. O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 10, n. 3, p. 185-190, 2006.
- ELLIOTT, A. M. et al. The epidemiology of chronic pain in the community. **The Lancet**, v. 354, n. 9186, p. 1248-1252, 1999.
- ELZAHAF, R. A. et al. The prevalence of chronic pain with an analysis of countries with a Human Development Index less than 0.9: a systematic review without meta-analysis. **Current Medical Research & Opinion**, v. 28, n. 7, p. 1221-1229, 2012.
- ERDAMAR, G.; DEMIREL, H. Investigation of work-family, family-work conflict of the teachers. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, v. 116, p. 4919-4924, 2014.
- ERICK, P. N.; SMITH, D. R. A systematic review of musculoskeletal disorders among school teachers. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 12, n. 1, p. 260-271, 2011.
- FARIA, G. S. S.; RACHID, A. Análise da diversidade de contratos de trabalho no ensino público **Revista da ABET**, v. 9, n. 1, p. 148-164, 2010.
- FERNANDES, M. H.; ROCHA, V. M. D.; FAGUNDES, A. A. R. Impacto da sintomatologia osteomuscular na qualidade de vida de professores. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 2, p. 276-284, 2011.
- FERNANDES, M. H.; ROCHA, V. M. D.; OLIVEIRA, A. Fatores associados à prevalência de sintomas osteomusculares em professores. **Revista de Salud Pública**, v. 11, n. 2, p. 256-267, 2009.
- FERREIRA, D. C. K.; ABREU, C. B. D. M. Temporary teachers: flexibilization of contracts and teacher's work conditions. **Trabalho & Educação**, v. 23, n. 2, p. 129-139, 2014.
- FERREIRA, E. A. G.; MARQUES, A. P. Postura e envelhecimento. In: PERRACINI, M. R. e FLÓ, C. M. (Ed.). **Funcionalidade e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p.153-165.
- FERREIRA, G. D. et al. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 15, n. 1, p. 31-36, 2011.

FERREIRA, L. P. et al. Voice disorder and teaching work ability. **Revista CEFAC**, v. 18, n. 4, p. 932-940, 2016.

FERREIRA, M. C. Ergonomia da atividade aplicada à qualidade de vida no trabalho: saúde e promoção do bem-estar dos trabalhadores em questão. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 61-78, 2012.

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

FISHER, G. S. et al. Chronic pain and occupation: An exploration of the lived experience. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 61, n. 3, p. 290-302, 2007.

FONTANA, R. T.; PINHEIRO, D. A. Condições de saúde auto-referidas de professores de uma universidade regional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 270-276, 2010.

FRANK, A.; CAV, M. Queixas musculoesqueléticas em músicos: prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 47, n. 3, p. 188-196, 2007.

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

GEILSA, B.; GRAÇA, C. Working conditions of school and teacher training in science: a study with teachers of biology of Bahia, Brazil. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, v. 55, p. 57-61, 2012.

GERDLE, B. et al. Prevalence of current and chronic pain and their influences upon work and healthcare-seeking: a population study. **The Journal of Rheumatology**, v. 31, n. 7, p. 1399-1406, 2004.

GREDEN, J. F. Anxiety or caffeinism: a diagnostic dilemma. **American Journal of Psychiatry**, v. 131, n. 10, p. 1089-1092, 1974.

GROSSEMAN, S. **Satisfação com o trabalho: do desejo à realidade de ser médico**. 2001. 298 f. Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina. 2001.

GUALANO, B.; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 25, n. spe, p. 37-43, 2011.

HARUTUNIAN, K. et al. Ergonomics and musculoskeletal pain among postgraduate students and faculty members of the School of Dentistry of the University of Barcelona (Spain). A cross-sectional study. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 16, n. 3, p. e425-429, 2011.

HELFENSTEIN JUNIOR, M.; GOLDENFUM, M. A.; SIENA, C. Occupational low back pain. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 5, p. 583-589, 2010.

HINDMARCH, I. et al. A naturalistic investigation of the effects of day-long consumption of tea, coffee and water on alertness, sleep onset and sleep quality. **Psychopharmacology**, v. 149, n. 3, p. 203-216, 2000.

IASP. International Association for the Study of Pain. Classification of Chronic Pain. . **Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms**, 2012. Disponível em: < <http://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/Content.aspx?ItemNumber=1673&navItemNumber=677> >. Acesso em: 08 de agosto de 2016.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Ações Internacionais. Estatísticas Educacionais. **Indicadores Educacionais em Foco**, 2012. Disponível em: < http://download.inep.gov.br/acoes_internacionais/estatisticas_educacionais/indicadores_educacionais_foco/indicadores_educacionais_foco_n_9.pdf >. Acesso em: 10 de março de 2017.

INOUE, S. et al. Chronic pain in the japanese community: prevalence, characteristics and impact on quality of life. **PloS One**, v. 10, n. 6, p. 1-14, 2015.

JIN, K.; SOROCK, G. S.; COURTNEY, T. K. Prevalence of low back pain in three occupational groups in Shanghai, People's Republic of China. **Journal of Safety Research**, v. 35, n. 1, p. 23-28, 2004.

KÄÄRIÄL, S. et al. Risk factors of sciatic pain: a prospective study among middle-aged employees. **European Journal of Pain**, v. 15, n. 6, p. 584-590, 2011.

KARAKAYA, İ. Ç. et al. Musculoskeletal problems and quality of life of elementary school teachers. **International Journal of Occupational Safety and Ergonomics**, v. 21, n. 3, p. 344-350, 2015.

KORKMAZ, N. C.; CAVLAK, U.; TELCI, E. A. Musculoskeletal pain, associated risk factors and coping strategies in school teachers. **Scientific Research and Essays**, v. 6, n. 3, p. 649-657, 2011.

KOVES-MASFÉTY, V. et al. Do teachers have more health problems? Results from a French cross-sectional survey. **BMC Public Health**, v. 6, n. 1, p. 101-113, 2006.

KRELING, M. C. G. D.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. D. M. Prevalência de dor crônica em adultos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 509-513, 2006.

KRELING, M. C. G. D.; PIMENTA, C. A. D. M.; GARANHANI, M. L. Racial discrimination in pain management. **Revista Dor**, v. 15, n. 3, p. 230-235, 2014.

- KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. D. M. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 2-B, p. 416-25, 2003.
- LARANCE, B. et al. Pain, alcohol use disorders and risky patterns of drinking among people with chronic non-cancer pain receiving long-term opioid therapy. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 162, p. 79-87, 2016.
- LAUTENBACHER, S.; KUNDERMANN, B.; KRIEG, J. C. Sleep deprivation and pain perception. **Sleep Medicine Reviews**, v. 10, n. 5, p. 357-369, 2006.
- LEEUWEN, M. T. et al. Chronic pain and reduced work effectiveness: the hidden cost to Australian employers. **European Journal of Pain**, v. 10, n. 2, p. 161-166, 2006.
- LEITE, S. N.; VIEIRA, M.; VEBER, A. P. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 793-802, 2008.
- LEVEILLE, S. G. et al. Sex differences in musculoskeletal pain in older adults. **Pain**, v. 116, n. 3, p. 332-338, 2005.
- LINO, M. M. **Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva**. 2004. 238 f. Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.
- LUND NILSEN, T. I.; HOLTERMANN, A.; MORK, P. J. Physical exercise, body mass index, and risk of chronic pain in the low back and neck/shoulders: longitudinal data from the nord-trøndelag health study. **American Journal of Epidemiology**, v. 174, n. 3, p. 267-273, 2011.
- MAGUIRE, M.; O'CONNELL, T. Ill-health retirement of schoolteachers in the Republic of Ireland. **Occupational Medicine**, v. 57, n. 3, p. 191-193, 2007.
- MALEKI, N. et al. Migraine and puberty: potential susceptible brain sites. **Seminars in Pediatric Neurology**, v. 23, n. 1, p. 53-59, 2016.
- MALTA, D. C. et al. Time trend in adult obesity indicators in Brazilian state capitals, 2006-2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1061-1069, 2016.
- MANGO, M. S. M. et al. Análise dos sintomas osteomusculares de professores do ensino fundamental em Matinhos (PR). **Fisioterapia em Movimento**, v. 25, n. 4, p. 785-794, 2012.
- MANSELL, G.; KAMPER, S. J.; KENT, P. Why and how back pain interventions work: what can we do to find out? **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 27, n. 5, p. 685-697, 2013.

- MARÇAL, C. C. B.; PERES, M. A. Alteração vocal auto-referida em professores: prevalência e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 503-511, 2011.
- MARCUS, D. A. Obesity and Chronic Pain. In: POINTS, K. C. (Ed.). **Chronic pain - a primary care guide to practical management**. New Jersey: Humana Press, 2005. p.253-266.
- MATOS, M. G. et al. Dor lombar em usuários de um plano de saúde: prevalência e fatores associados **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 2115-2122, 2008.
- MATTAR, D. M. Factors affecting the performance of public schools in Lebanon. **International Journal of Educational Development**, v. 32, n. 2, p. 252-263, 2012.
- MCMICHAEL, A. J. Standardized mortality ratios and the 'healthy worker effect': scratching beneath the surface. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 18, n. 3, p. 165-168, 1976.
- MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2008. 676 p.
- MOLDOFSKY, H. Sleep and pain. **Sleep Medicine Reviews**, v. 5, n. 5, p. 385-396, 2001.
- MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 43, n. 3, p. 186-194, 1999.
- MONTENEGRO, S. M. R. S. Análise da hidroterapia em mulheres com dor lombar e relação com as atividades da vida diária. **Fisioterapia Brasil**, v. 15, n. 4, p. 263-268, 2014.
- MORAES, E. B. D.; PIMENTA, C. A. D. M. Chronic pain, fear of pain and movement avoidance belief. **Revista Dor**, v. 15, n. 2, p. 77-77, 2014.
- NAHAS, M. V. et al. Reprodutibilidade de uma escala para avaliar a percepção dos trabalhadores quanto ao ambiente e às condições de trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 34, n. 120, p. 179-183, 2009.
- NAKAMURA, M. et al. Prevalence and characteristics of chronic musculoskeletal pain in Japan. **Journal of Orthopaedic Science**, v. 16, n. 4, p. 424-432, 2011.
- NESELLO, F. et al. Characteristics of school violence in Brazil: a systematic review of quantitative studies. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 14, n. 2, p. 119-136, 2014.
- NEUMANN, D. A. **Kinesiology of the musculoskeletal system: foundations for rehabilitation**. St Louis: Elsevier Health Sciences, 2013. 725 p.

NICOLIELO, J.; BASTOS, J. R. D. M. Satisfação profissional do cirurgião dentista conforme tempo de formado. **Revista da Faculdade de Odontologia de Bauru**, v. 10, n. 2, p. 69-74, 2002.

OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development. Country Note. **Education at a Glance 2015: OECD Indicators**, 2015. Disponível em: < <https://www.oecd.org/brazil/Education-at-a-glance-2015-Brazil-in-Portuguese.pdf> >. Acesso em: 10 de março de 2017.

OLADEJI, B. D. et al. Chronic pain conditions and depression in the ibadan study of ageing. **International Psychogeriatrics**, v. 23, n. 6, p. 923-929, 2011.

OLESEN, J. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders (beta version). **Cephalalgia**, v. 33, n. 9, p. 629-808, 2013.

OLIVEIRA, A. L. M.; PELÓGIA, N. C. C. Cefaleia como principal causa de automedicação entre os profissionais da saúde não prescritores. **Revista Dor**, v. 12, n. 2, p. 99-103, 2011.

OLSEN, R. B. et al. Hypertension prevalence and diminished blood pressure-related hypoalgesia in individuals reporting chronic pain in a general population: the tromsø study. **Pain**, v. 154, n. 2, p. 257-262, 2013.

ONO, Y. et al. Associations of length of employment and working conditions with neck, shoulder and arm pain among nursery school teachers. **Industrial Health**, v. 40, n. 2, p. 149-158, 2002.

OSMUN, W. et al. Characteristics of chronic pain patients in a rural teaching practice. **Canadian Family Physician**, v. 57, n. 11, p. 436-440, 2011.

PAHIM, L. S.; MENEZES, A.; LIMA, R. Prevalência e fatores associados à enxaqueca na população adulta de Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 692-698, 2006.

PALERMO, T. M. et al. Longitudinal course and impact of insomnia symptoms in adolescents with and without chronic pain. **The Journal of Pain**, v. 13, n. 11, p. 1099-1106, 2012.

PARANÁ. Governo do Estado do Paraná. Secretaria da Educação. Núcleos Regionais de Educação. **Núcleo Regional de Educação de Londrina**. 2013. Disponível em: < <http://www.nre.seed.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=57> >. Acesso em: 19 de setembro de 2016.

PASERO, C.; PAICE, J. A.; MCCAFFERY, M. Basic mechanisms underlying the causes and effects of pain. In: (Ed.). **Pain: clinical manual**. 2 ed. St. Louis: Mosby, 1999. p.795.

- PATEL, A. S. et al. The impact and burden of chronic pain in the workplace: a qualitative systematic review. **Pain Practice**, v. 12, n. 7, p. 578-589, 2012.
- PEREIRA, L. A.; FELIPE, D. A.; FRANÇA, F. F. **Origem da escola pública brasileira: a formação do novo homem**. VII Jornada do HISTEDBR: história, sociedade e educação no Brasil - a organização do trabalho didático na história da educação. Campo Grande: UNIDERP: 1-20 p. 2007.
- PINHEIRO, A. R. D. O.; FREITAS, S. F. T. D.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 4, p. 523-533, 2004.
- POOLE, H. et al. Depression in chronic pain patients: prevalence and measurement. **Pain Practice**, v. 9, n. 3, p. 173-180, 2009.
- PORTO, L. A. et al. Doenças ocupacionais em professores atendidos pelo Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador (CESAT). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 33-49, 2014.
- PRÁ, J. R.; CEGATTI, A. C. Gênero, educação das mulheres e feminização do magistério no ensino básico. **Retratos da Escola**, v. 10, n. 18, p. 215-228, 2016.
- PUNNETT, L.; WEGMAN, D. H. Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. **Journal of Electromyography and Kinesiology**, v. 14, n. 1, p. 13-23, 2004.
- RABELO, A. O. Mulher e docência: historicizando a feminização do magistério. **Revista do Mestrado de História**, v. 9, p. 43-60, 2007.
- RIBEIRO, I. D. Q. B. et al. Fatores ocupacionais associados à dor musculoesquelética em professores. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 42, 2014.
- RIBEIRO, N. F.; FERNANDES, R. C. P. Distúrbios musculoesqueléticos em membros inferiores em trabalhadoras de enfermagem. **Revista Baiana Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 128-142, 2011.
- RICHARTZ, T. Metodologia ativa: a importância da pesquisa na formação de professores. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 13, n. 1, p. 296-304, 2015.
- ROSA, R.; DIAS, C. P.; RONCADA, C. Efeitos da acupuntura na redução da dor lombar: uma revisão sistemática. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 6, n. 2, p. 167-178, 2016.
- ROTTERMUND, J. et al. Back and neck pain among school teachers in Poland and its correlations with physical activity. **Medycyna Pracy**, v. 66, n. 6, p. 771-778, 2015.
- SÁ, K. et al. Prevalence of chronic pain and associated factors in the population of Salvador, Bahia. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 622-630, 2009.

- SALVETTI, M. D. G. et al. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. spe, p. 16-23, 2012.
- SAMAD, N. I. A. et al. Prevalence of low back pain and its risk factors among school teachers. **American Journal of Applied Sciences**, v. 7, n. 5, p. 634-639, 2010.
- SANCHEZ, H. M. et al. Incidência de dor musculoesquelética em docentes do ensino superior. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 11, n. 2, p. 66-75, 2013.
- SANTOS FILHO, S. B.; BARRETO, S. M. Atividade ocupacional e prevalência de dor osteomuscular em cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: contribuição ao debate sobre os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 181-93, 2001.
- SANTOS, J. V. T. A violência na escola: conflitualidade social e ações civilizatórias. **Educação e Pesquisa**, v. 27, n. 1, p. 105-122, 2001.
- SASAKI, H. et al. Acute effect of coffee drinking on dynamic cerebral autoregulation. **European Journal of Applied Physiology**, v. 116, n. 5, p. 879-884, 2016.
- SHAHEED, C. A. et al. Efficacy, tolerability, and dose-dependent effects of opioid analgesics for low back pain: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Internal Medicine**, v. 176, n. 7, p. 958-968, 2016.
- SHAW, W. S. et al. Effects of workplace, family and cultural influences on low back pain: what opportunities exist to address social factors in general consultations? **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 27, n. 5, p. 637-648, 2013.
- SHIRI, R. et al. The association between obesity and low back pain: a meta-analysis. **American Journal of Epidemiology**, v. 171, n. 2, p. 135-154, 2010.
- SHUAI, J. et al. Assessing the effects of an educational program for the prevention of work-related musculoskeletal disorders among school teachers. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 1211-1219, 2014.
- SILVA, D. M. P. P. D.; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 5, p. 44-51, 2000.
- SILVA, K. N. D.; DUTRA, F. C. M. S. Psychosocial job factors and chronic pain: analysis in two municipal schools in Serrana/SP. **Revista Dor**, v. 17, n. 3, p. 164-170, 2016.
- SILVA, L. G. D.; SILVA, M. C. D. Condições de trabalho e saúde de professores pré-escolares da rede pública de ensino de Pelotas, RS, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3137-3146, 2013.

SILVA, M. C. D.; FASSA, A. G.; VALLE, N. C. J. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 377-385, 2004.

SILVA VITOR, J. et al. Musculoskeletal pain and occupational variable in teachers with voices disorders and in those with health voice - a pilot study. **Journal of Voice**, 2017. No prelo.

SIM, J.; LACEY, R. J.; LEWIS, M. The impact of workplace risk factors on the occurrence of neck and upper limb pain: a general population study. **BMC Public Health**, v. 6, n. 1, p. 234-244, 2006.

SJØGREN, P. et al. Epidemiology of chronic pain in Denmark: an update. **European Journal of Pain**, v. 13, n. 3, p. 287-292, 2009.

SJØGREN, P. et al. A population-based cohort study on chronic pain: the role of opioids. **The Clinical Journal of Pain**, v. 26, n. 9, p. 763-769, 2010.

SMITH, M. T.; HAYTHORNTHWAITE, J. A. How do sleep disturbance and chronic pain inter-relate? Insights from the longitudinal and cognitive-behavioral clinical trials literature. **Sleep Medicine Reviews**, v. 8, n. 2, p. 119-132, 2004.

SOFAER, B. **Dor: manual prático**. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. 145 p.

SOUZA, Â. R. D. The basic education teachers in Brazil: identity and labor. **Educar em Revista**, n. 48, p. 53-74, 2013.

STUGINSKI-BARBOSA, J. et al. Chronic pain and depression in the quality of life of women with migraine - a controlled study. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, v. 52, n. 3, p. 400-408, 2012.

SUDA, E. Y. et al. Relação entre nível geral de saúde, dor musculoesquelética e síndrome de burnout em professores universitários. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 18, n. 3, p. 270-274, 2011.

SULEIMANOVA, S. Innovative activity of the teacher: in the course of his professional formation. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, v. 81, p. 395-399, 2013.

TEIXEIRA, M. J.; VALVERDE FILHO, J. Dor aguda. In: MAIO, E. (Ed.). **Dor: contexto interdisciplinar**. Curitiba: Teixeira, M.J. Braum Filho, J.L., 2003. p.840.

TORRANCE, N. et al. Severe chronic pain is associated with increased 10 year mortality. A cohort record linkage study. **European Journal of Pain**, v. 14, n. 4, p. 380-386, 2010.

TSUBOI, H. et al. Psychosocial factors related to low back pain among school personnel in Nagoya, Japan. **Industrial Health**, v. 40, n. 3, p. 266-271, 2002.

- TURK, D. C.; OKIFUJI, A.; SCHARFF, L. Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. **Pain**, v. 61, n. 1, p. 93-101, 1995.
- VAN DER WINDT, D. A. et al. Occupational risk factors for shoulder pain: a systematic review. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 57, n. 7, p. 433-442, 2000.
- VAN TILBURG, M. A. et al. Chronic pain in adolescents is associated with suicidal thoughts and behaviors. **The Journal of Pain**, v. 12, n. 10, p. 1032-1039, 2011.
- VASCONCELLOS, C. S. Os desafios da indisciplina em sala de aula e na escola. **Séries de idéias**, n. 28, p. 227-252, 1997. Disponível em:
< http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_28_p227-252_c.pdf
http://www.crmariocovas.sp.gov.br/amb_l.php?t=001 >.
- VEDOVATO, T. G.; MONTEIRO, I. Health conditions and factors related to the work ability of teachers. **Industrial Health**, v. 52, n. 2, p. 121-128, 2014.
- VELLY, A. M. et al. The effect of catastrophizing and depression on chronic pain - a prospective cohort study of temporomandibular muscle and joint pain disorders. **Pain**, v. 152, n. 10, p. 2377-2383, 2011.
- VERZA, F.; SATTler, M. K.; STREY, M. N. Mãe, mulher e chefe de família: perspectivas de gênero na terapia familiar. **Pensando Famílias**, v. 19, n. 1, p. 46-60, 2015.
- VIEIRA, É. B. D. M. et al. Chronic pain, associated factors, and impact on daily life: are there differences between the sexes? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 8, p. 1459-1467, 2012.
- VILARINO, J. F. et al. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. 43-49, 1998.
- WALKER-BONE, K.; COOPER, C. Hard work never hurt anyone: or did it? A review of occupational associations with soft tissue musculoskeletal disorders of the neck and upper limb. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 64, n. 10, p. 1391-1396, 2005.
- WHO. World Health Organization. **Global Recommendations on Physical Activity for Health**, 2010. Disponível em:
< http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf >.
Acesso em: 09 de fevereiro de 2017.
- _____. World Health Organization. Global Database on Body Mass Index. **BMI Classification**, 2017. Disponível em:
< http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html >. Acesso em: 09 de fevereiro de 2017.

- WOLFF, R. et al. Epidemiologie von nicht tumorbedingten chronischen Schmerzen in Deutschland. **Der Schmerz**, v. 25, n. 1, p. 26-44, 2011.
- WRIGHT, L. J. et al. Chronic pain, overweight, and obesity: findings from a community-based twin registry. **The Journal of Pain**, v. 11, n. 7, p. 628-635, 2010.
- WYNNE-JONES, G. et al. Absence from work and return to work in people with back pain: a systematic review and meta-analysis. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 71, n. 6, p. 448-456, 2013.
- YENG, L. T. et al. Medicina física e reabilitação em doentes com dor crônica. **Revista de Medicina**, v. 80, n. spe2, p. 245-255, 2001.
- YENG, L. T. et al. Medicina física e reabilitação em doentes com dor crônica In: ATHENEU, E. (Ed.). **Dor - Manual para o clínico**: Teixeira, Manoel Jacobsen, 2006. p.113-125.
- YUE, P.; LIU, F.; LI, L. Neck/shoulder pain and low back pain among school teachers in China, prevalence and risk factors. **BMC Public Health**, v. 12, n. 1, p. 789-796, 2012.
- YUE, P. et al. Prevalence of musculoskeletal symptoms in relation to psychosocial factors. **Occupational Medicine**, v. 64, n. 3, p. 211-216, 2014.
- ZAMRI, E.; MOY, F.; HOE, V. Association of psychological distress and work psychosocial factors with self-reported musculoskeletal pain among secondary school teachers in Malaysia. **PloS One**, v. 12, n. 2, p. e0172195, 2017.
- ZAPONI, M. C.; SILVA, R. D. **Absenteísmo docente: uma análise diagnóstica da rede estadual de ensino de pernambuco**. Direitos humanos e cidadania: desafios para as políticas públicas e a gestão democrática da educação. Espírito Santo 2009. Disponível em:
< http://www.anpae.org.br/congressos_antigos/simposio2009/215b.pdf >. Acesso em: 09 de fevereiro de 2017.
- ZWART, B. C. H.; FRINGS-DRESEN, M. H. W.; DUIVENBOODEN, J. C. V. Test-retest reliability of the Work Ability Index questionnaire. **Occupational Medicine**, v. 52, n. 4, p. 177-181, 2002.

Anexos

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa:

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

Prezado(a) Senhor(a):

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

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

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

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

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

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

Londrina, ___ de _____ de 20__.

Pesquisador Responsável

Nome: _____

RG.: _____

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

Data: ___/___/___

Assinatura do entrevistado: _____

ANEXO B – FORMULÁRIO



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

DIGITADO 1ª () 2ª ()

INFORMAÇÕES DA COLETA

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

INFORMAÇÕES DO INDIVÍDUO

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

NOME: _____		
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino	DN
Você trabalha em alguma outra escola de ensino básico na REDE ESTADUAL de Londrina ? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		SEX0
Se SIM , quais são elas? (Preencha nas linhas abaixo)		OES
Escola 2:		ES2
Escola 3:		ES3
Escola 4:		ES4

ANOTAÇÕES DA ENTREVISTA

--

BLOCO 1- VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TRABALHO I

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BLOCO 2- VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS

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

BLOCO 3- VARIÁVEIS RELACIONADAS AOS HÁBITOS DE VIDA

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

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

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

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

E DURANTE SEU HORÁRIO DE TRABALHO, me diga:

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

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

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

Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre sua alimentação.

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

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

Em um dia de semana normal, quanto tempo você:

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

BLOCO 4 – CONHECIMENTOS EM SAÚDE

Agora vamos conversar sobre informações nutricionais e conhecimentos em saúde.

1. Nos últimos 12 meses você observou tabelas de informações nutricionais na hora de comprar ou consumir alimentos?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO , por que? _____ _____ _____ Pule para questão 7				VN1
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
2. Se SIM : Com qual frequência? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1	2	3	4	5	VN2
3. Com qual frequência, nos últimos 12 meses, você evitou consumir algum alimento devido às informações nutricionais? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1	2	3	4	5	VN3

4. Você realiza essa consulta nos seguintes alimentos? (Admite múltiplas respostas) LER AS ALTERNATIVAS	VN4 (Assinalar abaixo)			
1 <input type="checkbox"/> Laticínios	4 <input type="checkbox"/> Comidas instantâneas	1	4	
2 <input type="checkbox"/> Embutidos	5 <input type="checkbox"/> Refrigerantes / Bebidas industrializadas	2	5	
3 <input type="checkbox"/> Comidas congeladas	6 <input type="checkbox"/> Outro? Especificar: _____	3	6	
Ler as seguintes perguntas e aguardar a resposta do entrevistado (NÃO LER AS ALTERNATIVAS)				
5. Quais itens/ingredientes você costuma observar nessas tabelas? (Admite múltiplas respostas) NÃO LER AS ALTERNATIVAS	VN5 (Assinalar abaixo)			
1 <input type="checkbox"/> Todos os elementos	10 <input type="checkbox"/> Sódio	1	10	
2 <input type="checkbox"/> Cálcio	11 <input type="checkbox"/> Gorduras totais	2	11	
3 <input type="checkbox"/> Calorias (Valor energético)	12 <input type="checkbox"/> Gorduras insaturadas	3	12	
4 <input type="checkbox"/> Carboidratos	13 <input type="checkbox"/> Gorduras saturadas	4	13	
5 <input type="checkbox"/> Colesterol	14 <input type="checkbox"/> Gorduras trans	5	14	
6 <input type="checkbox"/> Ferro	15 <input type="checkbox"/> Lactose	6	15	
7 <input type="checkbox"/> Fibra alimentar	16 <input type="checkbox"/> Minerais	7	16	
8 <input type="checkbox"/> Glúten	17 <input type="checkbox"/> Proteínas	8	17	
9 <input type="checkbox"/> Vitaminas	18 <input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____	9	18	

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

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

BLOCO 5- VARIÁVEIS RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE

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

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

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

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

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

16. Entre essas dores referidas, qual delas o(a) incomodou mais nos últimos 6 meses? (Anotar o número)	Número _____	DORPIOR
17. Há quanto tempo sente essa dor que mais incomoda? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/> 6 meses a 2 anos 2 <input type="checkbox"/> Mais de 2 anos até 5 anos 3 <input type="checkbox"/> Mais de 5 anos até 10 anos 4 <input type="checkbox"/> Mais de 10 anos	DORPIOR1
18. Pensando na última vez em que sentiu essa dor (ou a dor que mais incomoda, caso haja mais de uma), diga-me um número de 1 a 10 para a intensidade dessa dor, sendo 1 para "quase sem dor" e 10 para "a pior dor que se pode imaginar"	Número _____	DOR3
19. Quando foi a última vez que sentiu essa dor (ou a dor que mais incomoda, caso haja mais de uma)? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/> Hoje 2 <input type="checkbox"/> Hoje não, mas esta semana 3 <input type="checkbox"/> Não esta semana, mas a menos de um mês 4 <input type="checkbox"/> De 1 a menos de 3 meses 5 <input type="checkbox"/> De 3 a 6 meses 6 <input type="checkbox"/> Há mais de 6 meses 7 <input type="checkbox"/> Não respondeu	DOR4
20. Com que frequência sente essa dor (ou a dor que mais incomoda, caso haja mais de uma)? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/> Todas as horas do dia 2 <input type="checkbox"/> Todos os dias, em algum momento 3 <input type="checkbox"/> Duas ou mais vezes na semana 4 <input type="checkbox"/> Uma vez na semana 5 <input type="checkbox"/> De uma a três vezes ao mês 6 <input type="checkbox"/> Menos de uma vez ao mês 7 <input type="checkbox"/> Não respondeu	DOR5
21. Com que intensidade essa dor interfere em seu trabalho? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/> Completamente 2 <input type="checkbox"/> Muito 3 <input type="checkbox"/> Moderadamente 4 <input type="checkbox"/> Pouco 5 <input type="checkbox"/> Nada 6 <input type="checkbox"/> Não respondeu	DOR6
22. E no lazer? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/> Completamente 2 <input type="checkbox"/> Muito 3 <input type="checkbox"/> Moderadamente 4 <input type="checkbox"/> Pouco 5 <input type="checkbox"/> Nada 6 <input type="checkbox"/> Não respondeu	DOR61
23. Nos últimos 12 meses você procurou um médico para o tratamento dessa dor?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não lembra	Se NÃO, pule para 28 DOR7
24. Foi prescrito algum medicamento ou outro tipo de tratamento?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não lembra	Se NÃO, pule para 28 DOR71
25. Se sim, Qual? (<i>anotar o nome comercial do medicamento ou o tipo de tratamento</i>). (Admite mais de uma resposta).	1 <input type="checkbox"/> Medicamento _____ 2 <input type="checkbox"/> Outro tratamento _____ 3 <input type="checkbox"/> Não lembra	DOR721 DOR722 DOR723
26. Alguma(s) dessas condutas ajudou (aram) a aliviar sua dor? Se sim, qual(is) delas?	1 <input type="checkbox"/> Medicamento 2 <input type="checkbox"/> Tratamento não medicamentoso 3 <input type="checkbox"/> Ambos 4 <input type="checkbox"/> Nenhum	DOR724
27. Quanto você considera que ajudou (aram) a aliviar a dor? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/> Completamente 2 <input type="checkbox"/> Muito 3 <input type="checkbox"/> Moderadamente 4 <input type="checkbox"/> Pouco 5 <input type="checkbox"/> Nada	DOR725
28. Você toma algum medicamento ou faz alguma outra coisa para controlar a sua dor que não tenha sido indicado por um médico?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não lembra	Se NÃO, pule para 32 DOR8
29. Se sim, o que? (<i>anotar o nome comercial do medicamento ou o tipo de tratamento</i>)	1 <input type="checkbox"/> Medicamento sem prescrição: _____ 2 <input type="checkbox"/> Outro tratamento sem prescrição: _____ 3 <input type="checkbox"/> Não lembra	DOR811 DOR812 DOR813
30. Alguma(s) dessas condutas ajudou(aram) a aliviar sua dor? Se sim, qual(is) dela(s)? (Admite mais de uma resposta).	1 <input type="checkbox"/> Medicamento 2 <input type="checkbox"/> Tratamento não medicamentoso 3 <input type="checkbox"/> Ambos 4 <input type="checkbox"/> Nenhum	
31. Quanto você considera que esse(s) tratamento(s) aliviou(aram) a sua dor? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/> Completamente 2 <input type="checkbox"/> Muito 3 <input type="checkbox"/> Moderadamente 4 <input type="checkbox"/> Pouco 5 <input type="checkbox"/> Nada	DOR82
32. Você utilizou medicamentos para dor ou desconforto nos últimos 15 dias? (<i>analgésicos, anti-inflamatórios, relaxantes musculares, antigripais, etc., mesmo que não tenha sido prescrito</i>)	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não lembra	DOR9

Sobre sua voz, me diga

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

BLOCO 6- VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TRABALHO II

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

1. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Responda em uma escala de zero a dez, quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual. <i>(MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)</i>	Pontos: _____	ICT1		
0 = Estou incapaz para o trabalho ←————→ 10 = Estou em minha melhor capacidade para o trabalho				
2. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do mesmo? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo). <i>(MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)</i>	5 <input type="checkbox"/> Muito Boa 4 <input type="checkbox"/> Boa 3 <input type="checkbox"/> Moderada	2 <input type="checkbox"/> Baixa 1 <input type="checkbox"/> Muito Baixa	ICT2	
3. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer) <i>(MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)</i>	5 <input type="checkbox"/> Muito Boa 4 <input type="checkbox"/> Boa 3 <input type="checkbox"/> Moderada	2 <input type="checkbox"/> Baixa 1 <input type="checkbox"/> Muito Baixa	ICT3	
4. Dentre as condições de saúde que vou ler à seguir, diga-me a(s) em sua opinião, qual(is) você tem, se foram diagnosticadas por um médico e se faz TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ATUALMENTE para ela(s)				
<i>CIRCULAR</i> o n.2, se opinião do entrevistado (O.E) ou o n.1, se diagnóstico médico (DM)				
Condições de saúde	O.E	D.M	TRATAMENTO	Preencher para variável Tratamento
4.1 Hipertensão arterial (pressão alta)	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT1
4.2 Diabetes	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT2
4.3 Hiperlipidemia (colesterol/triglicerídeos alto)	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT3
4.4 Histórico de infarto do miocárdio	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT4
4.5 Histórico de acidente vascular cerebral (derrame)	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT5
4.6 Depressão severa	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT6
4.7 Depressão leve	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT7
4.8 Ansiedade	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT8
4.9 Enxaqueca	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT9
4.10 Insônia	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT10
4.11 Sinusite	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT11
4.12 Artrite / Artrose / Reumatismo	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT12
4.13 Osteoporose	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT13
4.14 Asma / Bronquite / Enfisema	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT14
4.15 Tumor benigno	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT15
4.16 Tumor maligno (câncer) Onde? Especifique _____	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT16

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

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

BLOCO 7 – VARIÁVEIS RELACIONADAS À VIOLÊNCIA

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

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

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

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

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

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

4. Como você classificaria esse(s) vínculo(s)? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)						
	Ótimo / Bom	Regular	Ruim	Inexistente	Não se aplica	
4.1 Local de trabalho I	1	2	3	4	-	VEP1
4.2 Local de trabalho II	1	2	3	4	5	VEP2
4.3 Local de trabalho III	1	2	3	4	5	VEP3

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

MUITO OBRIGADO(A) PELA PARTICIPAÇÃO!

ANEXO C – QUESTIONÁRIO



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

DIGITADO 1ª () 2ª ()

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

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

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

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

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

ESCALA 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.5 Qual o número de pessoas que moram com você? (EXCETO VOCÊ)	FAMIL R: _____
5.6 Qual a renda mensal familiar aproximada (<i>Soma dos salários e de outros tipos de renda recebidos pelas pessoas que convivem na sua residência</i>)?	REND
5.7 Você mora: 1 <input type="checkbox"/> Casa/Apartamento próprio quitado 2 <input type="checkbox"/> Casa/Apartamento próprio financiado 3 <input type="checkbox"/> Casa/Apartamento alugado 4 <input type="checkbox"/> Outra. Especificar: _____	MORA

MUITO OBRIGADO(A) PELA PARTICIPAÇÃO!

ANEXO D – MANUAL DO ENTREVISTADOR

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



Saúde, estilo de vida e trabalho de professores da rede estadual de Londrina

Manual do Entrevistador

Caro(a) Entrevistador(a),

O Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina está desenvolvendo o projeto "Saúde, estilo de vida e trabalho de professores da Rede Pública do Paraná (PRÓ-MESTRE)".

A motivação para o estudo surgiu diante da percepção de que os professores desempenham um papel imprescindível para a sociedade, mas pouca atenção tem sido dada para a sua condição de saúde e qualidade de vida. Assim, uma equipe de professores e estudantes de pós-graduação da UEL elaborou um projeto cujo objetivo principal será o de identificar as condições de saúde e de estilo de vida dos professores, além de outros aspectos que poderiam estar relacionados com o seu processo de trabalho.

Com isso, entende-se que será possível identificar meios para melhorar a qualidade de vida e a satisfação com o trabalho, tanto em orientações aos professores como na produção de informações que possam subsidiar políticas públicas direcionadas a esses profissionais.

O trabalho do(a) entrevistador(a) é fundamental para que esta pesquisa se realize. Por isso, o presente manual contém informações básicas sobre a pesquisa, seus objetivos, bem como responsabilidades do entrevistador e instruções para aplicação e preenchimento do questionário.

Desde já, agradecemos sua importante participação nessa pesquisa.

Bom trabalho!

Equipe do PRÓ-MESTRE

EQUIPE EXECUTORA DO PRÓ-MESTRE

Prof. Dr. Arthur Eumann Mesas – Coordenador do projeto – Cirurgião-Dentista/UNESP, Mestre em Saúde Coletiva/UEL, Mestre em Métodos Quantitativos de Pesquisa em Epidemiologia/UAM/Madri/Espanha, Doutor em Medicina Preventiva e Saúde Pública/UAM/Madri, Espanha. Docente do Departamento de Saúde Coletiva/UEL.

Prof^a. Dr^a. Selma Maffei de Andrade – Colaboradora – Enfermeira/UEL, Doutora em Saúde Pública/FSP-USP, Docente do Departamento de Saúde Coletiva/UEL.

Prof. Dr. Marcos Aparecido Sarria Cabrera – Colaborador – Médico Geriatra, Doutor em Ciências da Saúde/USP, Docente do Departamento de Clínica Médica/UEL.

Prof^a. Dr^a. Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes – Colaboradora – Enfermeira/UEL, Doutora em Saúde Coletiva/UNICAMP, Docente do Departamento de Saúde Coletiva/UEL.

Prof. Dr. Alberto Durán González – Colaborador – Farmacêutico e Bioquímico/UEL, Doutor em Saúde Coletiva/UEL, Docente do Departamento de Saúde Coletiva/UEL.

Prof. Ms. Edmarlon Giroto – Colaborador – Farmacêutico e Bioquímico/UEL, Mestre em Saúde Coletiva/UEL, Doutorando em Saúde Coletiva/UEL, Docente do Departamento de Ciências Farmacêuticas/UEL.

Prof^a. Dr^a. Mara Solange Gomes Dellaroza – Colaboradora – Enfermeira/UEL, Doutora em Enfermagem na Saúde do Adulto/USP, Docente do Departamento de Enfermagem/UEL.

Ms. Marcela Maria Birolim – Colaboradora – Enfermeira/UEL, Mestre em Saúde Coletiva/UEL, Doutoranda em Saúde Coletiva/UEL.

Alessandra Domingos Silva – Colaboradora – Farmacêutica e Bioquímica/UEL, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UEL.

Ana Luisa Dias – Colaboradora – Enfermeira/UEL, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Participação na concepção do projeto, na elaboração do instrumento de coleta de dados.

Francine Nesello – Colaboradora – Biomédica/UEL, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Natalia Paludeto Guerreiro – Colaboradora – Enfermeira/UEL, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Renne Rodrigues – Colaborador – Farmacêutico e Bioquímico/UEL, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

ATRIBUIÇÕES MEMBROS PRÓ-MESTRE**EQUIPE COORDENADORA**

- Apoiar as coordenadoras de escolas nas ações de sensibilização e apresentação do projeto com os diretores e professores.
- Coordenar o processo de divulgação e sensibilização.
- Apoiar as equipes nas ações que se fizerem necessárias.
- Agendar reuniões periódicas de acompanhamento da coleta.

COORDENADORAS DE ESCOLAS

- Primeira abordagem na escola com os diretores.
- Solicitar lista dos professores com identificação das horas atividades.
- Sensibilizar os professores para a pesquisa.
- Agendar as entrevistas de acordo com a disponibilidade dos professores e dos entrevistadores.
- Realizar entrevistas sem que haja prejuízo às atividades de agendamento.
- Apoiar os coordenadores de equipes e os entrevistadores em suas atividades, especialmente em casos não previstos no manual do entrevistador.
- Receber, checar e encaminhar para a equipe coordenadora os instrumentos preenchidos semanalmente.

COORDENADORES DE EQUIPES

- Solicitar a disponibilidade de horário dos estudantes de suas equipes.
- Enviar à coordenadora de escola os horários disponíveis para agendamento de acordo com a sua própria disponibilidade e com a de sua equipe de estudantes.
- Realizar entrevistas quando estas forem agendadas.
- Apoiar e supervisionar o trabalho dos estudantes de sua equipe.
- Fornecer os instrumentos/TCLE para os estudantes de sua equipe.
- Verificar o preenchimento correto dos instrumentos/TCLE e preencher o gabarito dos formulários for seus estudantes.
- Encaminhar para a coordenadora de escola, semanalmente, os instrumentos/TCLE preenchidos e checados.
- Apoiar os coordenadores de escola e os entrevistadores em suas atividades, especialmente em casos não previstos no manual do entrevistador.

ENTREVISTADORES

- Enviar ao coordenador de equipe os horários disponíveis para agendamento de acordo com a sua disponibilidade de forma sistemática e sempre que houver alguma alteração do informe anterior.
- Realizar as entrevistas agendadas.
- Checar o bom preenchimento das informações dos instrumentos antes de entregar os instrumentos/TCLE.

- Entregar os instrumentos/TCLE preenchidos e checados, preferencialmente para os coordenadores de equipes, com possibilidade de entrega para o coordenador da escola.
- Apoiar os coordenadores de escola e os coordenadores de equipe em suas atividades quando solicitado, especialmente em casos não previstos no manual do entrevistador.

SUMÁRIO

	Página
1	INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA 6
1.1	Objetivos da pesquisa 6
2	ORIENTAÇÕES GERAIS PARA ENTREVISTA 6
2.1	Recomendações ao entrevistador 7
2.2	Orientações prévias à entrevista 7
2.3	Orientações durante a entrevista 8
2.4	Preenchimento do formulário 10
2.5	Preenchimento do questionário 11
2.6	Casos especiais 12
2.6.1	Recusas 12
2.6.2	Perdas 13
3	INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO 13
3.1	Bloco 1 Variáveis relacionadas ao trabalho I 13
3.2	Bloco 3 Variáveis relacionadas aos hábitos de vida 15
3.3	Bloco 4 Conhecimentos em Saúde 17
3.4	Bloco 5 Variáveis relacionadas às condições de saúde 17
3.5	Bloco 6 Variáveis relacionadas ao Trabalho II 20
3.6	Bloco 7 Variáveis relacionadas à violência 21
4	INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO .. 23
5	INFORMAÇÕES SOBRE AS ESCOLAS PARTICIPANTES 24
5.1	Escolas de Cambé (PR) 25
5.2	Escolas de Londrina (PR) 25
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 26

1. INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

1.1 OBJETIVOS DA PESQUISA

1. Caracterizar os professores quanto às atividades profissionais, situação sócio econômica e demográfica, condições de saúde física e mental, hábitos do estilo de vida, capacidade para o trabalho, satisfação com o trabalho e estresse ocupacional.
2. Relacionar o ambiente e as condições de trabalho com a capacidade para o trabalho, estresse ocupacional e absenteísmo.
3. Analisar a associação da qualidade de vida relacionada com a saúde com a capacidade para o trabalho, satisfação com o trabalho e estresse laboral.
4. Analisar a associação entre distúrbios na duração e na qualidade do sono com a capacidade para o trabalho, satisfação com o trabalho e estresse laboral.
5. Analisar a associação entre depressão, ansiedade e síndrome de Burnout com a capacidade para o trabalho, satisfação com o trabalho e estresse laboral.
6. Examinar a relação entre dor crônica e condição vocal com a capacidade para o trabalho.
7. Investigar a relação da atividade física, dos hábitos alimentares e do consumo de tabaco e álcool com a capacidade para o trabalho, satisfação com o trabalho e estresse laboral.
8. Descrever o perfil dos professores quanto à sua alfabetização funcional em saúde, e investigar sua possível relação com o estado de saúde e com o processo de trabalho docente.

2. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A ENTREVISTA

A seguir seguem orientações gerais sobre como abordar os sujeitos e proceder na entrevista. Estas orientações são muito importantes por representarem um código de conduta do entrevistador. Informações específicas serão apresentadas mais adiante.

2.1 RECOMENDAÇÕES AO ENTREVISTADOR:

- Cumpra o horário estabelecido para a realização da entrevista. Atrasar é desrespeitar o candidato.
- Tenha bom senso no vestir;
- Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar um entrevistado;
- Desligue seu celular ou mantenha o mesmo no modo silencioso. Atender a uma chamada durante a entrevista é sinal de menosprezo.
- Procure apresentar-se de forma simples e sem exageros, evitando constrangimentos ou recusas;
- Mantenha discrição, falando baixo. Não há sentido em dizer que a pesquisa é sigilosa e fazer as perguntas em voz alta;
- Tenha paciência;
- Não demonstre preconceito, mantenha sempre o mesmo tom para as diferentes questões, e evitando manifestação de opiniões próprias através de risos, comentários, olhares de censura, etc;
- A postura do entrevistador deve ser sempre neutra em relação às respostas;
- Seja sempre gentil e educado, pois as pessoas não têm obrigação de recebê-lo, e a primeira impressão causada na pessoa que o recebe é muito importante.

USE SEMPRE SEU CRACHÁ DE IDENTIFICAÇÃO E JALECO

2.2 ORIENTAÇÕES PRÉVIAS À ENTREVISTA:

- A.** Verifique se está com todo o material necessário para a correta aplicação do instrumento:
- Caneta;
 - Crachá de identificação;
 - Jaleco;
 - Carteira de identidade;
 - Instrumento (formulário e questionário);
 - Termos de consentimento livre e esclarecido;
 - Manual de instruções;
 - Água mineral

B. Ao chegar à escola, apresente-se dizendo, por exemplo: “Boa tarde! Sou aluno da Universidade Estadual de Londrina e faço parte de uma pesquisa sobre “Saúde, estilo de vida e trabalho de professores da Rede Pública do Paraná (PRÓ-MESTRE)”, e em seguida peça para falar com o diretor ou responsável imediato para o contato com os entrevistados.

C. Ao ser atendido pelo diretor ou responsável imediato, apresente-se novamente e identifique-se mostrando o crachá (carteirinha). Apresente-se em seguida ao professor e inicie a entrevista no local indicado pelo diretor ou responsável.

D. Ao final da entrevista verifique se todas as perguntas da página foram respondidas. Lembre-se que, no caso de uma pergunta sem resposta, você terá que voltar ao local da entrevista para obtê-la

NUNCA DEIXE NENHUMA RESPOSTA EM BRANCO

E. Os termos e formulários devem ser mantidos juntos e entregues no NESCO até prazo estipulado, para posterior digitação.

2.3 ORIENTAÇÕES DURANTE A ENTREVISTA:

- Informe, de forma clara e breve, os objetivos da pesquisa e esteja preparado para responder perguntas relativas aos mesmos;
- Procure despertar o interesse em fornecer os dados requeridos, esclarecendo a importância das informações para a pesquisa;
- Deixe bem claro que a entrevista é de caráter sigiloso e que as informações são absolutamente confidenciais (isto significa que nomes e endereços não serão identificados na análise e divulgação dos resultados);
- Evite fazer qualquer comentário a respeito de outras entrevistas já realizadas;
- Apresente ao entrevistado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e informe que isto é apenas um requisito da pesquisa, garantindo a ela o sigilo de todas as informações colhidas. Se necessário ou solicitado, leia-o ao entrevistado;

- Lembre à pessoa que ela tem o telefone do responsável pela Pesquisa no (TCLE) e poderá ligar para esclarecer qualquer dúvida;
- Trate os entrevistados por “Senhor (a)”, e sempre com respeito. Só mude este tratamento se a própria pessoa pedir para ser tratada de outra forma.
- Chame o entrevistado sempre pelo nome (por ex. Senhora Maria). Durante a entrevista, de vez em quando, faça referência ao nome do entrevistado, pois é uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse do mesmo;
- Procure estabelecer um clima de cordialidade durante a entrevista, mas evite que a pessoa se desvie do roteiro com assuntos controvertidos ou alheios ao questionário.
- Demonstre segurança no manuseio do formulário e dos assuntos que nele constam, o que implica em estudo prévio do mesmo, eliminando quaisquer dúvidas;
- Comentários a respeito das entrevistas não devem ser realizados em qualquer lugar público, mesmo com um colega de pesquisa;
- Comentários sobre dúvidas e problemas que surgiram durante a aplicação dos instrumentos devem ser feitos apenas com os responsáveis pela pesquisa, em local reservado e em tom de voz baixo;
- Tente conduzir a entrevista distante de outras pessoas, possibilitando que o entrevistado responda às questões livremente;
- Ao final da entrevista, antes de liberar o entrevistado, revisar rapidamente os instrumentos. Isto dura alguns segundos e melhora muito a qualidade da informação;
- Após a conferência dos instrumentos, agradeça ao entrevistado pela sua participação e coloque-se à disposição para esclarecer qualquer dúvida.

**ENTRE EM CONTATO COM OS RESPONSÁVEIS PELA
PESQUISA SEMPRE QUE TIVER DÚVIDAS**

2.4 PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO:

- Cuide bem de seus formulários. Use sempre uma base fixa na hora de preencher as respostas.
- Posicione-se de preferência frente a frente com a pessoa entrevistada, evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista;
- **Os formulários devem ser preenchidos à caneta;**
- **Não esquecer de colocar o seu nome no campo 'entrevistador', presente na primeira página do instrumento, mas ATENÇÃO este campo só deverá ser preenchido quando a entrevista for realizada.**
- Faça as perguntas, conforme apresentadas no formulário;
- Evite omissões, improvisações e alterações das perguntas. O êxito de uma pesquisa depende em grande parte da forma como as questões foram formuladas;
- Se o professor não entender a pergunta, explique o conteúdo da questão do modo que você achar mais adequado para o entrevistado entender sem, contudo, mudar o sentido da mesma ou induzir a alguma resposta;
- Não faça comentários sobre o que se pretende obter através das respostas;
- A ordem das questões deverá ser sempre respeitada para evitar distorções. Não a altere;
- **Jamais sugira, induza ou antecipe respostas a qualquer questão,** por mais tempo que o entrevistado requeira para entender ou respondê-la. São as causas mais freqüentes de erros;
- Mantenha a mão o seu manual de instruções e consulte-o, se necessário, durante a entrevista. Caso o manual não tenha esclarecido a dúvida, entrar em contato com seu supervisor de campo.
- As letras e os números devem ser escritos de maneira absolutamente legível, sem deixar dúvidas. Lembre-se: tudo isto vai ser lido e digitado;
- De preferência, use letra de forma;
- Não use abreviaturas ou siglas, a não ser que tenham sido orientadas no manual;

- Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessário, peça para que se repita a resposta;
- Não registre a resposta se não estiver absolutamente seguro de ter entendido o que foi dito pelo entrevistado;
- Nunca confie em sua memória e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista;
- Use o campo observação (página 1) do formulário para escrever tudo o que considerar importante, para discutir posteriormente com o coordenador da equipe.
- Caso a entrevista não possa ser realizada por algum motivo, o instrumento deverá ser entregue ao coordenador de equipe para o reagendamento, **NÃO ESQUECER QUE NESTE CASO VOCÊ NÃO DEVERÁ COLOCAR SEU NOME NO CAMPO 'ENTREVISTADOR'**

2.5 PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO:

- Entregue o questionário ao professor;
- Oriente o preenchimento à caneta e de preferência com letra de forma;
- Se o professor não entender alguma questão, explique o conteúdo da mesma do modo que você achar mais adequado para que ele possa entender sem, contudo, mudar o sentido ou induzir a alguma resposta;
- Não faça comentários sobre o que se pretende obter através das respostas;
- Reforçar que o questionário é de caráter sigiloso e que as informações são absolutamente confidenciais.

2.6 CASOS ESPECIAIS:

Casos de perda, recusa ou exclusão **CONTABILIZAM** a cota de entrevistados.

2.6.1 Recusa:

- A recusa ocorre quando a pessoa não aceita participar da entrevista;

- Ela pode acontecer por vários motivos, porém, mesmo que ela ocorra, mantenha sempre uma atitude cortês;
- Pode acontecer uma recusa circunstancial, como por exemplo, a pessoa não pode atender naquele momento específico, mas aceita agendar outra visita para a entrevista. Neste caso, deixe a visita agendada, agradeça e retorne no outro dia. **OBS: esse caso não contará como recusa.**
- Para aqueles que recusarem participar da pesquisa, o entrevistador deverá registrar na página inicial a data da visita e o motivo correspondente. Anexe o questionário junto a esse formulário (para diminuir a possibilidade de erros, os instrumentos serão entregues aos entrevistadores com o cabeçalho do formulário e com a numeração identificadora do questionário preenchidas previamente).
- Mesmo diante de uma recusa, agradeça a atenção, anote corretamente na planilha a situação e siga para a próxima entrevista.
- O entrevistado pode ainda se negar a responder perguntas específicas do formulário e questionário. Nesses casos, anote quais foram às questões na página inicial no campo “observações”.

**QUANTO MAIS CLARAS E COMPLETAS AS
INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA, MENORES AS
CHANCES DE RECUSA.**

2.6.2 Perdas:

- É considerado perda quando o professor não for encontrado após **cinco** tentativas de entrevista em dias, horários e locais distintos.

3. INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

3.1 BLOCO 1 – VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TRABALHO I

Este bloco está subdividido em perguntas relacionadas ao trabalho, vínculos de trabalho, perfil do ambiente e condições de trabalho, percepção de cargas de trabalho, absenteísmo e utilização dos serviços de saúde.

OBS: Para as questões 10 e 12, caso o professor possua dois vínculos com escolas estaduais diferentes, deverá ser considerada, prioritariamente, a escola que passa a maior parte do tempo e secundariamente, no caso de possuir dois vínculos com cargas horárias iguais, considerar a escola que o professor trabalha há mais tempo. Anotar na questão 9 qual o critério utilizado.

Questão 10: para cada item, mostrar o cartão de apoio correspondente à questão e solicitar que o entrevistado escolha uma dentre as seguintes respostas: ruim, regular, bom (boa), excelente, e em seguida assinale a resposta de acordo com o número correspondente na legenda.

Questão 12: Ao iniciar a questão, diga o seguinte: “agora vou fazer perguntas sobre o quanto que as cargas de trabalho em que o senhor é exposto diariamente, afeta a sua saúde física e/ou mental. Para cada item de cada tipo de carga, mostrar o cartão de apoio e solicitar que o entrevistado escolha uma dentre as seguintes respostas: não afeta, afeta pouco e afeta muito, e em seguida assinale a resposta de acordo com o número correspondente na legenda.

Cargas de trabalho são exigências ou demandas psicobiológicas do processo de trabalho que podem gerar, ao longo do tempo, desgaste do trabalhador. Elas são divididas em: cargas físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas (FACCHINI, 1993).

Questão 12.4: tanto as condições para carregar o material didático, quanto as condições para carregar o material áudio-visual, se referem ao peso dos materiais, esforço necessário para carregá-los, ou até mesmo alguns professores não tem nem mesmo condições de carregá-los, e com isso ele vai responder o quanto esses esforços afetam a sua saúde.

Questão 12.6: nesta questão, avaliaremos o quanto as cargas psíquicas (geralmente fonte de estresse), afetam a saúde mental e até mesmo física dos professores. Por ex: se o ritmo e a intensidade do trabalho para ele for grande,

provavelmente ele responderá que afeta muito “sua saúde”, por outro lado, se não for tão intenso assim, poderá não afetar ou afetar pouco. Esse raciocínio deverá ser feito para as demais alternativas dessa questão. **Atenção: não induzir respostas!!**

OBS: caso ele não tenha que carregar o material, não utiliza giz e sim pincel atômico, ou qualquer outra alternativa que ele não esteja exposto a esse tipo de carga, a resposta será não afeta.

Questões 14 a 17: não considerar rotinas de pré-natal, licença maternidade/paternidade ou licença prêmio.

Questão 17: considerar apenas dias inteiros de trabalho para as faltas. Por exemplo: professor que trabalha apenas no período da manhã, se o mesmo faltar neste período será considerado um dia inteiro, porém se ele trabalha nos períodos da manhã e tarde e faltar apenas em um dos dois períodos, não considerar dia inteiro.

3.2 BLOCO 3 – VARIÁVEIS RELACIONADAS AOS HÁBITOS DE VIDA

Este bloco está subdividido em perguntas relacionadas a atividades físicas, tabagismo, consumo de álcool, consumo de café e condutas alimentares.

Questão 2: Sobre as atividades físicas que o entrevistado pratica, primeiramente perguntar o nome da atividade, em seguida quantas vezes por semana realiza (assinalar em dias) e após quanto tempo por dia (a duração deve ser preenchida sempre em minutos, por exemplo, caso o sujeito responda uma (1) hora e meia, deve-se assinalar 90 minutos). Em seguida pergunte se realiza outra atividade, se sim siga o modo explicado para quantas atividades realizar, se não realizar mais nenhuma atividade passe para a próxima questão.

Questão 5.1: nesta questão, pedir para o entrevistado calcular aproximadamente os minutos gastos com ida e volta, e somar. Caso utilize os dois meios para se locomover, some o total, não é necessário descrever que meio utiliza.

Questão 6: sobre o tempo que assiste televisão, primeiramente pergunte quantas horas e/ou minutos assiste nos dias de semana e depois quantas horas e/ou minutos assiste no final de semana.

Questão 7: sobre o tempo que utiliza o computador, primeiramente pergunte quantas horas e/ou minutos utiliza nos dias de semana e depois quantas horas e/ou minutos utiliza no final de semana.

Questão 8: solicitar ao entrevistado para calcular aproximadamente as horas que permanece sentado. Caso ele responda o tempo todo e trabalha 8h por dia, anotar 8h. Caso ele responda, por exemplo, que fica metade do tempo sentado, e metade do tempo em pé e trabalha 8h horas por dia, anotar 4h para cada questão.

Questão 9: pedir para o entrevistado calcular aproximadamente as horas que fica em pé. Caso ele responda o tempo todo e trabalha 8h por dia, anotar 8h.

Questão 10: considerar fumante = Independente se fuma um cigarro ou um maço de cigarros; considerar ex-fumante = Independente de quando parou de fumar.

Questão 11: não levar em consideração a medida consumida.

Questão 12: sobre o consumo de café, fazer a pergunta e não ler as alternativas, conforme a resposta do entrevistado assinalar a alternativa referente. Caso ele não saiba como responder, pergunte quantas vezes por mês, ou por semana ou por dia. Não levar em consideração a medida consumida.

Questão 13: Para cada item, mostrar o cartão de apoio correspondente a questão e solicitar que o entrevistado escolha uma dentre as alternativas apresentadas.

Questão 13.1: para esta questão, comer na casa de outros ou comer marmitta em outro local, mesmo que levadas de casa ainda são consideradas comer fora de casa.

Questão 13.4: considerar bebidas industrializadas como “sucos de saquinho”, sucos de caixa, sucos de lata, água com gás, água com sabor, chás industrializados, isotônicos dentre outros.

Questão 14: Para cada item, mostrar o cartão de apoio correspondente à questão e solicitar que o entrevistado escolha uma dentre as alternativas apresentadas. Na alternativa “Não se aplica” assinalar na ocorrência de entrevistado vegetariano, ou que não coma carne de frango ou carne vermelha.

Questão 15: considerar como café da manhã o desjejum que realiza em casa antes de sair para o trabalho/compromissos ou aquele que o entrevistado realiza assim que chega ao local de trabalho antes de iniciar suas atividades. Caso o entrevistado só tome café na hora do lanche da manhã, não contar como café da manhã.

Questão 17: considerar como jantar a refeição principal que realiza no período após o anoitecer (por volta das 18h), mesmo que seja um lanche.

3.3 BLOCO 4 – CONHECIMENTOS EM SAÚDE

Este bloco está subdividido em hábito de consulta a informações nutricionais, e alfabetização em saúde com base na ferramenta Newest Vital Sign (NVS).

Questão 1: Caso o entrevistado responda que ele **NÃO** observa as tabelas de informações nutricionais, perguntar o por que e anotar no campo correspondente.

Questão 4: Para esta questão serão listado exemplos de alimentos que compõem as classes alimentícias em estudo:

- **Laticínios:** leite, margarina, manteiga, requeijão, queijos, iogurtes, bebidas fermentadas a base de leite (Yakult®), creme de leite, leite condensado, doce de leite, dentre outros;
- **Embutidos:** presunto, salame, mortadela, linguiça, chouriço, paio, salsicha, dentre outros;
- **Comidas congeladas:** Alimentos como lasanha, pão de queijo, pizza, batata frita, quibe, Hot Pocket®, mini-chicken®, hambúrguer e etc, que sejam comprados congelados;

- **Comidas instantâneas:** Miojo®, Vono®, sopão, dentre outros;
- Refrigerantes/ bebidas industrializadas: Coca-cola®, Ades®, Tampico®, Tang®, H2OH®, Kapo®, Kero Coco®, Gatorade®, cerveja, vinho dentre outras;
- **Outros:** especificar quando o entrevistado responder outra classe de alimentos.

Questões 7 a 12: Entregar ao professor o cartão de apoio com o rótulo do sorvete (ferramenta NVS) e em seguida realize as perguntas, tomando o cuidado para que o entrevistado não leia as alternativas. Caso o entrevistado tenha dúvidas, leia o enunciado novamente, da mesma forma como está escrito no formulário.

3.4 BLOCO 5 - VARIÁVEIS RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE

Este bloco está subdividido em questões sobre a percepção do entrevistado em relação à qualidade do sono, avaliação da dor e da voz.

A qualidade do sono será avaliada por meio do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg (PSQI), o qual envolve avalia além da qualidade, a latência, a duração, a eficiência habitual e às alterações do sono, bem como o uso de medicações para o sono e disfunção diurna, os quais apresentam pesos distribuídos numa escala de 0 a 3. Os escores para os setes componentes perfazem uma pontuação que varia de 0 a 21 pontos e, quanto maior a pontuação, pior a qualidade do sono. (BERTOLAZI, 2011):

No formulário, às questões relativas ao sono estão enumeradas do um ao treze.

Atenção: As questões referentes dessa escala são referentes às alterações na qualidade do sono OCORRIDAS NO ÚLTIMO MÊS.

Questão 2: Anotar o número de minutos referido pelo entrevistado. Se o entrevistado informar que varia muito, peça para o mesmo indicar uma média em minutos que ele demorou a dormir no último mês.

Questão 4: Anotar o número de horas referido pelo entrevistado. Caso haja variação na quantidade de horas de sono por noite, peça para o mesmo indicar uma média de horas que dorme cada noite, considerando o último mês.

Nas questões **7,9,10 e 11 – MOSTRAR CARTÃO DE APOIO** ao entrevistado.

Questão 7: Mostrar o cartão-resposta ao entrevistado com as opções de respostas (nenhuma no último mês; menos de 1 vez/mês; 1 ou 2 vezes/semana; 3 ou mais vezes/semana) para os itens de (a) a (l). No item (j) caso o entrevistado refira uma outra razão em relação à dificuldade de dormir, anotar qual é essa razão e no item (l) assinalar a frequência com que tem dificuldade de dormir por essa razão.

Questão 12: Caso o entrevistado responda negativamente a essa questão pular para a questão 14.

Questão 14: nesta questão deverá ser apresentada a figura do corpo humano e solicitar que o entrevistado assinale quais são as partes do corpo em que sente dor. Feito isso, sem ler as alternativas presentes no formulário, você deverá interpretar os locais apontados e fazer um X na alternativa correspondente, lembrando que admite mais de uma resposta.

<input type="checkbox"/> 1 Cabeça, face e/ou boca	<input type="checkbox"/> 7 Costas (na cintura e na região lombar)
<input type="checkbox"/> 2 Pescoço/nuca	<input type="checkbox"/> 8 Pelve
<input type="checkbox"/> 3 Ombros e Braços	<input type="checkbox"/> 9 Joelhos
<input type="checkbox"/> 4 Peito	<input type="checkbox"/> 10 Pernas
<input type="checkbox"/> 5 Abdômen	<input type="checkbox"/> 11 Pés
<input type="checkbox"/> 6 Costas (acima da cintura)	<input type="checkbox"/> 12 Outros. Especifique: _____

Questão 16: Caso o entrevistado refira mais de um local que tenha dor, perguntar qual delas mais o incomoda, anotar apenas o número correspondente conforme o quadro acima.

Questões 25, 26, 29, 30:

Tratamentos: correspondem a terapias não medicamentosas, como fisioterapia, acupuntura, massagens, chá, tratamento religioso/espiritual, compressas e etc.

Medicamentos: produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico ex: medicamentos alopáticos, homeopáticos, fitoterápicos, florais.

3.5 BLOCO 6 - VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TRABALHO II

Este bloco está relacionado a questões que avaliam a capacidade para o trabalho.

ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

O Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) busca indicar quão bem está, ou estará, um trabalhador no presente ou num futuro próximo, e com qual capacidade ele poderá executar o seu trabalho em função das exigências de seu estado de saúde e capacidades física e mental (ZWART, FRINGS-DRESE, DUIVENBOODEN, 2002).

No formulário de coleta dessa pesquisa às questões relativas à capacidade para o trabalho estão enumeradas do 1 ao 8.

Questão 1: Fazer a pergunta, deixando claro que o entrevistado poderá escolher qualquer valor, desde que de “0” a “10”, sendo “0” aquele que se considera totalmente incapaz ao trabalho e “10” aquele com a melhor capacidade possível para o trabalho – Mostrar cartão de apoio correspondente à questão.

Questão 4: Ler às condições de saúde para o entrevistado e assinalar (2) se “*opinião do entrevistado (O.E)*” e (1) se “*diagnóstico médico (D.M)*” e ainda assinalar se faz **TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ATUALMENTE** para alguma das condições de saúde referidas ou diagnosticadas.

Questão 5: Ler as lesões ou doenças e assinalar (2) se “*opinião do entrevistado (O.E)*” e (1) se “*diagnóstico médico (D.M)*”. Caso o paciente refira uma condição clínica que o entrevistador não saiba em qual grupo de doenças encaixar, anotar no final da pág.12 e levar ao conhecimento do respectivo coordenador de equipe.

Para as questões 4 e 5, lembre-se de utilizar termos mais leigos para questionar os entrevistados sobre alguns agravos. Assim, tente substituir alguns termos, conforme exemplos a seguir:

HIPERTENSÃO ARTERIAL = PRESSÃO ALTA

HIPERLIPIDEMIA = COLESTEROL / TRIGLICERÍDEOS ALTO

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL = DERRAME

ARTRITE REUMATÓIDE = ARTRITE OU REUMATISMO

Nas questões **1,2,3,6,7e 8 – MOSTRAR CARTÃO DE APOIO** ao entrevistado.

3.6 BLOCO 7 – VARIÁVEIS RELACIONADAS À VIOLÊNCIA

Este bloco está subdividido em questões sobre violências que foram vivenciadas ou observadas pelos professores, em ambiente escolar e fora dele, além do vínculo que o professor tem com a comunidade e pais de alunos em cada local de trabalho.

Questão 1. Para esta questão considerar as situações de violência que ocorreram na escola (qualquer escola que o professor atue), e com outros professores, funcionários e alunos, e não diretamente com ele. O professor deverá relatar quantos casos ocorreram nos últimos 12 meses. Mostrar cartão de apoio correspondente.

Questão 1.7 Essa questão caracteriza o assédio moral. Esse tipo de violência ocorre normalmente em relações de trabalho (entre superiores e subalternos e colegas de trabalho) e pode ser definido como “*uma conduta abusiva, intencional, frequente e repetida, que ocorre no ambiente de trabalho e que visa diminuir, humilhar, vexar, constranger, desqualificar e demolir psicologicamente um indivíduo ou um grupo, degradando as suas condições de trabalho, atingindo sua dignidade e colocando em risco a sua integridade pessoal e profissional*” (Freita, Heloni, Barreto, 2008).

Questão 1.8 Essa questão caracteriza o bullying, que pode ser definido como: “*Situações em que um aluno, ou um grupo de alunos, causa intencionalmente e repetidamente danos a outro(s) com menor poder físico ou psicológico. As ações abrangem formas diversas, como colocar apelidos, humilhar, discriminar, bater, roubar, aterrorizar, excluir, divulgar comentários maldosos, excluir socialmente, dentre outras*” (Assis, Constantino, Avanci, 2010).

Atenção: não confundir, ou deixar que o entrevistado confunda Assédio Moral com Bullying. Apesar de definições muito próximas, o assédio moral ocorre entre os professores, ou entre diretores e professores, enquanto o *bullying* é característico das atitudes dos alunos.

Questão 1.9 Questione outra violência física ou psicológica que tenha ocorrido e não tenha sido citada anteriormente. Anote toda e qualquer resposta do professor, como brigas sem agressão física, precarização da profissão, etc... Anote também quantos casos dessa violência ocorreram nos últimos 12 meses.

Questão 2. Esta questão se refere a situações de violência que ocorreram contra o professor entrevistado, dentro da escola (independente da escola em que atua), em toda a sua atividade profissional. O professor deve considerar se essa violência ocorreu há menos de 12 meses ou há mais de 12 meses. Em caso de ter ocorrido mais de uma vez, e em períodos diferentes, admite as duas possibilidades. Mostrar cartão de apoio correspondente.

Questão 2.4 Essa questão caracteriza o assédio moral. Esse tipo de violência ocorre normalmente em relações de trabalho (entre superiores e subalternos e colegas de trabalho) e pode ser definido como “*uma conduta abusiva, intencional, frequente e repetida, que ocorre no ambiente de trabalho e que visa diminuir, humilhar, vexar, constranger, desqualificar e demolir psicologicamente um indivíduo ou um grupo, degradando as suas condições de trabalho, atingindo sua dignidade e colocando em risco a sua integridade pessoal e profissional*” (Freita, Heloni, Barreto, 2008).

Questão 2.10 Questione outra violência física ou psicológica que tenha ocorrido e não tenha sido citada anteriormente. Anote toda e qualquer resposta do professor e em qual período ocorreu.

Questão 3. Essa questão se refere à situações de violência que ocorreram contra o professor entrevistado, fora da escola. O professor deve considerar se essa

violência ocorreu há menos de 12 meses ou há mais de 12 meses. Em caso de ter ocorrido mais de uma vez, e em períodos diferentes, admite as duas possibilidades. Mostrar cartão de apoio correspondente.

Questão 3.3 Questione outra violência física ou psicológica que tenha ocorrido fora da escola e não tenha sido citada anteriormente. Anote toda e qualquer resposta do professor e em qual período ocorreu.

Questão 4. Nesta questão o entrevistado deverá classificar seu vínculo com a comunidade e com os pais dos alunos para cada escola em que trabalha. Caso o professor trabalhe em apenas uma escola, as respostas para o Local de trabalho II e Local de trabalho III é “Não se aplica”. Mostrar cartão de apoio correspondente.

4 INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO QUESTIONÁRIO

Atenção: para todas as questões do questionário, orientar o entrevistado que as respostas deverão ser colocadas diretamente no campo “GABARITO”, na margem direita da folha.

O questionário é composto por quatro escalas de avaliação em saúde e um bloco com variáveis para a caracterização social e demográfica.

Dentre as escalas estão: a Medical Outcomes Study Short Form 12 - SF-12 (escala para avaliação da Qualidade de Vida), a Job Stress Scale (escala de Estresse no Trabalho), a Maslach Burnout Inventory (escala para avaliação da Síndrome de Burnout) e a escala de Satisfação no Trabalho. Todas essas escalas foram validadas para utilização no Brasil.

5 INFORMAÇÕES SOBRE AS ESCOLAS PARTICIPANTES

5.1 Escolas de Cambé (PR)

NOME	ENDEREÇO	TELEFONE
Colégio 11 de Outubro	RUA: PROF. BENTO MUSSURUNGA , Nº: 608 BAIRRO: JD. NOVO BANDEIRANTE	32513228
Colégio Andrea Nuzzi	RUA: BENTO MUNHOZ DA ROCHA NETO, Nº: 366 BAIRRO: JD. SANTO AMARO	32511491
Colégio Olavo Bilac	RUA: AV. INGLATERRA, Nº: 596 BAIRRO: CENTRO	32543376

5.2 Escolas de Londrina (PR)

NOME	ENDEREÇO	TELEFONE
Colégio Albino Feijó Sanches	RUA: JACAREZINHO Nº: 80 BAIRRO: P. DAS INDUSTRIAS	33412917
Centro Estadual de Educação Profissional Professora Maria do Rosário Castaldi	RUA: AV. ARTHUR THOMAZ Nº: 1181 BAIRRO: JD. JAMAICA	33380011
Colégio Hugo Simas	RUA: PIO XII Nº: 195 BAIRRO: CENTRO	33237303
Instituto de Educação Estadual de Londrina	RUA: BRASIL Nº: 1047 BAIRRO: CENTRO	33243057

Colégio José Aloísio Aragão	RUA: PIAUI Nº: 720 BAIRRO: CENTRO	33716785
Colégio José de Anchieta	RUA: RIACHUELO Nº: 89 BAIRRO: JD. HIGIENÓPOLIS	33242625
Colégio Lúcia Barros Lisboa	RUA: ARACI DE ALMEIDA Nº: 30 BAIRRO: C.MANOEL GONCALVES	33487786
Colégio Marcelino Champagnat	RUA: SAO SALVADOR Nº: 998 BAIRRO: CENTRO	33239332
Colégio Professora Maria José Balzanelo Aguilera	RUA: TARCISA KIKUTI Nº: 55 BAIRRO: C.H.A.MARCAL NOG.	33424529
Colégio Nossa Senhora de Lourdes	RUA: AV. SAO JOAO Nº: 965 BAIRRO: JD. BRASILIA	33376226
Colégio Olympia Morais Tormenta	RUA: RUDOLF KEILHOLD Nº: 173 BAIRRO: C. HAB JOAO PAZ	33292744
Colégio Polivalente	RUA: FIGUEIRA Nº: 411 BAIRRO: JD. SANTA RITA	33385018
Colégio Ubedulha Correia de Oliveira	RUA: JULIO FARINACEO Nº: 111 BAIRRO: C. H. LUIZ SA	33370325
Colégio Vicente Rijo	RUA: AV. JUSCELINO KUBITSCHECK Nº: 2372 BAIRRO: CENTRO	33237630

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P.; AVANCI, J. Q. **Impactos da Violência na Escola: um diálogo com professores**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010. 96 p.
- BERTOLAZI, A. N. et al. Validation of the brazilian portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep medicine**, Amsterdam, v.12, n.1, p.70-75, jan. 2011.
- FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador in: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E. R.; RIGOTTO, R. M. (org). **Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1993. p. 178-186.
- FREITAS, M. E.; HELONI, R.; BARRETO, M. **Assédio Moral no Trabalho**. São Paulo: Cengage Learning, 2008. 37 p.
- TUOMI, K. et al. **Índice de capacidade para o trabalho**. São Carlos: EduFSCar, 2005.
- ZWART, B. C.H.; FRINGS-DRESEN, M. H. W.; DUIVENBOODEN, J. C. Test-retest reliability of the work ability index questionnaire. **Occup Med**, v.52, supl.4, p. 177-181, 2002.

ANEXO E – CARTÃO DE APOIO

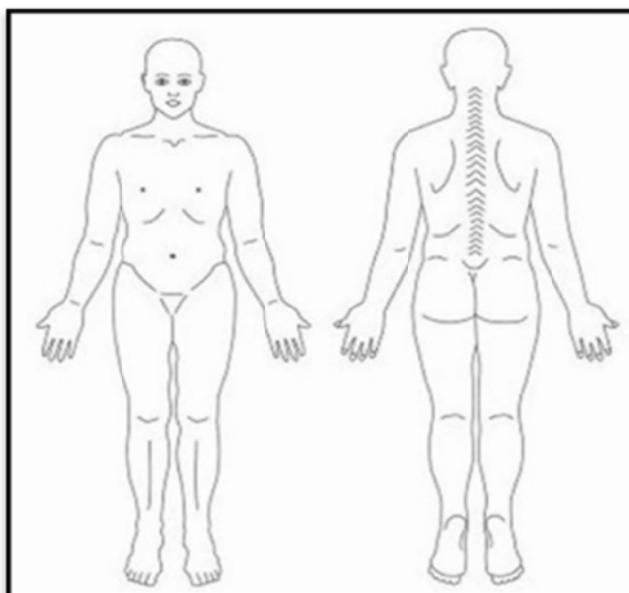
Cartões de Apoio



Saúde, estilo de vida e trabalho de professores da rede estadual de Londrina

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Londrina

Bloco 5 Pergunta 15



Bloco 5. Pergunta 17

Há quanto tempo sente essa dor (que mais incomoda)			
1	2	3	4
6 meses a 2 anos	Mais de 2 anos até 5 anos	Mais de 5 anos até 10 anos	Mais de 10 anos

Bloco 5. Pergunta 19

Última vez que sentiu essa dor (que mais incomoda)					
1	2	3	4	5	6
Hoje	Hoje não, mas esta semana	Não esta semana, mas a menos de 1 mês	De 1 a menos de 3 meses	De 3 a 6 meses	Há mais de 6 meses

Bloco 5. Pergunta 20

Com que frequência sente essa dor (que mais incomoda)					
1	2	3	4	5	6
Todas as horas do dia	Todos os dias, em algum momento	Duas ou mais vezes na semana	Uma vez na semana	De uma a três vezes ao mês	Menos de uma vez ao mês

Bloco 5. Perguntas 21 e 22

Intensidade de interferência no trabalho e lazer				
1	2	3	4	5
Completamente	Muito	Moderadamente	Pouco	Nada

Bloco 5. Perguntas 27 e 31

Ajuda no alívio da dor				
1	2	3	4	5
Completamente	Muito	Moderadamente	Pouco	Nada

ANEXO F

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

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

PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: ARTHUR EUMANN MESAS

Versão: 1

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

CAAE: 01817412.9.0000.5231

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 22562

Data da Relatoria: 16/05/2012

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Toda a documentação está correta e adequada.

Recomendações:

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado.

LONDRINA, 16 de Maio de 2012

Assinado por:

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

ANEXO G
AUTORIZAÇÃO DO NÚCLEO REGIONAL DE EDUCAÇÃO DE
LONDRINA



Of. CHEFIA/NRE n.º 87/2012



Londrina, 04 de abril, de 2012

Prezada Senhora
Prezado Senhor

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

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

Atenciosamente


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

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

ANEXO H

APOIO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
ESTADO DO PARANÁ

Of. 609/2012 - GABINETE DA SECRETÁRIA -S.M.E.

Londrina, 20 de abril de 2012

Ilustríssimos Senhores
Profª Drª Selma Maffei de Andrade
Prof. Dr. Arthur Eumann Mesas
Coordenadores do Programa de Pós Graduação
UEL

Somos sabedores de que a realização da pesquisa intitulada "Saúde, Estilo de Vida e Trabalho de Professores da Rede Pública do Paraná", apresentada a esta secretaria, com o objetivo de ampliar o debate e a reflexão acerca de problemáticas sociais relacionadas à Saúde Coletiva no contexto das escolas estaduais de Londrina constitui-se como ferramenta de extrema relevância para a educação do município.

Informamos que deverá ser encaminhada a devolutiva dos resultados e dos diagnósticos os quais deverão ser enviados à SME, aos cuidados de Artemis Torres Nascimento.

Atenciosamente,


Virginia Pelisson Laço

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
Dec. 390/12 - Mat. 22625-4