

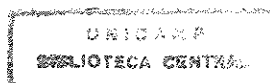
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

**LICENÇAS MÉDICAS DE PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA: expressando
especificidades em estudo na Rede Municipal de Ensino, Campinas - SP**

Ana Claudia Santurbano Felipe Franco

Campinas

1996

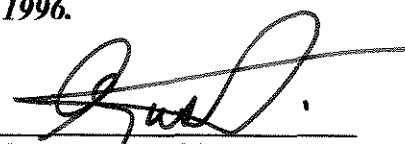


UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

**LICENÇAS MÉDICAS DE PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA: expressando
especificidades em estudo na Rede Municipal de Ensino, Campinas - SP**

Ana Claudia Santurbano Felipe Franco

*Este exemplar corresponde à
redação final da Dissertação
defendida por Ana Claudia
Santurbano Felipe Franco
e aprovada pela Comissão
Julgadora em 12 de fevereiro
de 1996.*



Prof. Dr. Aguinaldo Gonçalves

Campinas

1996

42759 H6
97 65724

UNIDADE	BC
N.º CHAMADA	F848L
V.	Ex.
TOMBO BC	30.462
PROC.	281192
C	☐
D	☒
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	23/05/92
N.º CPD	

CM-00098843-8

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA FEF - UNICAMP

Franco, Ana Claudia Santurbano Felipe

F848L **Licenças médicas de professores de Educação Física: expressando especificidades em estudo na Rede Municipal de Ensino, Campinas-São Paulo. / Ana Claudia Santurbano Felipe Franco. Campinas,SP: [s.n.], 1996.**

Orientador: Aguinaldo Gonçalves

Dissertação (mestrado) Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física.

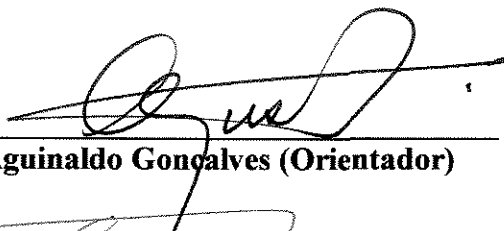
1. Educação Física. 2. *Licenças médicas. 3. Saúde Educação Física. I. Gonçalves, Aguinaldo. II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física. III. Título.

**LICENÇAS MÉDICAS DE PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA: expressando
especificidades em estudo na Rede Municipal de Ensino, Campinas - SP**

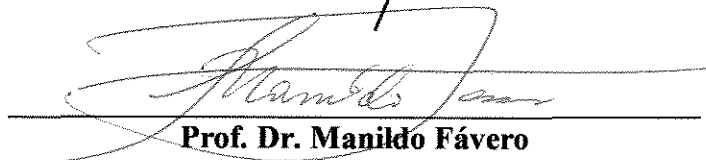
Ana Claudia Santurbano Felipe Franco

Aprovada em 12 de fevereiro de 1996

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Aguinaldo Gonçalves (Orientador)



Prof. Dr. Manildo Fávero



Prof. Dr. João Batista Andreotti Gomes Tojal

*Aos meus Pais ANTONIO e ELOÁ,
ao incentivo e carinho,*

*ao meu Marido LEANDRO
a compreensão e o amor*

*e aos meus Irmãos
a colaboração.*

AGRADECIMENTOS

A ***Minha Família***, pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência e dificuldades.

Ao Prof. Dr. ***Carlos Roberto Padovani***, pelo assessoramento estatístico, seriedade, gentileza e atenção com que tratou o projeto nas horas em que se demandavam conhecimentos específicos.

Ao Prof. Dr. ***Heleno Rodrigues Corrêa Filho*** pelas discussões e acesso referentes aos cálculos de risco efetuados.

Ao ***Coordenador e Membros do Grupo de Saúde Coletiva/Epidemiologia e Atividade Física***, pelo apoio técnico e riqueza de informações que vieram a contribuir na formação acadêmica.

A ***Neusa Nunes Gonçalves e Silva***, pela atenção em momentos distintos.

A ***Divisão de Saúde do Servidor*** - Serviço de Saúde Ocupacional da Prefeitura Municipal de Campinas, em especial ao ***Dr. Igor Del Guércio*** e sua ***equipe de trabalho***, pela possibilidade da coleta de dados e colaboração.

A ***Coordenação de Pós-Graduação integrada aos seus funcionários*** e ao ***Departamento de Ciências do Esporte*** pela atenção e competência dispensadas.

A ***Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES***, pela concessão da bolsa de mestrado.

Aos meus ***Amigos***, distantes do processo deste trabalho, mas sempre próximos do meu pensamento e amizade.

A ***Todos Àqueles*** que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração desta dissertação.

SUMÁRIO

RESUMO.....	06
ABSTRACT.....	07
1. INTRODUÇÃO E OBJETIVO.....	08
2. MATERIAL E MÉTODOS.....	18
2.1 População de estudo.....	18
2.2 Delineamento observacional e procedimentos operacionais.....	19
2.3 Coleta e sistematização dos dados.....	21
2.4 Análise estatística.....	22
3. RESULTADOS.....	25
3.1 Professores estudados.....	25
3.2 Licenças concedidas.....	26
3.3 Diagnósticos registrados.....	27
4. DISCUSSÃO.....	58
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
6. ANEXOS.....	75

Partiu-se da preocupação com a identificação de especificidades da saúde dos professores de Educação Física (EF) que atuam em nível escolar, estudando-se licenças médicas (LM) de tais profissionais da rede Municipal de Ensino de Campinas. Como objeto de estudo, tomou-se a população de 62 professores efetivos de EF admitidos nesse exercício profissional no período de junho/1991 a maio/1994, caracterizados como Grupo Observacional (GO). Apropriou-se, como Grupo Comparativo (GC), de 57 docentes de Português (P) e de Matemática (M). Consistiu o estudo em observacional de tipo prospectivo não concorrente. A fonte de dados foi constituída pelos respectivos prontuários do Serviço Médico do Servidor, local este, atualmente chamado Divisão de Saúde do Servidor - Serviço de Saúde Ocupacional da Prefeitura Municipal de Campinas; com vistas a sistematizar aspectos epidemiológicos descritivos, foram buscadas informações referentes a sexo, faixa etária, estado civil, naturalidade, data de exame médico pré-admissional, disciplina de atuação, séries de trabalho, tempo de experiência (em anos) na função de professor, além de diagnósticos que levaram às licenças médicas. Tais informações foram transcritas de protocolos próprios para planilhas específicas, informatizadas com assessoria estatística do Departamento de Bioestatística do Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista (UNESP) - campus de Botucatu, do qual se contou também com apoio para tratamento e análise estatística dos dados. Em algumas variáveis de interesse aplicou-se a estatística não-paramétrica quiquadrado de Pearson (χ^2) e, em casos de comparação de postos médios, o teste estatístico não-paramétrico de Mann Withney.

Neste sentido, pôde-se observar que, como *especificidade*, o Grupo Observacional, contrariamente ao detectado no Comparativo, foi caracterizado com significância estatística, *por compor-se de elementos*: i) tanto do sexo masculino quanto feminino; ii) predominantemente jovens; iii) com exame médico pré-admissional tardio e iv) com tempo menor de experiência profissional pregressa. Procedendo a caracterização das *licenças concedidas*, identificaram-se: i) a duração total de licenças saúde, ou seja LM dos professores envolvidos durante o período estudado; ii) o número de LS obtidas e iii) o tempo médio de permanência neste afastamento. Nestes termos, os grupos analisados não diferiram estatisticamente quanto as variáveis mencionadas: em ambos, predomina a classe de seis solicitações de LS de curta duração. Quanto aos *diagnósticos registrados* segundo a Classificação Internacional de Doenças, em investigação global, detectou-se que os mais frequentes, em ambos Grupos, advinham do bloco da Classificação Suplementar de Fatores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e de Oportunidade de Contato com Serviços de Saúde (CS-II), seguidos pelas Doenças do Aparelho Respiratório. Entretanto, expressou-se distribuição preferencial, no grupo de professores de Educação Física, dos seguintes grupos de diagnósticos: i) Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo, bem como ii) Lesões e Envenenamentos. No grupo Comparativo, houve predomínio, estatisticamente significativo de i) situações da CS-II, além de ii) Doenças do Aparelho Digestivo.

A atividade física inerente a forma de viver e de ser dos professores de EF é entendida como possível explicação para os efeitos adversos e protetores observados. Algumas das características epidemiológicas são problematizadas como possíveis explicações dos resultados verificados.

MEDICAL LICENCES OF PHYSICAL EDUCATION TEACHERS: expressing specificities in a study on the school system within the city area of Campinas.

Our research came from the worry about aspects of Physical Education (PE) teachers' health who teach in elementary and high school, concerning to their absences at work. The goal was to study the problem through acknowledgement and analysis of medical licences (ML) of PE teachers from schools of Campinas, SP. A Comparative Group (CG) was formed by Mathematics (M) or Portuguese (P) teachers, who were starting in the position at the same time in the same institution, searching for identifying the specific characteristics recorded among the PE teachers.

The subjects studied were constituted by the permanent PE teachers starting in the position during June/1991 Observed Group (OG). The study was of the prospective non-concurrent type. Data were collected from files of the Public Health Service Department of Campinas; as descriptive epidemiological aspects, sex, age, marital status, origin, date of the health exam before the admission at the job, subject and levels taught, experienced time as a teacher were considered, besides the diagnosis which caused the medical licences. Such information were transferred from the original documents to specific forms, informatized with the statistical advisory of the Biostatistic Department from the Biosciences Institute, UNESP - Botucatu Campus, where the data treatment and statistic analysis were also supported. In some variables of interest the Pearson's non-parametric chi square statistic test (χ^2) was applied and in cases of comparison of average positions, Mann Whitney's non-parametric statistic test was preferred.

It was observed in OG, as *specificities*: i) both male and female teachers; ii) predominantly youngsters; iii) with late pre-admission medical exam and iv) with shorter previous professional experience. About the ML was identified: i) the total period of duration; ii) the number of ML obtained and iii) the average time in this absence at work. In these aspects, the analysed groups haven't differed statistically: in both the class of short-term ML petitions prevails. Concerning to the *recorded diagnosis* according to the International Classification of Diseases (ICD, 1975), it was detected that the most frequent, in both Groups, came from the block of the Supplementary Classification of factors that influence on health condition and the opportunity of contact to health service (SC-II), followed by Respiratory System Sickness. However it was noticed a preferential distribution in the Physical Education teacher group, in the following groups of diagnosis: i) Sickness in the Osteomuscular System and in the Conjunctive Tissue, as well as ii) Injuries and Poisoning. In The Comparative Group, there was a statistically significant predominance of i) situations of SC-II, besides ii) Digestive System Sickness.

The physical activity innate to PE teachers's way of being and living is understood as a probable explanation to the adverse and protector effects observed. Characteristics as sex and age are also considered in order to understand some observed facts.

1. INTRODUÇÃO E OBJETIVO

Em nosso meio, a escola pública ainda é um dos espaços típicos dos professores de Educação Física (EF). Segundo dados obtidos junto à supervisão de ensino de Campinas, existem em sua região metropolitana 36 escolas municipais e aproximadamente 125 estaduais, abrangendo, assim, o 1º e 2º grau, onde estes profissionais podem atuar. Nesse sentido, o presente trabalho detém-se a estudar, levantar e analisar informações de professores ligados a escolas públicas, mais especificamente, que trabalham na rede municipal de Campinas.

O problema que nos motiva aos estudos teóricos, na área de Saúde Coletiva, é a inquietude de diversos professores de Educação Física em relação à dinâmica de sua saúde no decorrer do exercício profissional. Segundo estas declarações, pode haver indisposição e cansaço físico frequentes, fraqueza e fadiga constantes, além de intensas dores de cabeça. Quando se trata de ambiente de trabalho é previsível que problemas aconteçam; além destes sintomas inespecíficos é possível que danos provenientes da própria condição e meio peculiar dos mesmos possam tornar-se obstáculos para sua atuação diária no trabalho, potencialmente ocasionar desânimo e até mesmo cogitar possibilidade de não comparecimento do profissional de EF ao trabalho, deixando, assim, de cumprir responsabilidades educacionais assumidas previamente, podendo afetar diretamente os alunos. Nestes termos, é realidade que os indivíduos ligados à Secretaria de Educação possuem maior frequência de ausência ao serviço em relação aos demais funcionários da Prefeitura Municipal de Campinas, segundo

expressou o Secretário de Saúde da época, Dr. Rogério Jesus Pedro, em comunicação pessoal, 1993.

De fato, tais profissionais dificilmente dispõem de lugares onde encontrem sombras para proteção ao sol, ainda que escassa. Revela a observação direta assistemática que algumas escolas municipais de Campinas não possuem locais apropriados para aulas de EF; seus espaços, as vezes, podem ser caracterizados por terras batidas ou locais irregulares não planejados para aulas e sim "adaptados" para ministrá-las. Para tanto, ocupam-se ruas próximas, praças de esportes, estacionamentos improvisados, até mesmo a própria sala de aulas. A disponibilidade de espaços específicos como quadras para totalidade dos professores em todos os momentos de trabalho é "privilégio" de poucos, mesmo sendo inadequados e/ou com pouca manutenção. Na verdade, as escolas que não as possuem sofrem com a poeira da terra e, naquelas que têm, pode haver precariedade na conservação. Nestes, em decorrência, podem surgir buracos, potencialmente um dos fatores de risco para ocorrência de lesão durante a aula. Há ainda que considerar, a carência de espaço e local onde se possam fazer anotações, bem como lugar adequado para guarda do material utilizado. Além do que, o profissional de EF trabalha com o ser humano em movimento: os alunos, bem como os respectivos professores, podem estar, na maioria das vezes, em constante deslocamento, aumentando, assim, a possibilidade de riscos de acidentes. Os problemas levantados anteriormente apontam condição peculiar do meio em que o professor de EF trabalha, podendo ocasionar prováveis prejuízos ou danos aos mesmos, decorrentes do meio físico e ambiental em que se atuam. Nesse sentido, decorre possível fragilidade e vulnerabilidade da saúde desse trabalhador.

A partir destas pistas geradas pela realidade de Campinas quanto ao *profissional de Educação Física, seu trabalho* e os riscos à sua saúde, situam-se, a seguir, alguns elementos conceituais e aplicados, na busca de melhor entendimento da questão tratada.

De fato, o primeiro aspecto que se destaca a respeito consiste como caracterizar, então, a exposição profissional do professor de EF aos possíveis incômodos decorrentes de seu ambiente de trabalho. Tratar-se-iam de *acidente de trabalho*? Segundo Alcântara (1982), este identifica-se como "aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause morte ou perda, ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho". Mendes (1982) categoriza-o como um dos indicadores clássicos mais utilizados para traduzir situação das condições de trabalho.

As *doenças profissionais*, para o mesmo autor, ao contrário dos *acidentes*, onde a ruptura do equilíbrio-saúde é brusca e muito nítida, significam uma desestabilização mais lenta da saúde do trabalhador, provocada pela natureza ou condições de trabalho, e contraídas durante o mesmo, constituindo-se também indicador clássico em Saúde Ocupacional. Entretanto, por sua natureza insidiosa, oferecem algum grau de dificuldade para seu reconhecimento, principalmente quando se deseja detecção precoce. Assim, quando elas "são suspeitadas e reconhecidas, existe frequentemente dificuldade na confirmação diagnóstica, sobretudo se esta depende de laboratórios de toxicologia". Segundo Segre (1985), a doença profissional conta com ação traumatizante e lesiva diluída e específica no

tempo. Têm-se, como exemplos, agravos provocados por agentes químicos tóxicos, como a intoxicação por chumbo, em decorrência de sua presença no organismo (Pimenta, Capistrano Filho, Camargo et al 1988), além da intoxicação pelo mercúrio (Ferrari, Gonçalves, Barbosa et al 1993), ambos constituindo-se importante problema de saúde.

Nos dias atuais intensifica a relevância de tais questões em termos dos *riscos biológicos da modernidade*. Trata-se daquelas repercussões mais extremas de tais agravos à espécie humana, destacadamente os Danos Genéticos. Gonçalves (1978) lembra as quebras cromossômicas ocasionadas pela exposição profissional. De fato, suas consequências hereditárias, nas células germinativas, relacionam-se diretamente com o destino do fragmento; com a deleção cromossômica o mesmo se perde e sua prole será privada da informação genética. Neste sentido, em decorrência do efeito de posição que se estabelece, o rearranjo pode ser estável ou instável, situação esta em que mecanismos seletivos intra-uterinos desencadeiam o aborto. Gonçalves, Ferrari (1982) aprofundam a questão ao constatarem que parece haver processo circular cumulativo no avanço contemporâneo e na geração de tecnologias inovadas, as quais, criando necessidades consentidas, introduzem novos teratógenos, que levam a agravos constitucionais desconhecidos.

Existe também, o segmento identificado pelas *doenças relacionadas com o trabalho*, i.e. aquelas "em que o trabalho é fator contributivo, e as doenças em que o trabalho é provocador ou agravador de distúrbios ou de doenças pré-existentes". São situações frequentes: a hipertensão arterial, doenças respiratórias crônicas, afecções do aparelho locomotor, distúrbios mentais e estresse (Mendes, 1988).

Neste sentido, Corrêa Filho, Gonçalves, Gonçalves (1991), apontam que as **doenças ocupacionais**, numericamente, no Brasil, “vêm apresentando comportamento bastante coerente com sub-estimação”. De fato, lembra WHO (1987) as dificuldades existentes nas regiões das Américas em relação à informação completa ou ordenada sobre morbidade e mortalidade ocupacional. Poucos países têm atualizado informações sobre acidentes e doenças do trabalho, e na maioria dos casos, os dados referem-se a eventos de curta ocorrência. Tal fato pode ser explicado por alguns fatores, dentre eles: i) muitos médicos que trabalham nos serviços de saúde não estão instruídos ou familiarizados acerca de afecções específicas do trabalho e não as interpretam como tal; ii) amplos setores da população trabalhadora não têm acesso aos serviços de saúde ocupacional e quando submetidos aos clínicos são diagnosticados e registrados como portadores de outras doenças; iii) tais agravos podem ter efeito cumulativo (lento e progressivo) ao longo dos anos, potencialmente manifestando-se em estágios posteriores ou, até mesmo, depois que o trabalhador já se aposentou.

Ora, quando os riscos profissionais são discutidos, logo emerge a idéia de agravos ocupacionais polarizados nos trabalhadores da indústria, que se sabe, geralmente, estarem expostos aos riscos de acidentes e doenças profissionais. No entanto, **profissionais liberais e outros indiretamente relacionados à produção de riquezas** podem também estar sujeitos a tais riscos (Nogueira, 1983), e entre eles, destaca-se o professor, mais especificamente, o de EF.

Neste sentido, ao estudar a categoria de professores, observou-se na literatura existente indicativos sobre a saúde da mesma. Chambers (1992), referindo-se a realidade da Grã-Bretanha e País de Gales, mostra investigações recentes acerca da saúde de professores secundários e indica que os mesmos também estão sofrendo de má saúde mental, em comparação com outros grupos igualmente submetidos a estresse ocupacional, como médicos clínicos gerais. Ansiedade e depressão são sintomas que os afligem frequentemente. De fato, Soares Júnior, Pianetti, Cecílio et al (1994), em estudo da saúde do professor do sexo feminino do ensino primário observaram que: i) 75% delas referiram algum distúrbio biológico ou psíquico; ii) o estado civil e o grau de escolaridade foram os parâmetros que expressaram diferenças estatisticamente significantes possivelmente relacionadas à alguma morbidade; iii) a alteração mais notada foi a fadiga; iv) a carência de material didático e o espaço físico inadequado foram as principais cargas referidas como responsáveis pelas alterações; v) a curto prazo, a terapêutica relaciona-se com a melhoria salarial que possibilite ajustar o orçamento às despesas e aumente a auto-estima do indivíduo. “A médio e longo prazos, a terapêutica pode se vincular à elaboração de um plano governamental que aumente o investimento nesse setor, valorizando a educação e a formação profissional do educador”. Santo, Faria, Cavarsan et al (1992), em estudo sobre absenteísmo por licença médica na Universidade Federal de Goiás, compreendendo professores e servidores técnico-administrativos, constataram que, nos quatro anos de investigação, de 1986 a 1989, os próprios professores universitários estavam entre os seis grupos de funções com maior frequência de licenças, respectivamente, em quarto, quinto, segundo e terceiro lugar.

Ainda relativamente à dinâmica da saúde de professores, destaca-se, dentre estudos sobre LM, recente investigação de Cassoni, Cremonese, Guedes et al (1989), acerca das principais causas de LM concedidas a professores da rede municipal de ensino da prefeitura do município de São Paulo que atuaram no período de 1983 a 1987. A pesquisa realizada em 1988, contou com universo de 28.313 professores e foi estabelecida uma amostra probabilística casual simples, constituída por 1.061 professores. As causas de LM identificadas foram analisadas em relação à frequência com que se apresentaram e quanto ao número de dias de afastamento que determinaram. Entre as causas de LM destacaram-se como as mais frequentes: i) licença gestante; ii) infecções das vias aéreas superiores e iii) tratamento de filho. Quanto a duração, as que determinaram maior número de dias de afastamento foram: i) licença gestante; ii) distúrbios psiquiátricos e psicológicos e iii) acidentes, traumatismos e queimaduras.

Coloca-se assim em questão o absentismo, ou absenteísmo como é chamado por alguns investigadores. Trata-se do conhecimento das ausências relacionadas ao trabalho. Diversos autores abordam o assunto em vários aspectos. Quick, Lapertosa (1982) apresentam dados de empresa siderúrgica no ano de 1980, comparados com anos anteriores, e Robazzi, Paracchini, Gir et al (1990), pesquisas no serviço de enfermagem do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Ambos trabalhos investigam ausências ao serviço de origem diversificada, como p.ex. licenças: saúde, gala, gestante, falta justificada, injustificada, dentre outras. Os primeiros autores indicam que o estudo das ausências ao trabalho se faz importante, pois as mesmas “criam problemas diversos, de ordem econômica e social e ao próprio desenvolvimento desse”, de sorte que o trabalho, “geralmente realizado por uma

equipe, é perturbado com a ausência de um elemento. Sobrecarrega os companheiros, diminui a produção e aumenta o custo operacional sendo, muitas vezes, necessário convocar um substituto ou improvisá-lo”. Os investigadores da segunda citação reiteram a questão e afirmam que esta “interferência negativa no trabalho, por si só, justifica uma luta intensa contra o absentismo”. Neste sentido, há necessidade de combatê-lo em sua complexidade, de “fatores físicos, psíquicos, sociais e, ainda, diversos outros estranhos à saúde”.

Entretanto, dentre as ausências ao trabalho que interessam nesta investigação está o afastamento identificado por motivos de doença, i.e. LM comprovadas por atestados médicos emitidos por especialistas da área médica e odontológica. Neste sentido, Nogueira e Azevedo (1982) informam que absentismo-doença, i.e. falta ao trabalho por motivo de doença “é de importância indiscutível em qualquer país industrializado ou em vias de industrialização”, constituindo-se problema sócio-econômico de destaque. Segundo os autores, concretamente, o termo implica não só custos diretos, representados pelo auxílio-doença pago aos trabalhadores faltosos, mas ainda os custos indiretos retratados pela: i) diminuição da produção; ii) redução da qualidade do produto; iii) aumento do desperdício; iv) diminuição da eficiência do trabalho; v) problemas administrativos e vi) rebaixamento do moral dos trabalhadores. Enfim, indicam, ainda, que “estudos epidemiológicos bem conduzidos, que permitam conhecer as diferentes variáveis que afetam tal fenômeno (sexo, idade, estado civil, turnos de trabalho, dias da semana, meses do ano, fatores psicológicos, causas médicas das faltas ao trabalho, etc.) podem auxiliar na prevenção do absentismo doença”.

Meira (1982) expressa que o estudo sobre absentismo por enfermidade “representa importante tarefa de um serviço de medicina ocupacional, considerando-se que seu conhecimento pode definir e conduzir a uma política essencialmente prevencionista e de alto significado social”. De fato, o autor indica que existem inúmeros fatores amplamente conhecidos e analisados na literatura disponível que podem influenciar o absentismo direta e indiretamente. São os fatores: i) naturais: condições climáticas e epidemiológicas; ii) sócio-econômicos: conjuntura econômica, sexo, idade, estado civil, categoria, tempo de serviço, condições de trabalho e nível salarial e iii) ligados à própria empresa: política da instituição, porte, efetivo, supervisão e chefia, benefícios (assistência médica, restaurante, condução). Por outro lado, sabe-se também que nem sempre está determinado pelo próprio empregado, mas pela organização, supervisão, motivação e estímulo do servidor, ambientes e condições de trabalho, integração do empregado à empresa e até mesmo a direção.

Outra investigação acerca do assunto foi realizada por médicos do trabalho da TELESP de SP. Makaron, Duca, Ozéas et al (1977), em análise das causas de LM em empregados da telecomunicações de São Paulo, julgaram-na como importante tarefa num Serviço de Medicina Ocupacional, pois o conhecimento das mesmas pode conduzir a política prevencionista que tem por intuito promoção de saúde dos empregados e aumento de produtividade da empresa. De fato, considerou-se para cada patologia responsável, o número de licenças, assim como o total de dias concedidos.

Neste contexto, destaca-se a *Licença Médica* (LM), ou igualmente, *Licença Saúde* (LS) como recurso que trabalhadores do mercado formal possuem para se afastarem do serviço, potencialmente por motivos de doenças ou enfermidades na família e/ou do próprio indivíduo, por algum tempo, mediante atestado médico. Assim, ainda que as LM possam ser menos rigorosas ou cautelosas que os registros de companhias de seguros, por exemplo, ainda são uma das fontes mais comuns de dados de agravos no interior de diversas instituições do Brasil, ou mesmo da América Latina. As LM se tornam vitais tanto para estas, pois constituem instrumento concreto para pagamento de seus funcionários, quanto recurso disponível peculiar para os pesquisadores.

A partir desse entendimento, o presente projeto objetivou conhecer e discutir aspectos ligados a licenças médicas (licenças saúde) de professores efetivos de EF da Rede de Ensino da Prefeitura Municipal de Campinas (PMC), em relação a outro grupo de docentes das disciplinas de Matemática (M) ou de Português (P), tomados como termo de comparação, na busca de identificação de especificidades. Neste sentido, tornaram-se variáveis de estudo atributos como número de licenças médicas concedidas a cada professor, duração total da licença saúde durante o período estudado e o tempo médio de permanência nesse afastamento, além do diagnóstico obtido; assim, esta morbidade registrada é tomada não como escopo final, mas sim como recurso voltado a apontar particularidades desses profissionais.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1 População de estudo

A rede municipal de ensino de Campinas é, atualmente, constituída de trinta e seis escolas de primeiro grau distribuídas em diferentes áreas da periferia da cidade. O contingente de docentes aí envolvidos se definiu com o primeiro concurso público de efetivação havido em 1991, especificamente no magistério de 5^a a 8^a séries. Apropriou-se para este estudo, da população de professores admitidos nessa oportunidade, constituindo-se o ***Grupo Observacional*** (GO) dos profissionais de Educação Física (EF) e o ***Grupo Comparativo*** (GC), dos de Matemática (M) ou Português (P).

Assim, foram tomados como população de estudo, os 86 docentes de EF aprovados e convocados para posse em abril de 1991, reduzidos a seguir, para 62 por contarem com registro médico completo, i.e. a presença de prontuário clínico contendo informações acerca de licenças médicas do professor estudado desde o princípio da investigação até o fim da fase de coleta de dados. A não inclusão dessa totalidade decorreu da: i) ausência à posse; ii) matrícula não identificada e iii) prontuários não localizados.

O outro componente da população em estudo se constitui por professores efetivos de outras disciplinas (M ou P) ingressantes na mesma ocasião em que os de EF. Sua composição deu-se mediante aplicação do critério de magistério predominantemente em sala de aulas. Visto que a EF compreendia número elevado de admitidos em relação às outras

áreas, considerou-se a soma dos ingressantes em duas outras disciplinas, numericamente semelhante à dos efetivos em EF. De fato, deparou-se com 87 professores para estudo, provindos das disciplinas de M (47) e P (40). Similarmente à redução havida com os componentes do grupo de EF, resultou, ao final, total de 57 (32 de M e 25 de P), caracterizado, assim como Grupo Comparativo conforme mostram as **Tabela e Figura 1**.

2.2 Delineamento observacional e procedimentos operacionais

Em termos metodológicos, esta investigação partiu de um grupo de professores de EF em busca do conhecimento de aspectos relacionados a sua especificidade, a partir das informações registradas em suas respectivas LS. O passo seguinte consistiu na identificação de outro grupo de pessoas submetidas às mesmas condições gerais mas não à variável sob investigação: com efeito, tomou-se como termo comparativo o conjunto de professores de M ou P.

Tipifica-se, assim, a partir de Almeida Filho, Rouquayrol (1990), como *estudo prospectivo não concorrente*, por ser identificado em algum ponto do passado, “com a seleção e classificação dos seus elementos neste ponto e com início e fim do acompanhamento antes do momento da pesquisa”. Trata-se, em outros termos, de análise prospectiva de casos de agravos já sucedidos, “que possam estar associados a algum incidente ambiental ou alguma característica pessoal, já ocorridos anterior ou concomitantemente aos casos de doença”.

Em relação aos procedimentos operacionais, a princípio, procedeu-se a contato pessoal com o Diretor Geral da Secretaria de Saúde, a fim de obterem-se informações no sentido de operacionalização do projeto. Na sequência, o Secretário Municipal foi contactado com vistas a consecussão da autorização institucional. A seguir, iniciou-se a relação com o responsável pelo Serviço Médico do Servidor, local este, atualmente chamado de Divisão de Saúde do Servidor - Serviço de Saúde Ocupacional, para cumprimento da coleta de dados diretamente nos prontuários médicos dos respectivos professores.

Com acesso às informações das Atas elaboradas nas sessões de escolha de cargos de EF, M e P no Concurso de Ingresso ao Magistério Municipal em 1991, situadas na área de Supervisão de Ensino, pôde-se recuperar os respectivos professores em prontuários médicos do serviço público, dado que cada um deles é identificado exclusivamente pelo número de matrícula de Servidor, seguido pelo seu nome.

Neste caso, deparou-se, no estudo, Licenças Médicas (LM), essencialmente, constituídas por Licença: i) Gestante; ii) Doação de Sangue e, iii) Tratamento de Saúde. Cada uma delas difere entre si segundo normas legais; entretanto, todas configuram Licença Saúde ou LM, na referida instituição. Neste sentido, a coleta de dados foi realizada em órgãos da Secretaria Municipal de Educação de Campinas e no Serviço Médico dos Servidores Públicos Municipais (SMSPM), onde toda dispensa médica do trabalho é tramitada.

2.3 Coleta e sistematização dos dados

Foram coletadas, sistematicamente, informações pessoais e dados clínicos, constantes nos prontuários de cada um dos professores, referentes ao período de três anos (junho/1991 a maio/1994), respectivamente, a partir: i) do protocolo de exame médico pré-admissional (identificado institucionalmente como Ficha Ambulatorial - **Anexo 1**) e ii) da Ficha de Controle de Licença (**Anexo 2**), documentada pelos atestados médicos. Em termos de diagnósticos, tais instrumentos estão referenciados à Classificação Internacional de Doenças - Nona Revisão - adotada, no interior da instituição, nos termos da publicação Classificação Internacional de Doenças, 1975. Esta, em sua introdução, se caracteriza como destinada também para o uso em processamento de dados: em decorrência, peculiariza-se pela introdução de um dígito controle para “exatidão das informações e transcrição, garantindo maior confiabilidade ao sistema”. Também foi necessário a conversão dos códigos “E” e “V”, para caracteres numéricos, respectivamente, “1” ou “2”. Todos demais itens foram acrescidos de 0, em decorrência a esta adaptação.

Com vistas a sistematizar aspectos epidemiológicos descritivos desses profissionais, foram buscados informes relativos a sexo, faixa etária, estado civil, naturalidade, data do exame médico pré-admissional, disciplina de atuação, número de matrícula, séries de trabalho onde foi exercida a docência, tempo de experiência (em anos) na função como professor, além de diagnósticos que levaram às licenças médicas.

A seguir, as informações dos protocolos mencionados acima foram transferidas para planilhas específicas utilizadas na investigação (**Anexo 3**). Para tanto, os procedimentos

operacionais concentraram-se em: i) visitas constantes no SMSPM para obtenção dos dados primários; ii) conferência do código dos diagnósticos atribuídos com aqueles da Classificação Internacional de Doenças, 1975, bem como iii) digitação e confronto das informações com as originais e, iv) sucessivos encontros com assessor estatístico.

2.4 Análise estatística

Montado o arquivo computacional a partir de informações inseridas no instrumento apresentado como **Anexo 3**, foram obtidas as distribuições de frequências das variáveis de interesse segundo o programa computacional Statistical Package for the Social Sciences (SP-SS). São elas apresentadas através de tabelas formuladas contendo as frequências: i) absoluta (N), ii) relativa percentual (%) e iii) relativa percentual corrigida pelo número total de informações (%C), de acordo com Padovani (1991).

Nas variáveis de interesse, aplicou-se a estatística não-paramétrica quiquadrado de Pearson (χ^2) para avaliação da associação entre o atributo estudado e os dois grupos considerados (Vieira, 1991), e o teste estatístico não-paramétrico de Mann Withney, para a comparação dos postos médios das respostas (Siegel, 1975). A interpretação dos resultados foi realizada ao nível de 5% de significância (Gonçalves, 1982).

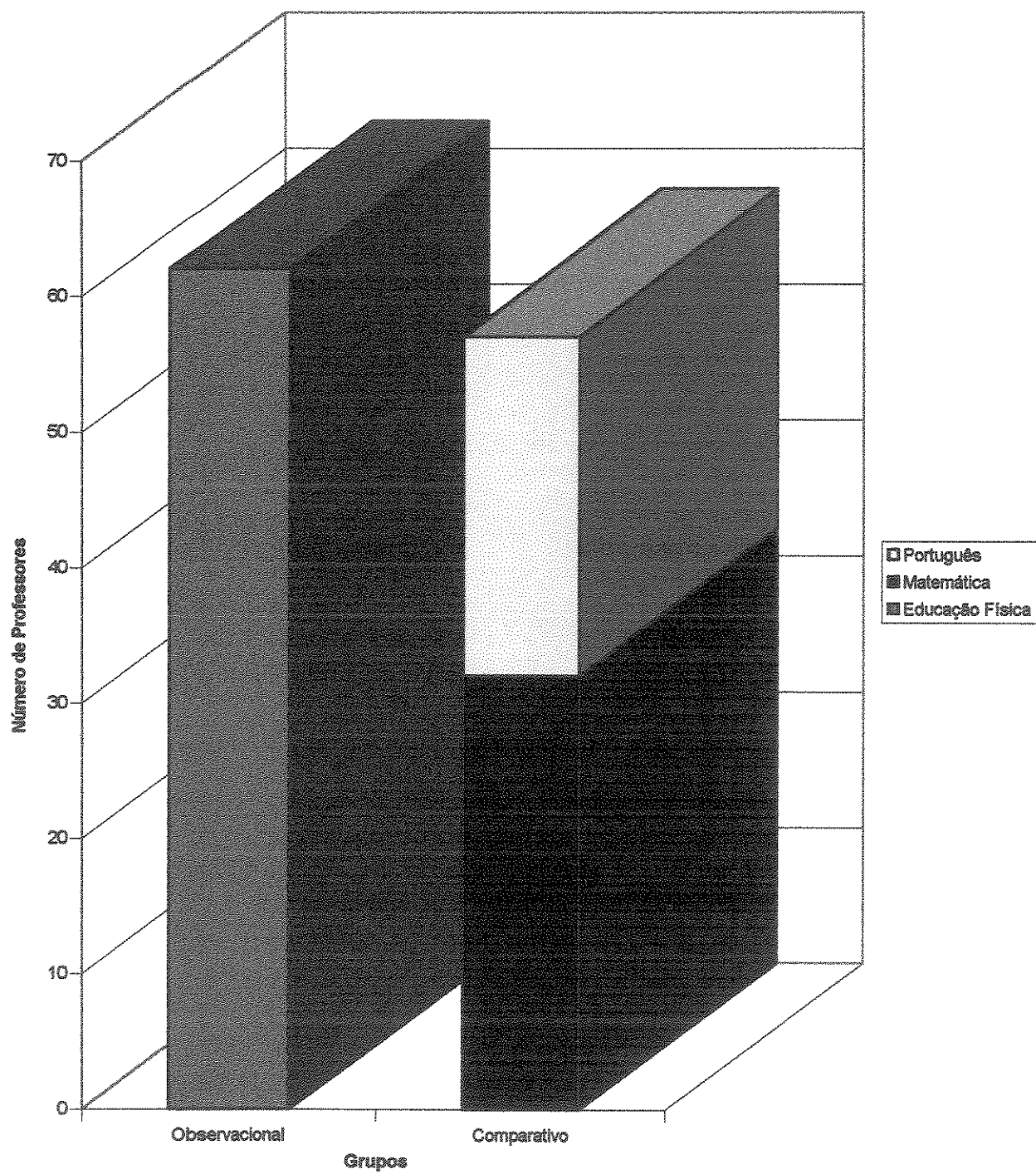
Representações gráficas dos resultados obtidos foram apresentadas no pertinente a partir do programa computacional Microsoft Excel 5.0.

Os cálculos do Risco Relativo (RR) e Intervalo de Confiança (IC) foram efetuados pelo programa computacional Epi-info (EPI-INFO, 1990).

TABELA 1: Distribuição dos professores estudados segundo *grupos formados*.

GRUPOS	FREQUÊNCIA	
	ABSOLUTA	RELATIVA
Observacional -Educação Física	62	52,10
Comparativo	57	47,90
Matemática	32	26,90
Português	25	21,00
TOTAL	119	100,00

FIGURA 1: Representação gráfica da distribuição dos professores estudados segundo grupos formados.



3. RESULTADOS

Conforme propósito inicialmente relatado, i.e. conhecimento e discussão dos aspectos ligados a licenças médicas de professores efetivos de EF em relação a outro grupo de docentes caracterizados como GC, os resultados obtidos foram apresentados pela distinção: i) dos *professores estudados*, buscando-se expressar possíveis especificidades acerca do perfil dos profissionais de EF; ii) das *licenças concedidas*, identificando atributos como número de LS obtidas de cada professor, duração total da LS durante o período estudado e o tempo médio de permanência nesta licença, além iii) dos *diagnósticos registrados*, delucidando os mais frequentes e aqueles com predominância estatística em favor a cada grupo estudado.

3.1 Professores estudados

Analisando aspectos epidemiológicos descritivos identificados anteriormente, pode-se observar que, como especificidade do perfil do professor de Educação Física, o Grupo Observacional (62), contrariamente ao detectado no Grupo Comparativo (57), foi caracterizado, com predominância estatisticamente significativa, por constituir-se de elementos: i) *tanto do sexo masculino quanto feminino*: dos 62 professores do GO, 32 eram homens e 30 mulheres, enquanto que os 57 do GC revelaram-se 11 e 46, respectivamente (**Tabela e Figura 2**); ii) *predominantemente jovens*: do total de 62 do GO, 32 tinham de 22 a 30 anos e dos 57 do GC, apenas 16 se situavam nesta faixa etária (**Tabela e Figura 3**); iii) *com exame médico pré-admissional tardio*: 53 do GO o fizeram no segundo mês permitido (junho), em contraposição a 23 do GC (**Tabela e Figura 4**); e iv) *com tempo menor de experiência*

profissional pregressa: 28 deles tinham entre 0 a 5 anos de experiência anterior contra apenas 11 dos 57 do GC (**Tabela e Figura 5**). Em comum com os dois grupos observaram-se a ***naturalidade*** (26 dos GO e 24 dos GC vieram do estado de São Paulo - **Tabela e Figura 6**, seguidos por 17 e 18, respectivamente, provenientes de Campinas), e ***estado civil*** (ambos registraram número estatisticamente semelhante de elementos tanto solteiros como casados - **Tabela e Figura 7**).

De particular interesse, é a singularidade que registraram na opção por docência nas séries de trabalho consideradas (**Tabela e Figura 8**): enquanto o Comparativo limitou-se às aulas de 5^a a 8^a séries, os de Educação Física distribuíram-nas ainda em 1^a a 4^a e 1^a a 8^a séries.

3.2 Licenças concedidas

Percorrendo especificamente aspectos da questão central da investigação, as tabelas subsequentes referem-se às ***dispensas médicas*** registradas no período. As **Tabela e Figura 9** revelaram que o comportamento de ambos os grupos foi estatisticamente assemelhado quanto a ***quantidade de licenças atingidas*** i.e. ***existência de LS***: 87,10% dos professores de Educação Física e 91,23% do Grupo Comparativo obtiveram, no período correspondente, pelo menos, uma licença; enquanto que apenas 12,90% e 8,77%, respectivamente, não apresentaram nenhuma.

Assim, buscou-se investigar e analisar a totalidade das LS de cada professor dispensado. De fato, importou conhecer na caracterização global das licenças concedidas, tanto

descritivamente segundo estratos, quanto analiticamente a partir de medidas de posição, a *duração total* de afastamentos em dias e respectivas *frequências* (número de LS concedidas), para, relacionando tais variáveis, obter-se o *tempo médio* das mesmas. Neste sentido, respectivamente nas **Tabelas 10, 11 e 12**, em ambos os grupos pôde-se observar, descritivamente, predomínio de: i) 1 a 5 dias de *duração total* das dispensas: 14 no GO e 13 no GC (embora total de 15 professores encontrados nos dois grupos tenha obtido mais de 50 dias de licenças cada); ii) 6 LS quanto ao *número de licenças*, no período estudado e iii) mais de 1 a 2 dias de afastamento em relação ao *tempo médio de LS*: 15 no GO e 14 no GC. Vistos analiticamente (parte inferior das citadas tabelas), os grupos analisados não diferiram quanto a estas variáveis mencionadas de cada professor dispensado. Globalmente, em síntese, aqui, em ambos os grupos, predomina a classe de seis solicitações de LS de curta duração.

3.3 Diagnósticos registrados

Com vistas à identificação de todos os *diagnósticos registrados*, procedeu-se à classificação dos mesmos de acordo com a Classificação Internacional das Doenças - CID, 1975. Assim se revela, pela primeira vez, o número total de LS envolvidas no estudo: 806, sendo 389 para o grupo observacional e 417 para o comparativo, distribuídos entre 202 diagnósticos (**Anexo 4**). Posteriormente, conforme mostram a **Tabela 13 e a Figura 10**, os mesmos foram agregados em Grupos de Diagnósticos (GD), segundo a referida Classificação. As **Tabela 14 e Figuras 11 e 12**, a seguir, revelam a distribuição de frequência observada das licenças estudadas nos grupos de diagnósticos - segundo CID, 1975, em ordem decrescente de magnitude, além do resultado do teste estatístico. Neste sentido, detectou-se que os

diagnósticos mais frequentes, em ambos grupos, procediam do bloco da Classificação Suplementar de Fatores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e Oportunidade de Contatos com Serviços de Saúde, seguidos pelas Doenças do Aparelho Respiratório.

Entretanto, observou-se aí que havia diferenças significativas entre os Grupos, i.e. distribuição preferencial nos seguintes grupos de diagnósticos, a favor do Comparativo: i) CS II - Classificação Suplementar de Fatores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e Oportunidade de Contatos com Serviços de Saúde e ii) IX - Doenças do Aparelho Digestivo; enquanto que, no Grupo de professores de EF, i.e. Observacional, tratou-se de predomínio significativo a favor de: i) XIII - Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo e ii) XVII - Lesões e Envenenamentos ($p<0,05$; $p<0,05$; $p<0,01$ e $p<0,01$, respectivamente). Neste sentido, as **Tabelas 15, 16, 17 e 18** apresentam detalhamento dos referidos grupos de diagnóstico.

Tais dados estimulam ao estudo do comportamento de outras variáveis mais específicas, como jornada de trabalho semanal de cada professor dispensado, consideração de outros locais de trabalho dos docentes de EF, investigação de eventual efeito de sazonalidade nas licenças havidas, dentre outras. Entretanto, os resultados assim gerados (como já caracterizado, a partir de estudo prospectivo não concorrente) comportam aplicações metodológicas adicionais que trazem elementos mais informativos. Neste sentido, a **Tabela 19**, apresentada sob a forma padrão de tabela de contingência dicotômica, fornece os respectivos riscos relativos (RR) das lesões consideradas para os expostos, com intervalo de confiança (IC) para 95%.

TABELA 2: Distribuição dos professores estudados segundo *sexo*.

SEXO	GRUPO				TOTAL
	OBSERVACIONAL		COMPARATIVO		
	N	%	N	%	
Masculino	32	51,61	11	19,30	43
Feminino	30	48,39	46	80,70	76
TOTAL	62	100,00	57	100,00	119

$$\chi^2 = 11,68 \text{ (p} < 0.01\text{)}$$

FIGURA 2: Representação gráfica da distribuição dos grupos de professores estudados segundo sexo.

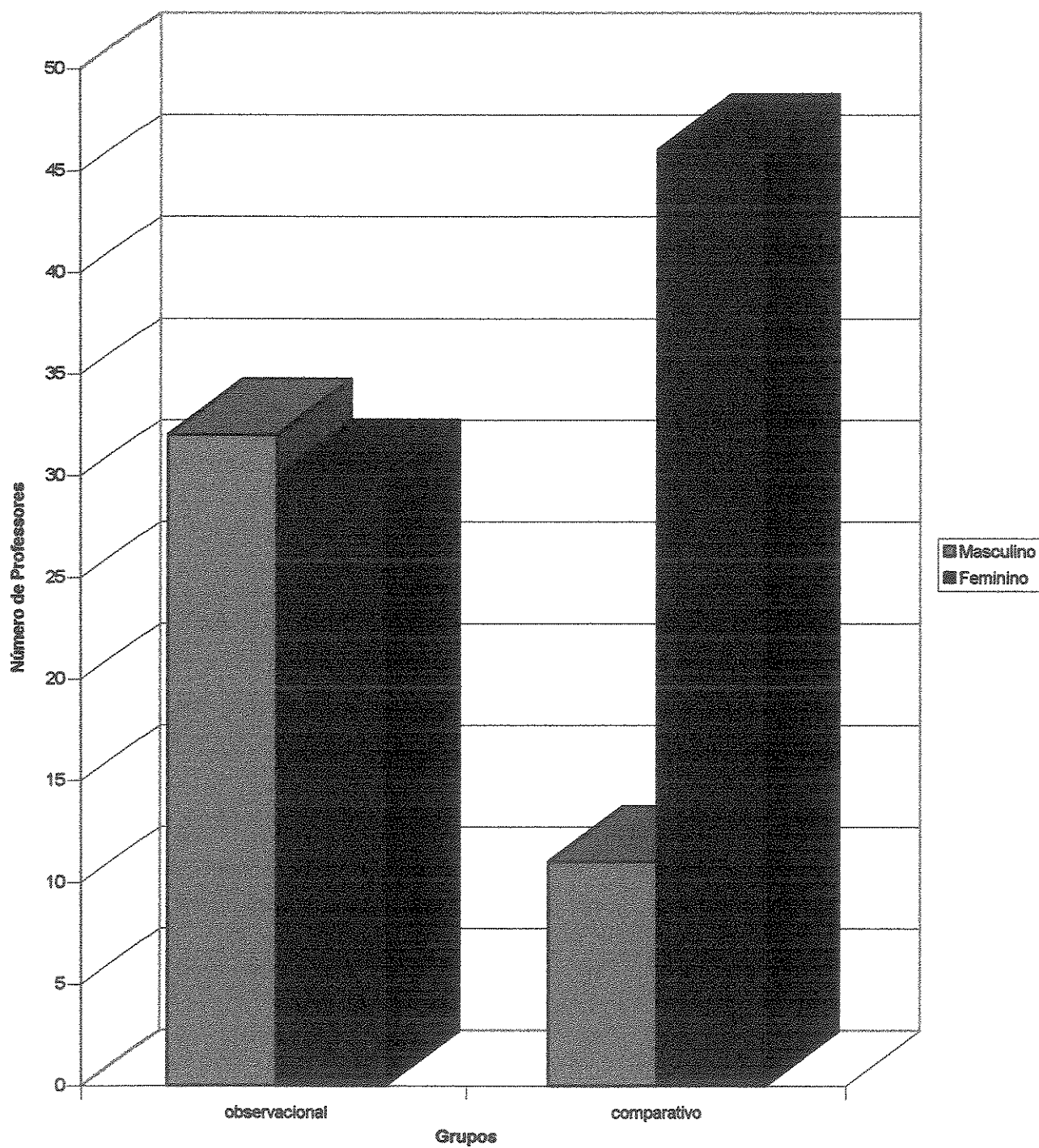


TABELA 3: Distribuição dos professores estudados segundo *faixa etária*.

FAIXA ETÁRIA _(em anos)	GRUPO				TOTAL
	OBSERVACIONAL		COMPARATIVO		
	N	%	N	%	
22 ----- 30	32	51,62	16	28,07	48
31 ----- 40	24	38,71	25	43,86	49
41 ----- 50	6	9,67	16	28,07	22
TOTAL	62	100,00	57	100,00	119

$$\chi^2 = 9,69 \text{ (p} < 0.01\text{)}$$

FIGURA 3: Representação gráfica da distribuição dos grupos de professores estudados segundo faixa etária.

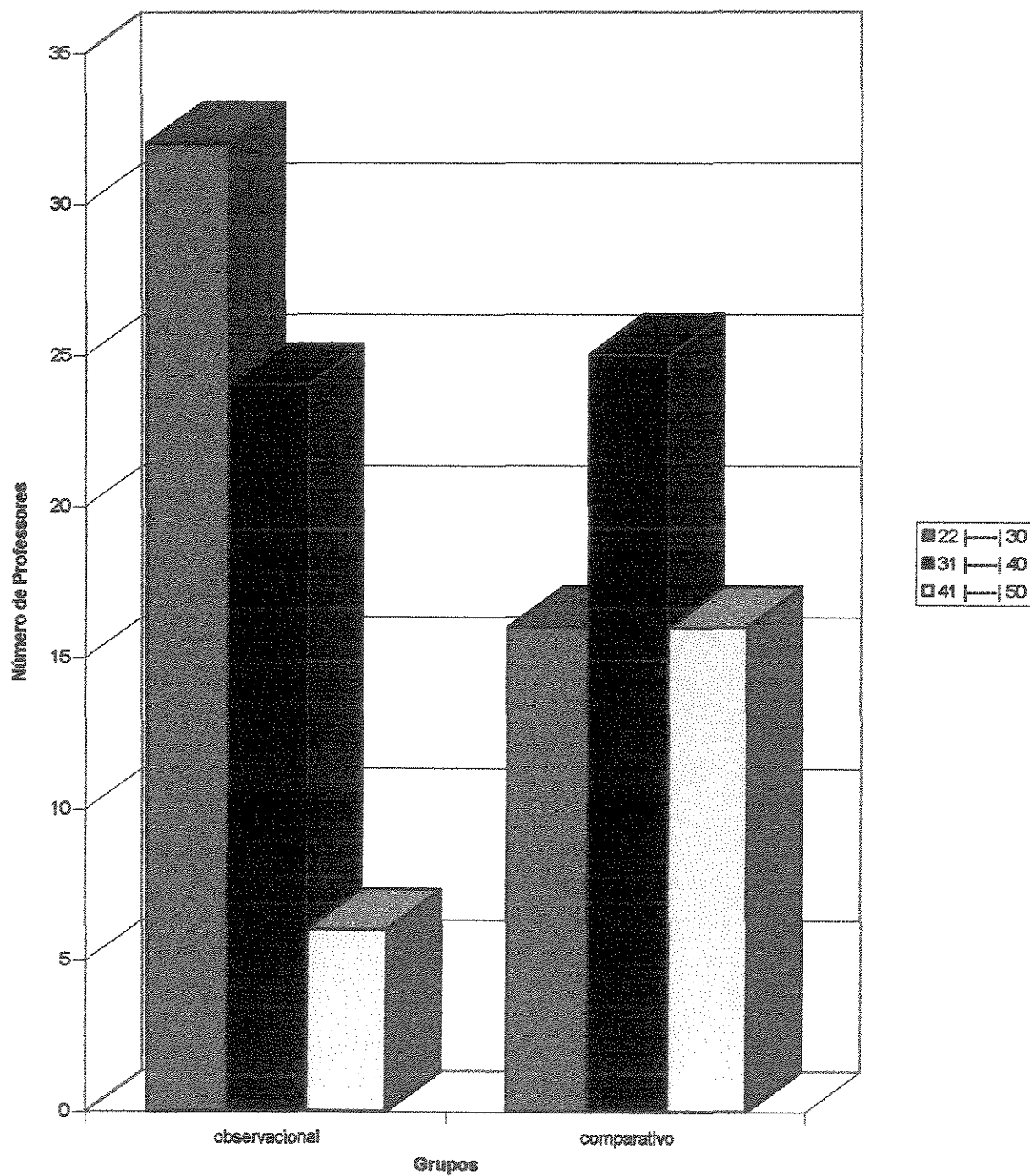


TABELA 4: Distribuição dos professores estudados segundo *mês de realização do exame médico pré-admissional*.

EXAME MÉDICO PRÉ-ADMISSIONAL (MÊS DE REALIZAÇÃO)	GRUPO						TOTAL
	OBSERVACIONAL			COMPARATIVO			
	N	%	% corrigida	N	%	% corrigida	
1º	8	12,90	13,12	21	36,85	47,72	29
2º	53	85,48	86,88	23	40,35	52,28	76
SUBTOTAL	61	98,38	100,00	44	77,20	100,00	105
Dispensado do exame	1	1,62	---	13	22,80	---	14
TOTAL	62	100,00	100,00	57	100,00	100,00	119

$$\chi^2 = 15,33 \text{ (p} < 0.01\text{)}$$

(*) Porcentagem corrigida (% corrigida): Significa cálculo percentual realizado com indivíduos de cada Grupo exceto aqueles dispensados do exame.

FIGURA 4: Representação gráfica da distribuição dos grupos de professores estudados segundo mês de realização do exame médico pré-admissional.

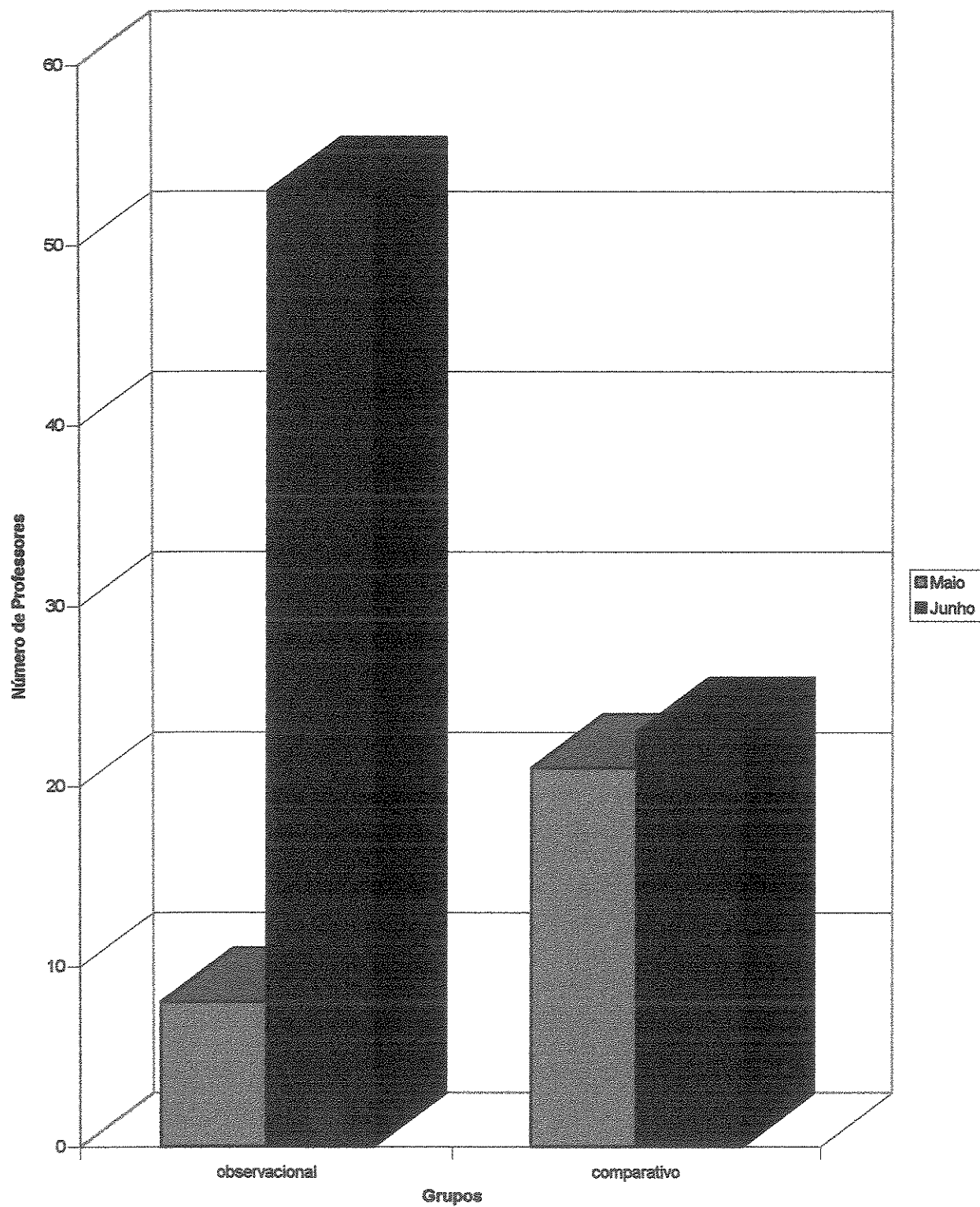


TABELA 5: Distribuição dos professores estudados segundo *tempo de experiência profissional*.

TEMPO DE EXPE- RIÊNCIA (em anos)	GRUPO						TOTAL
	OBSERVACIONAL			COMPARATIVO			
	N	%	% corrigida	N	%	% corrigida	
0 ----- 5	28	45,16	50,91	11	19,30	22,00	39
6 ----- 10	16	25,81	29,09	17	29,82	34,00	33
11 ----- 15	6	9,68	10,91	12	21,05	24,00	18
16 ----- 20	5	8,06	9,09	8	14,04	16,00	13
21 ----- 25	0	0,00	0,00	2	3,51	4,00	2
SUBTOTAL	55	88,11	100,00	50	87,72	100,00	105
Sem Informação	7	11,29	---	7	12,28	---	14
TOTAL	62	100,00	100,00	57	100,00	100,00	119

$$\chi^2 = 11,94 \text{ (p} < 0.05\text{)}$$

(*) Porcentagem corrigida (%corrigida): Significa cálculo percentual realizado com indivíduos de cada Grupo exceto aqueles sem informações.

FIGURA 5: Representação gráfica da distribuição dos grupos de professores estudados segundo tempo de experiência profissional.

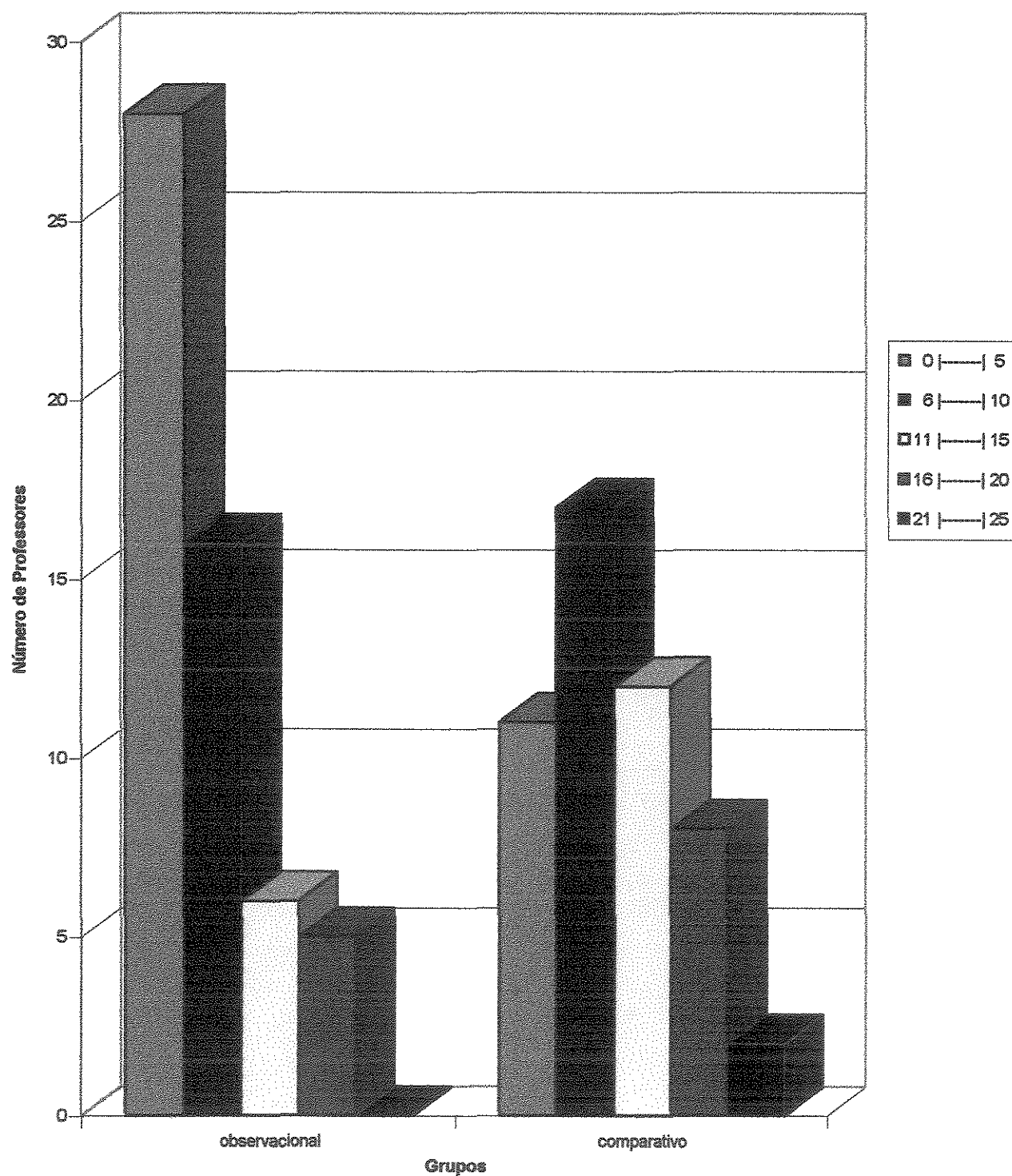


TABELA 6: Distribuição dos professores estudados segundo *naturalidade*.

NATURALIDADE	GRUPO				TOTAL
	OBSERVACIONAL		COMPARATIVO		
	N	%	N	%	
Campinas	17	27,42	18	31,58	35
Região de Campinas	7	11,29	3	5,26	10
Estado de São Paulo	26	41,94	24	42,11	50
Outro Estado	11	17,74	10	17,54	21
Outro País	1	1,61	2	3,51	3
TOTAL	62	100,00	57	100,00	119

$$\chi^2 = 1,86 \text{ (p} > 0.05\text{)}$$

FIGURA 6: Representação gráfica da distribuição dos grupos de professores estudados segundo naturalidade.

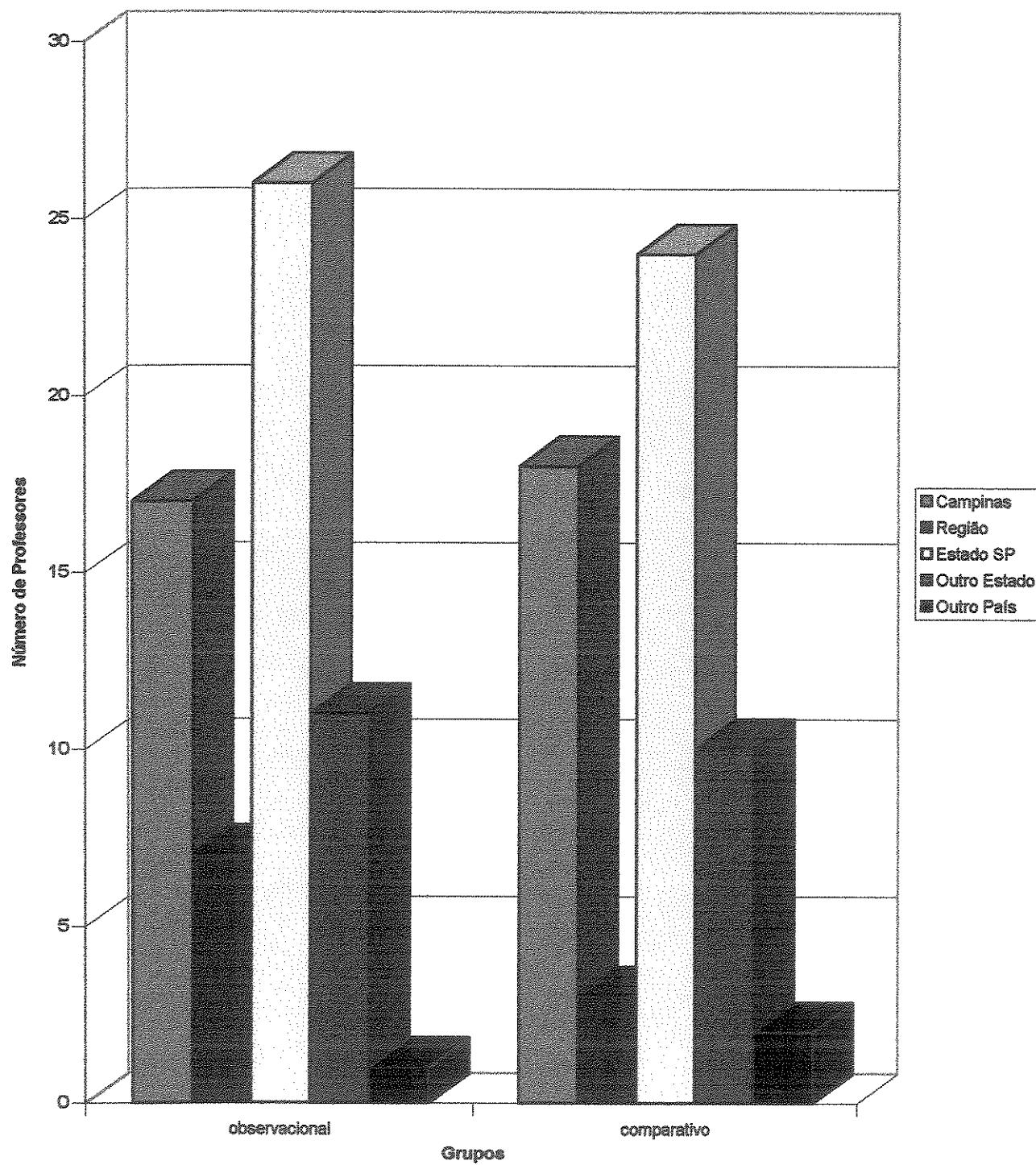


TABELA 7: Distribuição dos professores estudados segundo *estado civil*.

ESTADO CIVIL	GRUPO				TOTAL
	OBSERVACIONAL		COMPARATIVO		
	N	%	N	%	
Solteiro	34	54,84	20	35,09	54
Casado	25	40,32	33	57,89	58
Desquitado/Divorciado	3	4,84	4	7,02	7
TOTAL	62	100,00	57	100,00	119

$$\chi^2 = 4,66 \text{ (p} > 0.05\text{)}$$

FIGURA 7: Representação gráfica da distribuição dos grupos de professores estudados segundo estado civil.

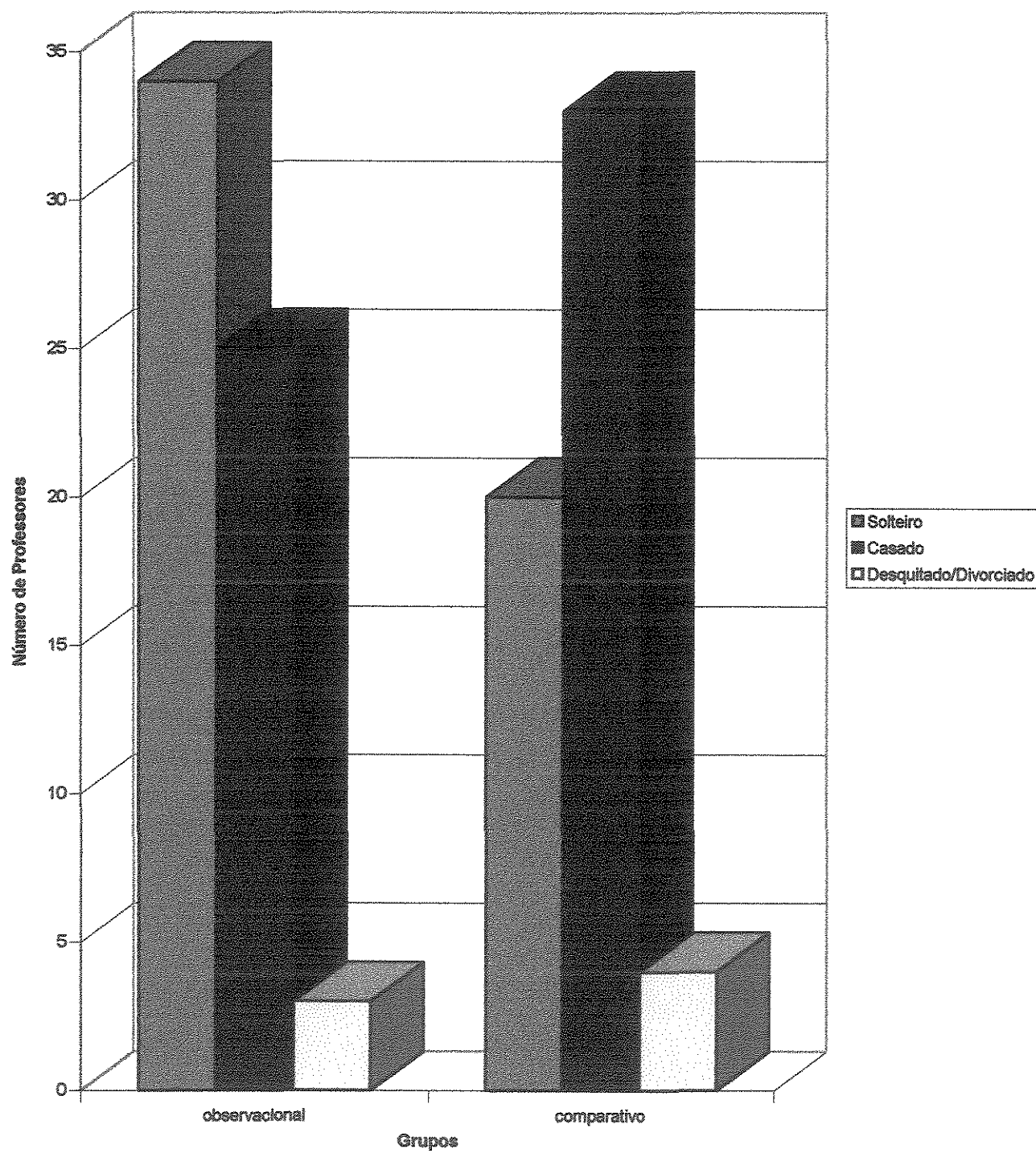


TABELA 8: Distribuição dos professores estudados segundo *séries de trabalho*.

SÉRIES DE TRABALHO	GRUPO				TOTAL
	OBSERVACIONAL		COMPARATIVO		
	N	%	N	%	
1ª a 4ª série	20	32,26	0	0,00	20
5ª a 8ª série	31	50,00	57	100,00	88
1ª a 8ª série	7	11,29	0	0,00	7
Sem Informação	4	6,45	0	0,00	4
TOTAL	62	100,00	57	100,00	119

FIGURA 8: Representação gráfica da distribuição dos grupos de professores estudados segundo séries de trabalho.

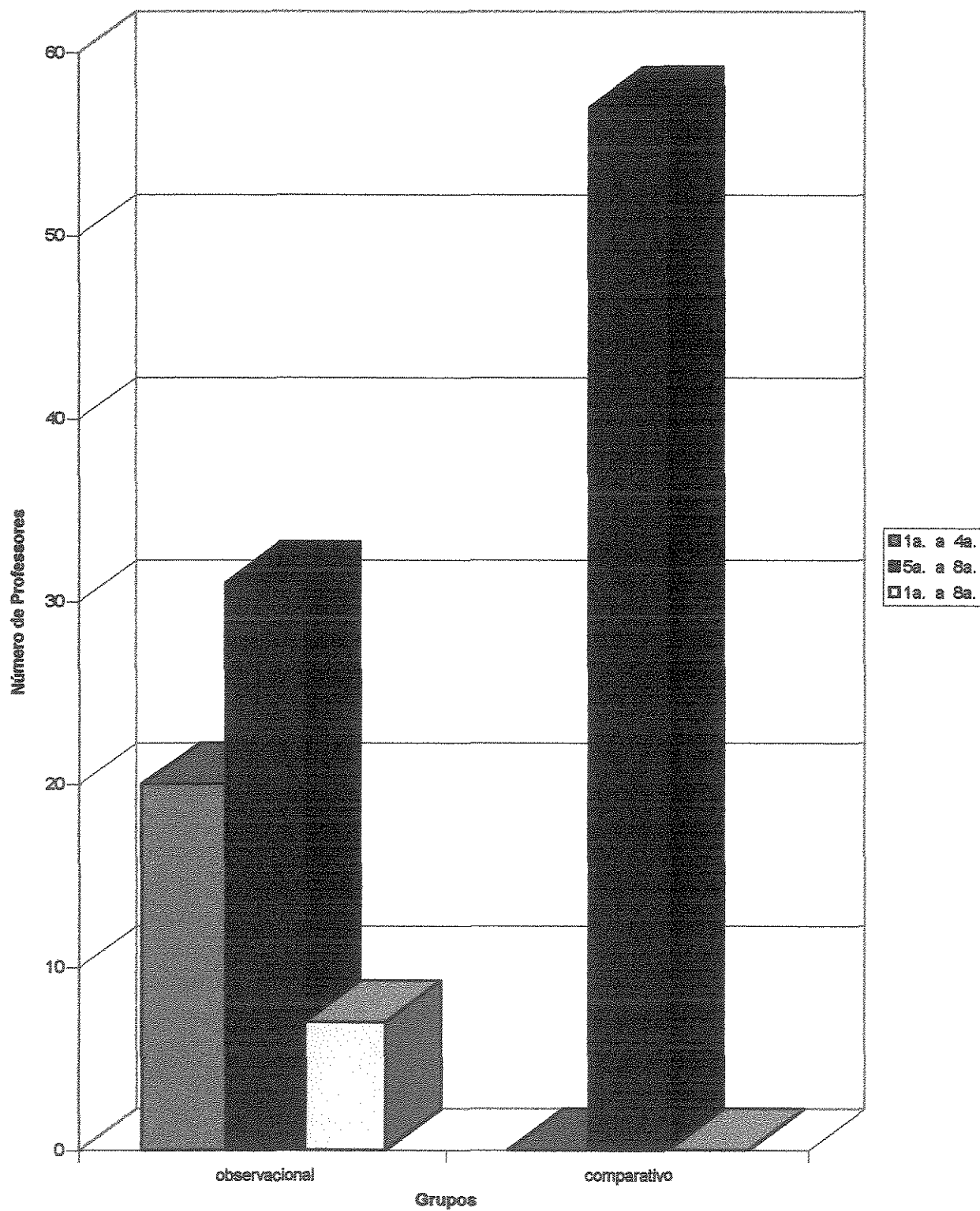


TABELA 9: Distribuição dos professores estudados segundo *existência de Licença Saúde (LS) no período considerado.*

LICENÇA SAÚDE	GRUPO				TOTAL
	OBSERVACIONAL		COMPARATIVO		
	N	%	N	%	
Existente	54	87,10	52	91,23	106
Não Existente	8	12,90	5	8,77	13
TOTAL	62	100,00	57	100,00	119

$$\chi^2 = 0,48 \text{ (p} > 0.05\text{)}$$

FIGURA 9: Representação gráfica da distribuição dos grupos de professores estudados segundo existência de Licença Saúde (LS) no período considerado.

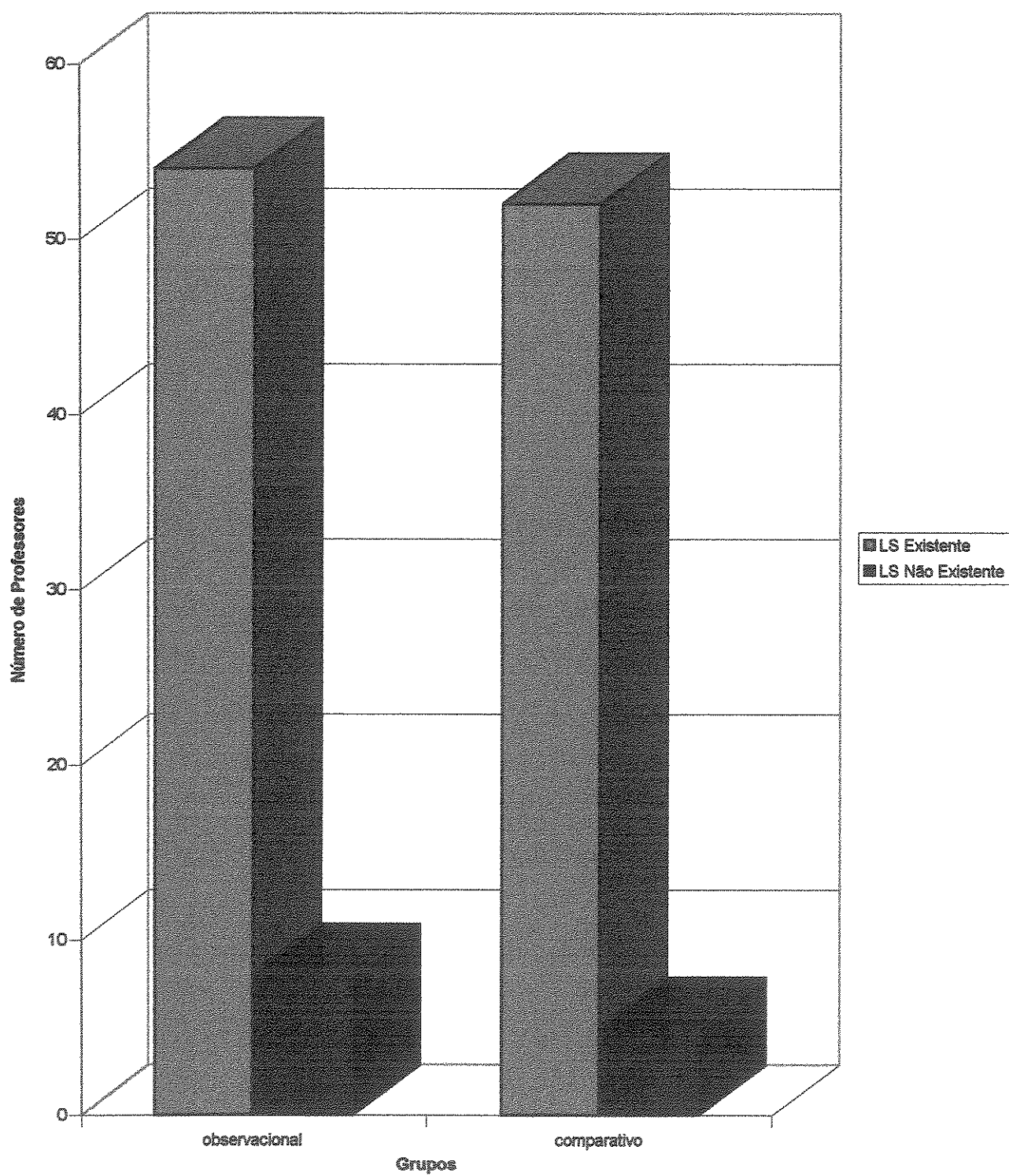


TABELA 10: Distribuição dos professores dispensados segundo *duração total de afastamentos em dias, medidas descritivas e resultado do teste.*

DURAÇÃO TOTAL DA LICENÇA (dias)	GRUPO				TOTAL
	OBSERVACIONAL		COMPARATIVO		
	N	%	N	%	
0,5	0	0,00	1	1,92	1
1 ----- 5	14	25,93	13	25,00	27
5 ----- 10	11	20,37	9	17,31	20
10 ----- 15	6	11,11	10	19,23	16
15 ----- 20	7	12,96	5	9,62	12
20 ----- 30	6	11,11	1	1,92	7
30 ----- 50	5	9,26	3	5,77	8
50 ----- 100	1	1,85	4	7,69	5
100 ----- 200	4	7,41	5	9,62	9
+ 200	0	0,00	1	1,92	1
TOTAL	54	100,00	52	100,00	106
Mínimo	1,00		0,50		
Máximo	181,00		355,50		
Q1	5,00		4,75		
Q2	12,25		11,50		
Q3	21,00		31,00		
POSTO MÉDIO	53,56		53,44		z=0,02(p>0.05)

TABELA 11: Distribuição dos professores dispensados segundo *frequência de afastamentos, medidas descritivas e resultado do teste.*

FREQUÊNCIA DE AFASTAMENTO	GRUPO				TOTAL
	OBSERVACIONAL		COMPARATIVO		
	N	%	N	%	
1	3	5,56	7	13,46	10
2	5	9,27	6	11,54	11
3	7	12,96	5	9,61	12
4	4	7,41	4	7,69	8
5	4	7,41	2	3,85	6
6	13	24,07	5	9,61	18
7	2	3,70	6	11,54	8
8	1	1,85	1	1,92	2
9	4	7,41	2	3,85	6
10 ----- 15	6	11,11	6	11,54	12
15 ----- 20	2	3,70	3	5,77	5
20 ----- 25	2	3,70	2	3,85	4
+ 25	1	1,85	3	5,77	.4
TOTAL	54	100,00	52	100,00	106
Mínimo	1,00		1,00		
Máximo	28,00		32,00		
Q1	3,00		2,50		
Q2	6,00		6,00		
Q3	9,00		10,50		
POSTO MÉDIO	53,88		53,11		z=0,13(p>0.05)

TABELA 12: Distribuição dos professores dispensados segundo *tempo médio das licenças saúde obtidas em dias, medidas descritivas e resultado do teste.*

TEMPO MÉDIO DAS LS (dias)		GRUPO				TOTAL
		OBSERVACIONAL		COMPARATIVO		
		N	%	N	%	
≤ 1		14	25,92	13	25,00	27
1 -----	2	15	27,78	14	26,92	29
2 -----	3	10	18,52	5	9,62	15
3 -----	4	3	5,56	4	7,69	7
4 -----	5	3	5,56	3	5,77	6
5 -----	10	6	11,11	9	17,31	15
10 -----	20	2	3,70	3	5,77	5
> 20		1	1,85	1	1,92	2
TOTAL		54	100,00	52	100,00	106
Mínimo		0,83		0,50		
Máximo		25,58		30,00		
Q1		1,00		1,07		
Q2		1,73		1,99		
Q3		3,13		4,93		
POSTO MÉDIO		51,94		55,13		z=0,53(p>0.05)

TABELA 13: Distribuição de frequência das LS estudadas segundo *diagnósticos dos Grupos da CID, 1975.*

GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS DA CID	GRUPOS		TOTAL
	OBSERVACIONAL	COMPARATIVO	
I. Doenças infecciosas e parasitárias	5	11	16
II. Neoplasmas	--	2	2
III. Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários	11	8	19
IV. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	--	--	--
V. Transtornos mentais	1	6	7
VI. Doenças do sistema nervoso e dos sentidos	16	15	31
VII. Doenças do aparelho circulatório	8	10	18
VIII. Doenças do aparelho respiratório	58	51	109
IX. Doenças do aparelho digestivo	5	14	19
X. Doenças do aparelho geniturinário	24	32	56
XI. Complicações na gravidez, do parto e do puerpério	2	8	10
XII. Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	6	5	11
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	34	12	46
XIV. Anomalias congênicas	--	--	--
XV. Algumas afecções originadas no período perinatal	--	--	--
XVI. Sintomas, sinais e afecções mal definidas	14	14	28
XVII. Lesões e envenenamentos	25	7	32
Classificação Suplementar de Causas Externas de Lesões e de Envenenamentos	--	--	--
Classificação Suplementar de Fatores que Exercem Influência Sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de contato com Serviços de Saúde	180	222	402
TOTAL	389	417	806

FIGURA 10: Representação gráfica da distribuição de frequência dos diagnósticos registrados em todas as LS estudadas segundo grupos da CID, 1975.

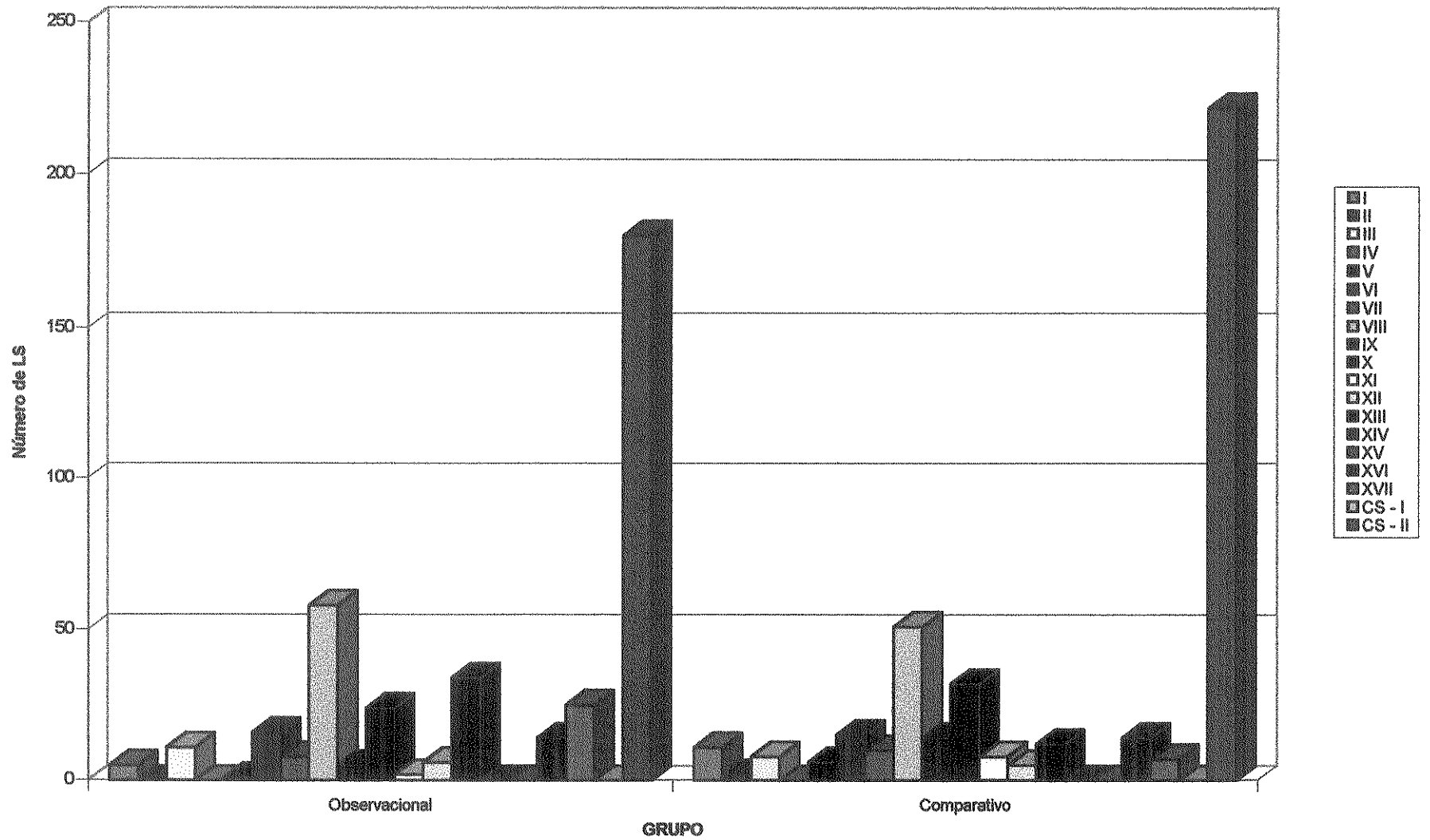


TABELA 14: Distribuição das LS estudadas segundo *diagnósticos dos Grupos da CID, 1975 em ordem decrescente de magnitude com respectivos resultados do teste estatístico.*

GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS DA CID	GRUPOS		TOTAL	RESULTADO DO TESTE ESTATÍSTICO
	OBSERVA- CIONAL	COMPARA- TIVO		
CS-II Classificação Suplementar de				
<i>Fatores que exercem Influência Sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de contato com Serviços de Saúde</i>	180	222	402	4,39 (p<0,05)
VIII - Doenças do aparelho respiratório	58	51	109	0,45 (p>0,05)
X - Doenças do aparelho geniturinário	24	32	56	1,14 (p>0,05)
<i>XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo</i>	34	12	46	10,52 (p<0,01)
<i>XVII - Lesões e envenenamentos</i>	25	7	32	10,13 (p<0,01)
VI - Doenças do sistema nervoso e dos sentidos	16	15	31	0,03 (p>0,05)
XVI - Sintomas, sinais e afecções mal definidas	14	14	28	0,00 (p>0,05)
III - Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários	11	8	19	0,47 (p>0,05)
<i>IX - Doenças do aparelho digestivo</i>	5	14	19	4,26 (p<0,05)
VII - Doenças do aparelho circulatório	8	10	18	0,22 (p>0,05)
I - Doenças infecciosas e parasitárias	5	11	16	2,25 (p>0,05)
XII - Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	6	5	11	0,09 (p>0,05)
XI- Complicações na gravidez, do parto e do puerpério	2	8	10	3,60 (p>0,05)
V - Transtornos mentais	1	6	7	3,57 (p>0,05)
II - Neoplasmas	--	2	2	2,00 (p>0,05)
TOTAL	389	417	806	

FIGURA 11: Representação gráfica da distribuição das LS estudadas segundo diagnóstico dos grupos da CID, 1975, em ordem decrescente de magnitude.

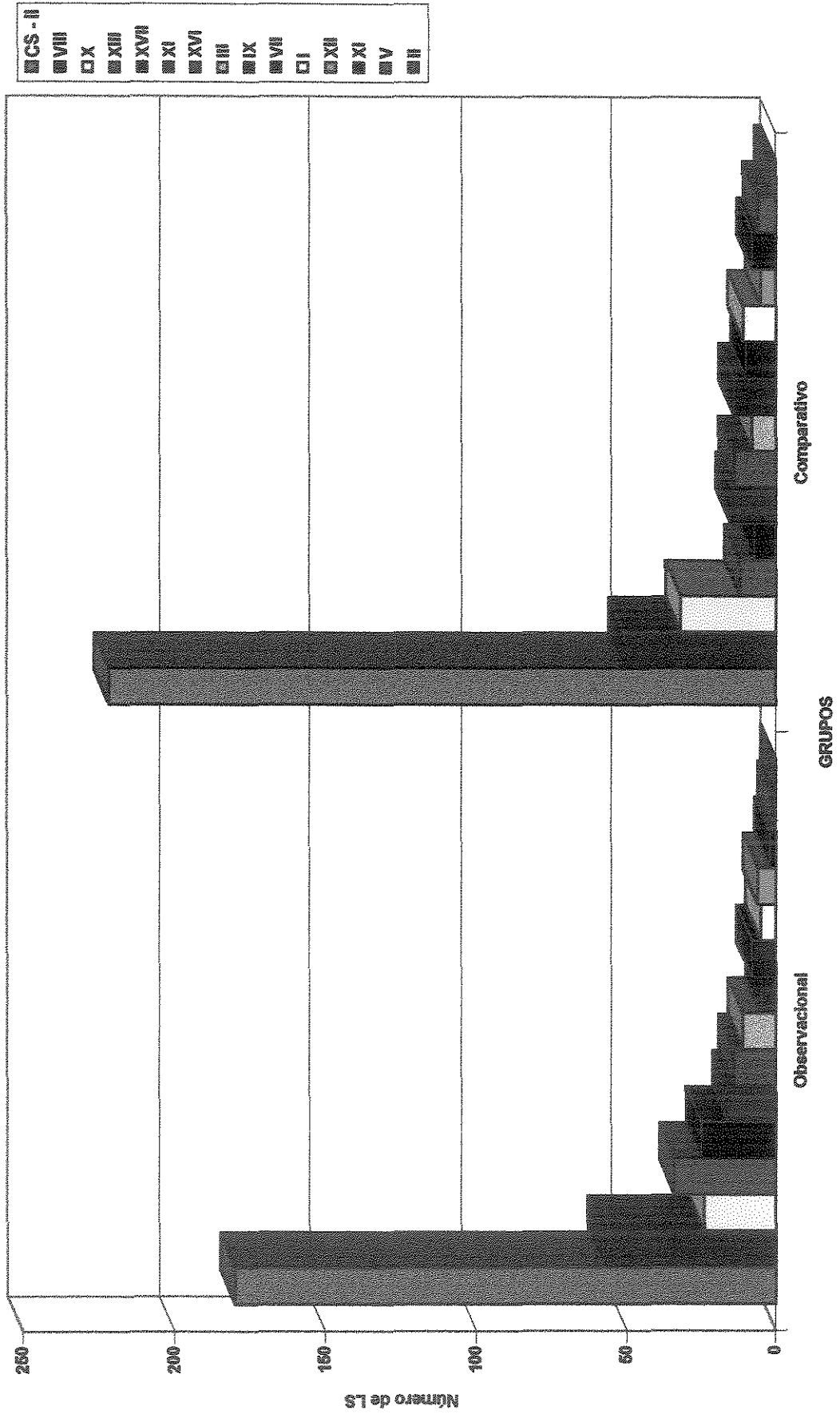


FIGURA 12: Representação gráfica da distribuição das LS dos grupos de diagnóstico da CID, 1975, com distribuições diferenciais estatisticamente significantes nos grupos observacional e comparativo.

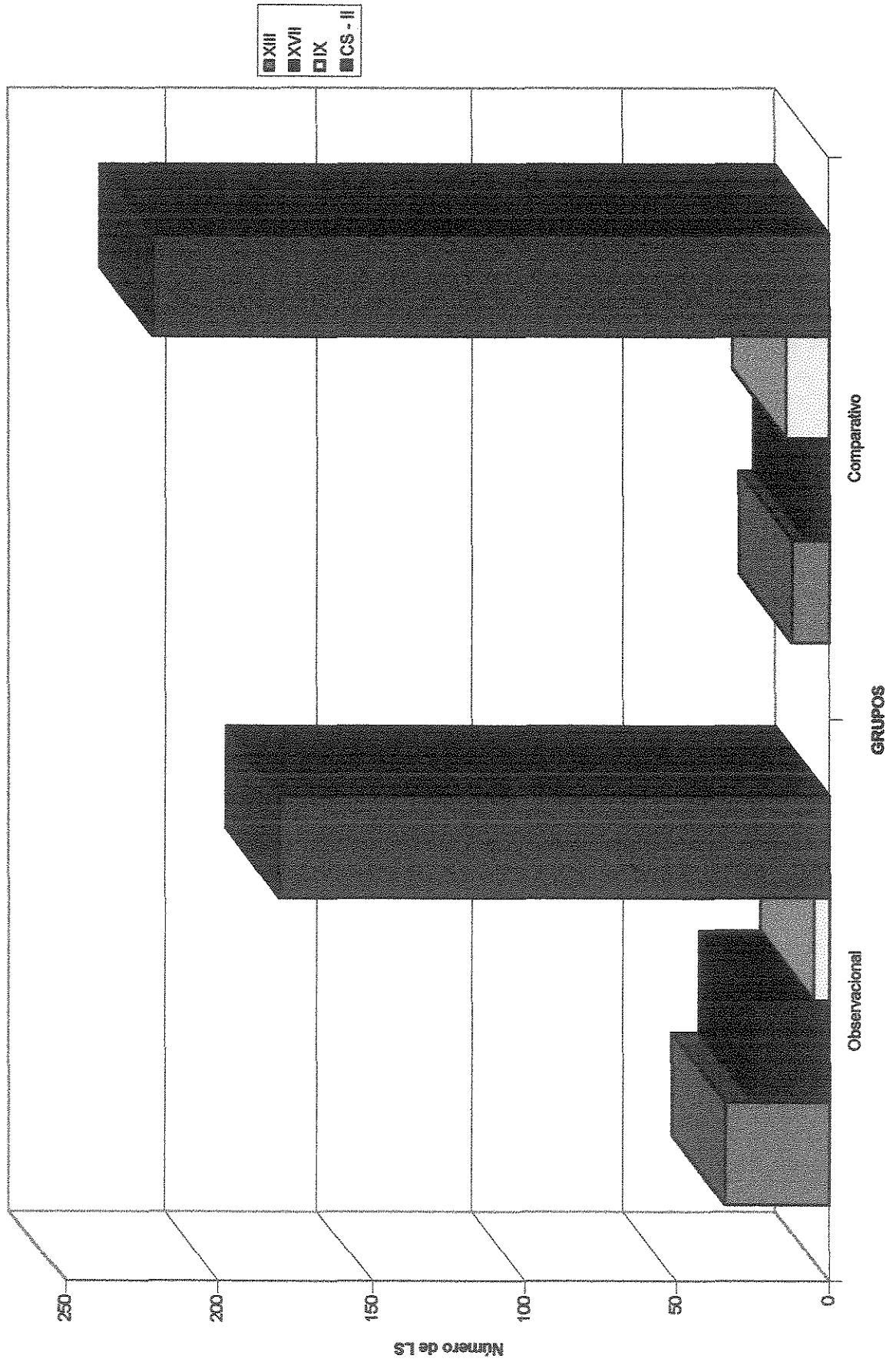


TABELA 15: Distribuição das Licenças Saúde segundo *diagnósticos do Grupo de CS - II Classificação Suplementar de Fatores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e Oportunidade de Contatos com Serviços de Saúde.*

CID/DIAGNÓSTICO	GRUPOS		TOTAL
	OBSERVACIONAL	COMPARATIVO	
2020.2/9-Controle de rotina da saúde infantil	1	---	1
2022.0/7-Supervisão da primeira gravidez normal	4	15	19
2022.1/5-Supervisão de outras gravidezes normais	2	5	7
2025.0/9-Procedimentos anticoncepcionais (aconselhamento e orientações gerais)	1	---	1
2025.4/1-Procedimentos anticoncepcionais (vigilância de métodos anticoncepcionais previamente prescritos)	1	---	1
2026.4/9-Procedimentos relativos a procriação (aconselhamentos e orientações gerais)	---	2	2
2041.9/6-Problemas do sentido e outras funções especializadas (não especificados)	6	11	17
2047.3/0-Outros problemas digestivos	1	---	1
2049.2/7-Problemas motores dos membros	2	---	2
2058.5/0-Ortodontia	15	18	33
2059.0/7-Doadores (sangue)	2	---	2
2061.4/8-Problemas de saúde na família	72	111	183
2063.1/8-Serviços médicos não disponíveis em casa - internação	1	---	1
2066.0/1-Convalescença (após cirurgia)	2	---	2
2067.0/9-Exame seguimento (após cirurgia)	---	1	1
2068.9/0-Contatos para fins administrativos não especificados - licença gestante	4	6	10
2070.0/4-Exame médico geral de rotina num serviço de assistência a saúde - consulta sem especificação - CID	35	34	69
2071.7/9-Observação devida suspeita de doença cardiovascular	1	1	2
2072.0/9-Exame dos olhos e da visão	1	---	1
2072.3/3-Exame ginecológico	14	11	25
2072.5/0-Exame radiológico não classificada em outra parte	1	---	1
2072.6/8-Exame laboratorial	9	2	11
2072.8/4-Outros exames especificados	2	5	7
2072.9/2-Exames não especificados	3	---	3
TOTAL	180	222	402

TABELA 16: Distribuição das Licenças Saúde segundo *diagnósticos do Grupo de XVII - Lesões e Envenenamentos.*

CID/DIAGNÓSTICO	GRUPOS		TOTAL
	OBSERVACIONAL	COMPARATIVO	
0813.0/2-Fratura do rádio e do cúbito (extremidade superior)-rádio direito	---	1	1
0825.2/0-Fratura de outros ossos do tarso e metatarso, fechada	---	2	2
0834.0/2-Luxação de dedo da mão (simples)	2	---	2
0836.0/7-Luxação do joelho (rotura da cartilagem ou do menisco medial do joelho)	2	---	2
0837.0/4-Luxação do tornozelo (simples)	1	---	1
0843.0/1-Entorses e distensões do quadril e da coxa (íliofemural - ligamento)	---	2	2
0844.1/7-Entorses e distensões do joelho, perna (ligamento colateral medial, joelho)	3	---	3
0844.2/5-Entorses e distensões do joelho e perna (ligamentos cruzados, joelhos)	1	---	1
0844.9/2-Entorses e distensões do joelho e da perna (não especificadas)	3	---	3
0845.0/6-Entorses e distensões (tornozelo)	1	1	2
0847.2/7-Entorses e distensões (lombar)	---	1	1
0854.0/5-Lesão traumática intracraniana - fechada	2	---	2
0873.4/3-Outros ferimentos da cabeça (face sem menção de complicação)	1	---	1
0916.8/5-Lesão superficial do quadril, da coxa, da perna, e do tornozelo (outras lesões superficiais e as não es- pecificadas, sem menção de infecção)	1	---	1
0923.0/4-Contusão do membro superior (ombro e braço)	1	---	1
0923.3/9-Contusão do membro superior (dedo da mão)	2	---	2
0924.0/1-Contusão do membro inferior (quadril e coxa)	1	---	1
0924.1/0-Contusão do membro inferior (joelho e perna)	1	---	1
0924.3/6-Contusão do membro inferior, de outras partes e de partes não especificadas (dedo do pé)	1	---	1
0959.6/6- Traumatismo (quadril e coxa)	1	---	1
0994.6/5-Efeito de outras causas externas (doença causada pelo movimento) - ligamento colateral do joelho	1	---	1
TOTAL	25	7	32

TABELA 17: Distribuição das Licenças Saúde segundo *diagnósticos do Grupo de XIII - Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo.*

CID/DIAGNÓSTICO	GRUPOS		TOTAL
	OBSERVACIONAL	COMPARATIVO	
0710.9/9-Doenças difusas do tecido conjuntivo não especificada	1	---	1
0715.1/0-Osteoartrose localizada, primária	---	3	3
0717.0/6-Rotura antiga em alça de balde do menisco medial	2	---	2
0717.2/2-Desarranjo do corno posterior do menisco medial	2	---	2
0717.8/1-Desarranjos internos do joelho	---	1	1
0723.1/1-Outros transtornos da região cervical-cervicalgia	2	1	3
0724.2/7-Lumbago	13	5	18
0724.3/5-Ciática-transtornos do dorso	1	1	2
0727.0/2-Sinovite, tenossinovite	9	---	9
0727.3/7-Outras bursites	---	1	1
0727.6/1-Rotura não traumática de tendão	2	---	2
0733.2/6-Cisto ósseo	1	---	1
0736.6/0-Outras deformidades adquiridas no joelho	1	---	1
TOTAL	34	12	46

TABELA 18: Distribuição das Licenças Saúde segundo *diagnósticos do Grupo de IX - Doenças do aparelho digestivo.*

CID/DIAGNÓSTICO	GRUPOS		TOTAL
	OBSERVACIONAL	COMPARATIVO	
0521.0/8-Cárie dentária	---	1	1
0522.0/5-Doenças da polpa e dos tecidos periapicais (pulpite)	1	1	2
0522.9/9- Doenças da polpa e dos tecidos periapicais (outras não especificadas)	---	2	2
0523.0/2-Gengivite aguda	---	1	1
0525.1/5-Perdas de dentes devido acidente, extração ou doença periodontal localizada	---	1	1
0532.9/5-Úlcera duodenal (não especificada como aguda ou crônica sem menção de hemorragia ou perfuração)	1	---	1
0535.0/3-Gastrite aguda	---	2	2
0535.5/4-Gastrite e gastroduodenite não especificada	1	1	2
0555.9/0-Enterite regional (de localização não especificada)	---	1	1
0558.9/1-Outras gastrenterites e colites não infecciosas	1	3	4
0564.5/6-Diarréia funcional	1	1	2
TOTAL	5	14	19

TABELA 19: Risco Relativo dos grupos estudados segundo *acometimento por agravos dos grupos de diagnósticos da CID (CS - II; XVII; XIII e IX).*

GRUPOS DA CID	GRUPOS ESTUDADOS	PROFESSORES			RR (IC 95%)
		ACOMETIDOS TOTAL	NÃO	ACOMETIDOS	
CS - II	Observacional	44	18	62	0,74< RR=0,92<1,14
	Comparativo	44	13	57	
	Total	88	31	119	
XVII	Observacional	18	44	62	1,31< RR=3,31<8,33
	Comparativo	5	52	57	
	Total	23	96	119	
XIII	Observacional	18	44	62	1,07< RR=2,36<5,24
	Comparativo	7	50	57	
	Total	25	94	119	
IX	Observacional	5	57	62	0,15< RR=0,42<1,13
	Comparativo	11	46	57	
	Total	16	103	119	

4. DISCUSSÃO

Uma vez de posse dos resultados, trata-se de interpretá-los na linha dos objetivos mencionados na introdução. Nesse sentido, a análise da *estrutura metodológica* procedida pode apontar pistas interessantes. A partir da tipologia de Vieira (1984), este estudo não se constitui como experimental, mas sim observacional. Em outros termos, segundo a formulação ampla e exaustiva de Campbell, Stanley (1979), caracteriza-se como delineamento com grupo de controle não-equivalente, i.e. aquele que “envolve um grupo experimental e um grupo controle, ambos submetidos a um pré e pós-teste, mas em que o grupo de controle e o grupo experimental não possuem equivalência amostral pré-experimental”. Vale dizer, “(...) os grupos constituem coletivos naturalmente reunidos, tais como classes escolares, tão semelhantes quanto a situação o permitir, mas, de qualquer forma, não tão semelhantes que justifiquem a dispensa do pré-teste”.

Peculiarizando para o estudo empreendido tem-se que, a priori, ambos os grupos foram tomados heterogêneos quanto a variável independente, i.e. ser professor de EF, e homogêneos na direção das variáveis que Almeida Filho, Rouquayrol (1990) chamam de dependentes ou de controle. Apurados os resultados, voltando à terminologia de Campbell, Stanley (1979), observaram-se diferenças estatisticamente significantes nos escores do pré-teste, ou no dizer de Forattini (1980) das variáveis epidemiológicas descritivas.

Em outros termos, isto aponta, portanto, para o fato de que os resultados obtidos não podem ser entendidos, na expressão de Rey (1993) como frutos de estudo etiológico, i.e. não é de se atribuir as LM observadas somente ao exercício profissional do professor de EF, no estrito cumprimento de seu vínculo empregatício na PMC; mas sim o que se apura é que tal realidade associada às diferenças das variáveis epidemiológicas descritivas configuram especificidades do professor de EF que se colocam claramente explicitadas.

Isto posto, a partir da sistemática de apresentação dos resultados (ítems 3.1; 3.2 e 3.3), as *especificidades buscadas* foram encontradas unicamente em relação ao primeiro e último dos citados, i.e., quanto a professores estudados e diagnósticos registrados, dado que, conforme o mencionado, à página 27, “os grupos analisados não diferiram” analiticamente quanto a duração total, frequência e tempo médio dos afastamentos registrados por licença saúde.

Nestes termos, portanto, quanto aos *diagnósticos registrados*, avulta, pela sua abrangência e volume, a observação da frequência de situações registradas no grupo de diagnóstico CS-II (**Tabela 14 e Figura 12**), expressando diferença estatisticamente significativa a favor do Grupo Comparativo: das 402 LM concedidas nesta categoria, 222 ocorreram no GC, enquanto no GO constatarem-se 180.

Entretanto, em seu interior, o diagnóstico mais frequente, em ambos grupos, os “problemas de saúde na família”, conforme mostra a **Tabela 15**, revela predomínio no Grupo Comparativo (111) sobre o Observacional (72). O cotejo de tais informações com as fornecidas

pela **Tabela 2** sugere que isto pode estar ocorrendo pelo fato de o GC ser constituído por professores, em sua maioria, do sexo feminino, enquanto que no GO, mais da metade da população corresponde a elementos masculinos. De fato, analisando os dados mais detalhadamente, cabe acrescentar a observação de maior frequência de afastamentos em indivíduos femininos na CS-II, em ambos grupos, onde a porcentagem de homens e de mulheres foi de, respectivamente, 45,45%, e 54,55%, no GO, e 13,64% e 86,36%, no GC. Neste sentido, apesar de o Observacional conter número maior de homens, ainda foram as mulheres que sobressaíram neste grupo de diagnósticos. Talvez isto explique a maior ocorrência de LM envolvidas no GC. Com efeito, não são infrequentes investigações como a de Santo, Faria, Cavarsan et al (1992), que apontam “quanto ao sexo, é maior o número de licenças concedidas aos servidores do sexo feminino”. Igualmente, Nogueira, Azevedo (1982), evidenciaram em sua investigação que a categoria feminina obteve maior número de licenças que a masculina, i.e. na maioria das situações esta apresentou valores de absentismo-doença inferiores àquela, “confirmando o que se tem observado em outros países”.

Neste sentido, tem sido de registro recente a maior participação das mulheres nos encargos sociais sobre a saúde dos familiares do que a dos homens. Valtorta, Sidi, Bianchi (1985), em investigação ao absenteísmo por causas médicas, psicológicas e sociais, explicitam que, dentre os motivos especificamente de cunho social, ocorreram as seguintes razões: “doença familiar”, “sobrecarga de atividades”, além de “sobrecarga de responsabilidade”, todas acometendo a maioria das mulheres, envolvendo assim, a minoria dos homens. Respectivamente, quanto a “sobrecarga de responsabilidade” caracterizou-se por tratar-se de servidores, “na grande maioria do sexo feminino, que têm sobre si toda a responsabilidade de

seus dependentes (alimentação, moradia, educação), que vivem sob condições constantes de tensão extrema e contínua, sem nenhum lazer, pois os fins de semana são geralmente ocupados com atividades domésticas”. Além dessa questão, os elementos do GC constituem-se menos jovens que o GO, predominando a faixa etária entre 31 a 40 anos (**Tabela e Figura 3**). Acredita-se que estes indivíduos tenham que acompanhar ascendentes e descendentes familiares no tratamento de saúde, com maior frequência, o que talvez possa explicar também a maior ausência ao serviço aí verificada, em relação ao Observacional.

Quanto ao grupo de diagnóstico XVII, conforme terminologia adotada, verificou-se que todos os agravos provenientes do mesmo se constituíam de *lesões e nenhum envenenamento*, conforme mostra a **Tabela 16**. Assim, aprofundando os dados em questão, notam-se com maior frequência os seguintes acometimentos, no grupo Observacional: i) luxações; ii) entorses e distensões, além de iii) contusões; enquanto no Comparativo houve o aparecimento de alguns casos de entorses e distensões. Neste sentido, observa-se predomínio das lesões citadas no primeiro grupo em relação ao segundo.

De fato, identificou-se $RR = 3,31$ significando que os professores de EF obtiveram três vezes mais acometimentos por lesões que os advindos do Comparativo (**Tabela 19**). Entende-se que, tendo os docentes, maneiras de viver ou de ser resultantes de situações de algum modo relacionados às suas atividades profissionais, acredita-se que, os de EF, possam ser acometidos, mais frequentemente, por este tipo de agravo em relação aos outros estudados. Em outros termos, identificado grande número de ocorrências, cogita-se que os professores de EF possam ter condições de vida mais próximas à atividade física em relação aos demais educadores: estes

necessitam corrigir provas, preparar e aplicar aulas predominantemente teóricas, exercícios de fixação e exames, inclusive além do horário de serviço, enquanto que, para os de EF, as atividades envolvidas, na maioria das vezes, podem ser também práticas, tanto no serviço quanto fora dele (em outro local). Assim, como o trabalho relativo ao movimento humano está presente no seu cotidiano, pode ser possível que ele seja acometido pelos agravos provenientes da própria motricidade.

Neste sentido, Jones, Rock, Moore (1994) afirmam que “a lesão músculo-esquelética é um risco inerente a qualquer atividade física rigorosa”, incluindo o treinamento. Em decorrência, os autores abordam diversas lesões induzidas pelas atividades físicas, e dentre elas, defrontam-se com as luxações, entorses e distensões, e contusões, todas registradas em nossa investigação. Além disso, Novaes, Novaes (1994) indicam que as mesmas podem ocorrer com frequência durante “aulas de Educação Física em academias, escolas, colônias de férias, clubes e outros locais apropriados a prática desportiva”, acreditando-se que estes fatos, também, possam estar se expressando no presente trabalho.

Assim, observada a maior ocorrência das respectivas lesões, nos professores de EF em relação àqueles analisados no Comparativo, entende-se que as mesmas possam estar associadas à história de vida destes indivíduos, não só restritamente ao seu exercício profissional na PMC.

Em relação ao grupo de diagnóstico XIII - *doenças do sistema ósteo-muscular e tecido conjuntivo*, observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0.01$), conforme **Tabela 14**, e ainda, $RR = 2,36$ (**Tabela 19**) mostrando que os professores

de EF sofreram duas vezes mais acometimentos no aparelho ósteo-muscular e tecido conjuntivo do que o GC. Neste sentido, há associação entre tipo de professor e acometimento por agravos neste grupo de diagnóstico. Analisando-os mais detalhadamente, observa-se que dentre os 34 casos neste grupo, a maior ocorrência foi de “Lumbago”, ou seja, dor em região lombar, igualmente ao GC, entretanto, com predomínio no GO (**Tabela 17**).

É de se esperar que afecções da coluna sejam frequentes atingindo a maioria da população. De fato, segundo Cailliet (1979) expressa que dentre “as numerosas condições incapacitantes músculo-esqueléticas, a queixa de dor lombar é indubitavelmente predominante. As estimativas de horas perdidas na indústria, horas de incapacidade e dinheiro pago para o tratamento médico e seguro de doenças são astronômicas”.

Além disso, Pollock, Wilmore (1993) afirmam que as queixas lombares representam o principal acometimento da sociedade moderna e “em 1974, as companhias de seguro registraram mais pedidos por problemas lombares do que qualquer outra causa”. Atualmente é fato reconhecido que o comprometimento da força muscular e da flexibilidade pode desenvolver “distúrbios musculoesqueléticos graves que resultam em dor e desconforto consideráveis, além de perdas na renda familiar, incapacidade crescente e aposentadoria prematura”. Ainda explicitam que “diversas pesquisas transversais também apoiaram a hipótese de que a atividade física desempenha um papel de grande importância na manutenção da saúde óssea”. Assim, citam várias investigações efetuadas por diversos autores sobre estudos abordando atividade física e densidade óssea da coluna lombar. “É evidente que exercícios realizados regularmente representam um importante fator para a manutenção de uma função

musculoesquelética ideal”. Entretanto, o que se observou curiosamente neste estudo foi o predomínio destes acometimentos nos professores de EF, visto que os mesmos, potencialmente, têm como objeto de trabalho o movimento humano, i.e. a atividade física pode estar presente como meio inerente a sua função.

De fato, Astrand, Rodahl (1987) ao tratar do sistema esquelético, mais especificamente, fisiopatologia da região lombar, constatam ainda que “existem doenças que podem ser influenciadas pela atividade ou pela inatividade”; exemplo disso, é a lombalgia, “dor nas costas”. Do ponto de vista do setor de saúde, constitui-se uma das queixas médicas mais comuns, e de alguma forma acomete quase todos os indivíduos em algum momento de suas vidas. Desta maneira, a lombalgia “é igualmente muito comum em atletas, especialmente naqueles cujo treinamento inclui levantamento de grandes pesos”. Assim, dentre os estudos citados, um deles apresentou dados provenientes de exames realizados em cerca de 1200 indivíduos que representavam diferentes profissões, e como um dos resultados indicavam “percentual ligeiramente mais alto de indivíduos com sintomas de distúrbios lombares entre os que realizam trabalhos pesados (64 por cento) quando comparados aos que fazem trabalhos leves (53 por cento)”. Neste sentido, apontam-se que os sintomas de lombalgia, em alguns casos, podem ocorrer com o levantamento de pesos (cargas) e comumente durante movimentos corporais bruscos. Neste caso, a prevenção ainda constitui o aspecto mais importante. Particularmente, com o “treinamento muscular, algumas precauções ao levantar ou transportar cargas, uma boa postura e a aplicação dos princípios fisiológicos ao planejar os locais de trabalho e ao realizar esse trabalho podem prevenir ou avaliar os sintomas consequentes a uma coluna imperfeita”.

Outros aspectos da atividade profissional têm sido relatados associadamente às lombalgias, além da questão mencionada do excesso de carga. Knoplich (1991) menciona os desenhistas, onde, claramente, o envolvimento maior relaciona-se à postura. Neste sentido, com intuito de detectar a frequência de problemas músculo-esqueléticos nas afecções da coluna vertebral, o autor realizou enquete com tais profissionais e pôde-se constatar que “a má postura do desenhista acarreta, mesmo em profissionais jovens, não obesos, em quase a totalidade (99,8%), dores na coluna vertebral, sendo a região lombar (54,8%) a mais afetada, seguida da cervical (28,6%) e da dorsal (16,4%)”. Como conclusão indica-se que “com certeza essas posturas inadequadas ao trabalho são responsáveis por uma doença profissional ligada ao trabalho”.

No caso da categoria objeto de nosso estudo, pode-se admitir como variável relevante para o entendimento dos resultados obtidos em relação às dores lombares, a constante exposição ao movimento, predominantemente decorrente do respectivo exercício profissional.

Em relação a **Tabela 18**, i.e. aos diagnósticos do grupo de *doenças do aparelho digestivo*, as LM ocorreram com maior frequência no GC (14) em relação ao GO (5). Notou-se que um certo número de casos no seu interior, sete especificamente, são relativas a cavidade bucal. Entretanto, acredita-se que esta circunstância possivelmente não manifeste informações relevantes, pois analisando a **Tabela 15**, referente à CS-II, observa-se que o diagnóstico “ortodontia”, o terceiro mais frequente em ambos grupos, não expressou, predominância à favor de qualquer um: trata-se de agravos que acometem as pessoas comumente em seu

cotidiano, sendo assim um fator a mais de dispensa ao serviço. De fato, a Lei 6.215/75 estabelece competência ao cirurgião dentista para atestar, no setor da atividade profissional, estados mórbidos e outros, inclusive justificativas de não comparecimento ao trabalho (Guilherme, Silva 1983). Deste modo, as LM comprovadas por atestados médicos foram emitidos não só por profissionais da medicina, mas também por dentistas.

Sem dúvida, no interior deste grupo de diagnósticos, avulta o contingente dos quadros gastrointestinais que acometem predominantemente o grupo Comparativo. Neste caso, supondo que o professor de EF, no dia-a-dia, se movimenta mais do que tais colegas, este pode ser um efeito protetor aos agravos do sistema digestivo. Várias explicações podem ser avocadas a respeito. Inicialmente, trata-se de considerar o fato já bastante conhecido de que pessoas com bom condicionamento físico têm menor secreção gástrica de ácido clorídrico (Knoplich, 1984). De fato, Volpicelli (1983), tratando dos efeitos do esporte no trato gastrointestinal, indica que tem sido mostrado epidemiologicamente que a prática da atividade física reduz a possibilidade de lesões ulcerosas subsequentes. Ainda que isso possa ser explicado pela redução do consumo de álcool e nicotina por essas pessoas, “é notável que exercício submáximo reduz secreção de ácido gástrico” em pessoas normais.

A relação entre atividade física e motilidade gastrointestinal constitui a idéia central que sustenta as escassas informações que compõem a segunda concepção a respeito: pessoas sedentárias teriam uma estase significativamente maior dos resíduos alimentares no trato gastrointestinal. Essa deposição na mucosa entérica estaria na gênese de processos irritativos crônicos que se caracterizariam, portanto, por quadros de obstipação. Neste sentido, Guillet,

Genéty, Brunet-Gueds (1983) discutindo, especificamente, o papel favorável do esporte na terapia das doenças do aparelho digestivo, abordam os efeitos benéficos da atividade física, principalmente em afecções digestivas como as colopatias. De fato, na investigação efetuada observou-se maior ocorrência dos casos de enterites, gastroenterites e colites no grupo Comparativo em relação ao Observacional. Em decorrência, expressa-se que a atividade física pode ser utilizada como terapêutica reguladora de um organismo submetido às múltiplas e contraditórias solicitações da vida moderna.

Com efeito, a questão torna-se potencialmente tão sensível na EF que vem tratada em textos mais genéricos da área, como manual do professor elaborado com a finalidade de facilitar o seu trabalho diário. Em seu livro Teixeira (1995), entre informações a respeito dos benefícios da EF, especificamente relacionados aos efeitos do exercício físico no corpo humano, cita doze itens, e dentre os apresentados, o mais extenso se refere ao sistema digestivo, dado que a atividade física, auxiliando a queima de gordura, evita a prisão de ventre e faz com que a excreção de resíduos se proceda regularmente.

Apesar de os grupos analisados não diferirem estatisticamente quanto a *duração total, frequência e tempo médio dos afastamentos* registrados por motivos de saúde, cabe ressaltar que, quanto ao número de licenças, houve o predomínio de seis LM concedidas, em ambos grupos, no tempo estudado. Isto pode significar uma quantidade considerável de ausência por indivíduo no período de três anos. Com efeito, segundo estudo de Robazzi e Bechelli (1985), em investigação sobre coletores de lixo, atividade considerada de insalubridade máxima, constatou-se, em média, cinco afastamentos em quarenta e dois meses de trabalho, por pessoa,

sendo este número considerado elevado. Assim, os professores estudados obtiveram mais ocorrências de licenças que a categoria citada, i.e. aquela que realmente carece de ações em saúde pois o “contacto frequente com agentes nocivos à saúde torna o recolhimento do lixo um dos mais arriscados e insalubres que existe” (Robazzi, Moriya, Fávero et al, 1992). Neste sentido, há que se conscientizar para necessidade de atenção e investigação específicas à saúde voltadas aos professores.

Para a situação estudada é o que Andre, Cloes, Deroanne (1991) chamam de “traumatologia específica dos professores de Educação Física”, pois “paralelamente aos seus estudos, os mesmos participam de um número relativamente importante de sessões práticas” e o seu trabalho com exercício físico exige muito dele. Portanto, “em razão dessa exigência física do seu cotidiano, e também em função das suas atividades esportivas de lazer, eles são vítimas de acidente”. Neste sentido, destacam as circunstâncias pelas quais os traumatismos são produzidos explicitando que os professores de EF participam de diversos tipos de atividades em relação à prática esportiva, distinguindo suas várias possibilidades: prática em clube, prática livre, ensino escolar, ensino no clube. Assim, revelam que dentre a divisão dos traumatismos nas quatro categorias, a prática esportiva em clubes se expressa como a fonte mais importante de casos, seguido pelo ensino escolar. O resultado destes casos é “particularmente preocupante e ressalta a existência de riscos a que são expostos estes professores”.

Nestes termos, em nosso país, atualmente já se encontram indícios da participação dos professores em conjunto com seu sindicato para tratar da questão de sua saúde: pode ser o princípio de uma conscientização e mobilização dos mesmos aos problemas relativos à

categoria. De fato, expressa-se forte apelo da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação (1995), ao anunciar através das Resoluções do XXV Congresso Nacional dos Trabalhadores em Educação que o “desgaste físico e emocional leva os trabalhadores em educação enfrentar várias doenças, que nem sempre são percebidas como doenças profissionais: salas superlotadas, carga de trabalho excessiva, uso constante da voz, contato com pó de giz, ambiente inadequado, claridade e umidade, muito tempo em pé, baixos salários, dupla e às vezes tripla jornada de trabalho, geram angústia e a desorganização e o desequilíbrio psicológico”. Infelizmente, pouco se tem estudado ou pesquisado sobre a saúde dos trabalhadores em educação. Esta é, ainda, uma discussão recente da categoria na maioria dos estados brasileiros. Entretanto, “em muitos sindicatos a questão da saúde do trabalhador vem ganhando corpo, com ações concretas de prevenção das doenças profissionais, com a participação ativa das categorias na elaboração destas políticas preventivas, através da organização do local de trabalho, pois ninguém melhor do que o próprio trabalhador para detectar o adoecimento criando espaços de discussão e reformulação do próprio ambiente de trabalho”.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCÂNTARA, Hermes Rodrigues de. Exames em casos de acidente de trabalho. In: _____. Perícia médica judicial. Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1982, p. 85-86.
- ALMEIDA FILHO, Naomar, ROUQUAYROL, Maria Zélia. Metodologia da pesquisa epidemiológica. In: _____. Introdução à Epidemiologia Moderna. Rio de Janeiro: Abrasco, 1990, p.101-105.
- ANDRE, Christine, CLOES, Marc, DEROANNE, Raymond. La traumatologie des professeurs d'éducation physique. Revue de l'Education Physique, v. 31, p.177-186, 1991.
- ASTRAND, Per-olof, RODAHL, Kaare. Sistema esquelético: fisiopatologia da região lombar ("costas"). In: ASTRAND, Per-olof, RODAHL, Kaare. Tratado de fisiologia do exercício. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987, p. 258-264.
- CAILLIET, Rene. Tecidos moles, dor e incapacidade. São Paulo: Manole, 1979, p. 47.
- CAMPBELL, Donald Thomas, STANLEY, Julian C. Delineamentos experimentais e quase experimentais de pesquisa. São Paulo: EPU-EDUSP, 1979, p. 82-83.
- CASSONI, Suely Gravina, CREMONESE, N.G., GUEDES, Eloísa Aparecida, HARRIS, Willian Moffitt., KOBEL, J.L.LENCASTRE, E.F., MACIEL, H., VALENTE, M.G. Principais causas de licença médica de professores da rede municipal de ensino da prefeitura do município de São Paulo, 1983/87. In: ANAIS DO CONGRESSO BRASILEIRO UNIFICADO DE SAÚDE ESCOLAR, 1,1989, São Paulo. Anais... São Paulo: Universidade Estadual de São Paulo, 1989, p. 41
- CHAMBERS, R. Health and lifestyle of general practitioners and teachers. Occupational Medicine, Oxford, v.42, n.2, p.69-78, 1992.
- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS, adaptada para uso em processamento de dados. Porto Alegre: Sagra, 1975.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO.

Resoluções do XXV congresso nacional dos trabalhadores em educação. Educação no centro das atenções: em defesa da escola pública. Questões específicas: saúde dos trabalhadores em educação. Porto Alegre, p.51-52, 1995.

CORRÊA FILHO, Heleno, GONÇALVES, Aguinaldo, GONÇALVES, Neusa Nunes e Silva. Avaliação e perspectivas em ciência e tecnologia em agravos endêmicos no Brasil, Humanidades, Brasília, v.7, n.4, p. 402-410, 1991.

EPI-INFO: Versão 5.01b. Um sistema de processamento de texto, banco de dados e estatística para epidemiologia em microcomputadores. Secretaria do Estado de São Paulo: Organização Panamericana de Saúde, 1990.

FERRARI, Iris, GONÇALVES, Aguinaldo, BARBOSA, Antonio, et al. Mutagenicity, health, gold-mining and mercury: an epidemiological study of chromosomic alterations in miners, indians and controls in Brazilian Amazon Regions. In: SIXTH INTERNATIONAL CONFERENCE ON ENVIRONMENTAL MUTAGENS: environmental & genes: issues for the 21st Century, 6, Australia, 1993. Book of abstracts. Australia: World Congress Centre Melbourne, 1993, p.324.

FORATTINI, Oswaldo Paulo. Epidemiologia geral. São Paulo: Artes Médicas, 1980.

GONÇALVES, Aguinaldo. Possíveis danos genéticos por exposição profissional a agentes físicos e químicos. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 27, n.6, p.21-22, 1978.

GONÇALVES, Aguinaldo. Os testes de hipóteses como instrumental de validação da interpretação (estatística inferencial). In: MARCONDES, M.A., LAKATOS, E.M. Técnicas em pesquisas. São Paulo: Atlas, 1982, p.173-181.

GONÇALVES, Aguinaldo, FERRARI, Iris. Agentes químicos e biológicos e teratogenia. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.39, n.10, p.32-35, 1982.

GUILHERME, Sérgio Duarte, SILVA, Guilherme Duarte Corrêa da. A preferência dos atestados em medicina do trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.11, n.41, p.58-63, 1983.

GUILLET, R. GENÉTY, J. BRUNET-GUEDS, E. Aparelho digestivo e esporte. In: GUILLET, R. GENÉTY, J. BRUNET-GUEDS, E. Manual de Medicina do esporte. São Paulo: Masson, 1983, p.361-369.

JONES, Bruce H., ROCK, Paul B. MOORE, Michael P. Lesões músculo-esqueléticas: riscos, prevenção e primeiros socorros. In: BLAIR, Steven N. PAINTER, Patrícia, PATE, Russel R., SMITH, Kent L., TAYLOR, C. Barr. Prova de esforço e prescrição de exercício. Rio de Janeiro: Revinter, p. 279-288, 1994.

KNOPLICH, José. A terapia pelo exercício. Sprint: Revista técnica de Educação Física e desportos. Rio de Janeiro, ano 3, n. 4, p.197-202, 1984.

KNOPLICH, José. Agressões posturais da profissão de desenhista (II); resultado de uma enquête com 2219 profissionais. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo, v.19, n.73, p. 31-42, 1991.

MAKARON, Pedro Elias, DUCA, Antonio Candido Lara, OZÉAS, Roberto Lobo, LIMA, Ricardo Antonio F., CAHUÍ, Carlos. Absenteísmo por doença: um estudo de causas de licenças médicas superiores a dois dias em empregados da Telecomunicações de São Paulo S.A. - TELESP. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.5, n.20, p.40-48, 1977.

MEIRA, João Bosco B. Absenteísmo por enfermidade - sugestões para seu controle. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.10, n.40, p.68-76, 1982.

MENDES, René. Salud ocupacional. Un área prioritária en la salud de los trabajadores. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, v.93, n.6, p.506-521, 1982.

MENDES, René. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores. I. Morbilidade. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.22, n.4, p.311-326, 1988.

NOGUEIRA, Diogo Pupo. Riscos Ocupacionais de dentistas e sua prevenção. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.11, n.41, p.16-24, 1983.

NOGUEIRA, Diogo Pupo, AZEVEDO, Cleide A. Bellomaria. Absenteísmo-doença em mulheres. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.10, n.38, p.48-51, 1982.

NOVAES, Jefferson, NOVAES, Giovanni. Professor de Educação Física: um primeiro socorrista. Sprint: Revista técnica de Educação Física e desportos. Rio de Janeiro, ano XIII, n. 74, p.15-17, 1994.

PADOVANI, Carlos Roberto. Estatística na metodologia da investigação científica. Boletim Cultural, Bauru, v.9, p.1-22, 1991.

PIMENTA, Aparecida Linhares (org.), CAPISTRANO FILHO, David (org.), CAMARGO, Laís Odila Silveira, et al. Saúde do trabalhador. São Paulo: Hucitec, 1988, 179p.

POLLOCK, Michall L., WILMORE, Jack H. Função musculoesquelética. In: POLLOCK, Michall L., WILMORE, Jack H. Exercícios na saúde e na doença. Avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação. 2ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993, p.197-199.

QUICK, Thelmo Carlos, LAPERTOSA, João Baptista. Análise do absentismo em usina siderúrgica. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.10, n.40, p.62-68, 1982.

REY, Luís. Planejar e redigir trabalhos científicos. 2ª ed. rev.aum. São Paulo: Editora Edgard Blucher, 1993, p. 41-42.

ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz, BECHELLI, Maria Helena Machado. Coletores de lixo: estudo de afastamentos do serviço por problemas de saúde. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.13, n.50, p.68-74, 1985.

ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz, PARACCHINI, Sueli Aparecida, GIR, Elucir, SANTOS, Welson Donizeti Florentino dos, MORIYA, Tokico Murakawa. Serviço de enfermagem: um estudo sobre os absenteísmos. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.18, n.69, p.65-70, 1990.

ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz, MORIYA, Tokico Murakawa, FÁVERO, Manildo, PINTO, Patrícia Helena Domingues. Algumas considerações sobre o trabalho dos coletores de lixo. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo, v.20, n.76, p.34-41, 1992.

- SANTO, Ary Monteiro do Espírito, FARIA, Grace Helena Daher Ceva, CAVARSAN, Adalberto, COSTA, Sebastião. Absenteísmo por licença médica na Universidade Federal de Goiás. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.20, n.75, p.17-37, 1992.
- SEGRE, Marco. Breve estudo da legislação e da perícia médica em acidentes do trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.13, n.50, p.55-62, 1985.
- SIEGEL, Sidney. Estatística não-paramétrica. São Paulo: Editora Mc Graw-Hill, 1975.
- SOARES JÚNIOR, José Maria, PIANETTI, Gisele Marília, CECÍLIO, Sálua, TEIXEIRA, Vicente de Paula Antunes. A saúde do professor do sexo feminino do ensino primário. Revista Brasileira de Medicina, São Paulo, v.51, n.7, p.891-898, 1994.
- TEIXEIRA, Hudson Ventura. Educação Física e desportos. 1ªed. São Paulo: Saraiva, 1995, p.16.
- VALTORTA, Anacleto, SIDI, Eliana, BIANCHI, Silvana C.L. Estudo do absenteísmo médico num hospital de grande porte. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.13, n.51, p.55-61, 1985.
- VIEIRA, Sonia. Metodologia científica: para a área de saúde. São Paulo: Sarvier: (Campinas): Editora da UNICAMP, 1984, p.35-44.
- VIEIRA, Sonia Introdução à bioestatística. 2ª ed. rev.aum. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1991, p. 203.
- VOLPICELLI, Nicholas A. Effects of sports on the gastrointestinal tract and liver. In: APPENZELLER, Otto, ATKINSON, Ruth. Sports Medicine: fitness, training, injuries. 2ªed. Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1983, p.91-98.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. La Médecine du travail dans la region des Ameriques. Relevé épidemiologique hebdomadaire. Genève, v.62, n. 39, p.289-296, 1987.

6. ANEXOS

ANEXO 1: *Ficha ambulatorial de exame pré-admissional* dos professores estudados no ingresso à carreira de magistério da Prefeitura Municipal de Campinas em 1991.

ANEXO 2: *Ficha de controle de licença* dos professores estudados durante a carreira de magistério da Prefeitura Municipal de Campinas no período de 1991 a 1994.

ANEXO 3: *Planilha específica* utilizada na investigação.

ANEXO 4: *Diagnósticos registrados das Licenças Saúde e respectiva classificação* segundo a CID, 1975.

HISTÓRIA DA OCUPAÇÃO ATUAL

SETOR: _____ Nº: FUNC. NO SETOR: _____

FUNÇÃO: _____ TEMPO NA FUNÇÃO: _____

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ATUAL: _____

JORNADA DE TRABALHO (SEMANAL, DIÁRIA): _____

HORA EXTRA: __S__ __N__ QUANTAS? _____

INSALUBRIDADE: __S__ __N__

EFI: _____

REFEITÓRIO NO LOCAL DE TRABALHO: __S__ __N__ VESTIÁRIO: __S__ __N__

CONDIÇÕES DE HIGIENE/LIMPEZA: __B__ __REG__ __R__

RISCOS OCUPACIONAIS

1. LUZ, RUÍDO, TEMP., UMIDADE, VENTILAÇÃO

2. GASES, POEIRAS, VAPORES, RADIAÇÕES, VIBRAÇÕES

3. TRABALHO FÍSICO, ASPECTOS ERGONOMÍCOS

4. RITMOS EXCESSIVOS, MONOTONIA, REPETITIVIDADE

ANTECEDENTES OCUPACIONAIS

ACIDENTE DO TRABALHO: __S__ __N__

DESCRIÇÃO DO A.T. (DATA, LOCAL, INSTRUMENTO, PARTE DO CORPO ATINGIDA,
DIAS DE AFASTAMENTO): _____

NOTIFICADO (CAT): __S__ __N__

TRATAMENTO: __AMB__ __HOSP__ LOCAL: __AMB__ __HOSP__

OBS.: _____

_____EXAME MÉDICO

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRICO DA MOLÉSTIA ATUAL:

TABAGISMO: __S__ __N__

ETILISMO: __S__ __N__

ANTECEDENTES PESSOAIS: (TB, MH, DIABETES, HAS, EPILEPSIA, CIRURGIAS;
EPISÓDIOS ALÉRGICOS, INTERNAÇÕES, AFASTAMENTOS):

ANTECEDENTES FAMILIARES:

USO DE MEDICAMENTOS:

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA:

LICENÇA MÉDICA - UNICAMP / Campinas

01 - DISCIPLINA DE ATUAÇÃO ☐
 1 - EF
 2 - P

02 - MATRÍCULA

03 - DATA DE EXAME MÉDICO
 PRÉ-ADMISSÃO

04 - FADIA ETÁRIA (anos)

05 - SEXO ☐
 1 - Masculino
 2 - Feminino
 9 - Sem Informação

06 - NATURALIDADE ☐
 1 - Campinas
 2 - Região de Campinas
 3 - Estado de São Paulo
 4 - Outro Estado
 9 - Outro País
 9 - Sem Informação

07 - ESTADO CIVIL ☐
 1 - Solteiro
 2 - Casado
 3 - Desquitado ou Divorciado
 4 - Viúvo
 9 - Outro
 9 - Sem Informação

08 - SÉRIES DE TRABALHO ☐
 1 - 1a. a 4a. Series
 2 - 5a. a 8a. Series
 3 - 1a. a 8a. Series
 9 - Sem Informação

09 - TEMPO DE EXPERIÊNCIA (anos)

10 - DADOS DA 1a. CONSULTA
 10.1 Data81
 10.2 Tempo de Licença81 (dias)
 10.3 Diagnostico81 CID

11 - DADOS DA 2a. CONSULTA
 11.1 Data82
 11.2 Tempo de Licença82 (dias)
 11.3 Diagnostico82 CID

12 - DADOS DA 3a. CONSULTA
 12.1 Data83
 12.2 Tempo de Licença83 (dias)
 12.3 Diagnostico83 CID

13 - DADOS DA 4a. CONSULTA
 13.1 Data84

13.2 Tempo de Licença84 (dias)

13.3 Diagnostico84 CID

14 - DADOS DA 5a. CONSULTA
 14.1 Data85

14.2 Tempo de Licença85 (dias)

14.3 Diagnostico85 CID

15 - DADOS DA 6a. CONSULTA
 15.1 Data86

15.2 Tempo de Licença86 (dias)

15.3 Diagnostico86 CID

16 - DADOS DA 7a. CONSULTA
 16.1 Data87

16.2 Tempo de Licença87 (dias)

16.3 Diagnostico87 CID

17 - DADOS DA 8a. CONSULTA
 17.1 Data88

17.2 Tempo de Licença88 (dias)

17.3 Diagnostico88 CID

18 - DADOS DA 9a. CONSULTA
 18.1 Data89

18.2 Tempo de Licença89 (dias)

18.3 Diagnostico89 CID

19 - DADOS DA 10a. CONSULTA
 19.1 Data90

19.2 Tempo de Licença90 (dias)

19.3 Diagnostico90 CID

LICENÇA MÉDICA - UNICAMP / Campinas

20 - DADOS DA 11a. CONSULTA

20.1 Data11 20.2 Tempo de Licença11 (dias) 20.3 Diagnóstico11 CID

21 - DADOS DA 12a. CONSULTA

21.1 Data12 21.2 Tempo de Licença12 (dias) 21.3 Diagnóstico12 CID

22 - DADOS DA 13a. CONSULTA

22.1 Data13 22.2 Tempo de Licença13 (dias) 22.3 Diagnóstico13 CID

23 - DADOS DA 14a. CONSULTA

23.1 Data14 23.2 Tempo de Licença14 (dias) 23.3 Diagnóstico14 CID

24 - DADOS DA 15a. CONSULTA

24.1 Data15 24.2 Tempo de Licença15 (dias) 24.3 Diagnóstico15 CID

25 - DADOS DA 16a. CONSULTA

25.1 Data16 25.2 Tempo de Licença16 (dias) 25.3 Diagnóstico16 CID

26 - DADOS DA 17a. CONSULTA

26.1 Data17 26.2 Tempo de Licença17 (dias) 26.3 Diagnóstico17 CID

27 - DADOS DA 18a. CONSULTA

27.1 Data18 27.2 Tempo de Licença18 (dias) 27.3 Diagnóstico18 CID

28 - DADOS DA 19a. CONSULTA

28.1 Data19 28.2 Tempo de Licença19 (dias) 28.3 Diagnóstico19 CID

29 - DADOS DA 20a. CONSULTA

29.1 Data20 29.2 Tempo de Licença20 (dias) 29.3 Diagnóstico20 CID

30 - DADOS DA 21a. CONSULTA

30.1 Data21 30.2 Tempo de Licença21 (dias) 30.3 Diagnóstico21 CID

LICENCA MEDICA - UNICAMP / Campinas

31 - DADOS DA 22a. CONSULTA

31.1 DATA15

--	--	--	--	--	--

31.2 Tempo de Licenca22 (dias)

--	--	--	--

31.3 Diagnostico22 CID

--	--	--	--	--	--

32 - DADOS DA 23a. CONSULTA

32.1 DATA23

--	--	--	--	--	--

32.2 Tempo de Licenca23 (dias)

--	--	--	--

32.3 Diagnostico23 CID

--	--	--	--	--	--

33 - DADOS DA 24a. CONSULTA

33.1 DATA24

--	--	--	--	--	--

33.2 Tempo de Licenca24 (dias)

--	--	--	--

33.3 Diagnostico24 CID

--	--	--	--	--	--

35 - DADOS DA 26a. CONSULTA

35.1 DATA26

--	--	--	--	--	--

35.2 Tempo de Licenca26 (dias)

--	--	--	--

35.3 Diagnostico26 CID

--	--	--	--	--	--

36 - DADOS DA 27a. CONSULTA

36.1 DATA27

--	--	--	--	--	--

36.2 Tempo de Licenca27 (dias)

--	--	--	--

36.3 Diagnostico27 CID

--	--	--	--	--	--

37 - DADOS DA 28a. CONSULTA

37.1 DATA28

--	--	--	--	--	--

37.2 Tempo de Licenca28 (dias)

--	--	--	--

37.3 Diagnostico28 CID

--	--	--	--	--	--

38 - DADOS DA 29a. CONSULTA

38.1 DATA29

--	--	--	--	--	--

38.2 Tempo de Licenca29 (dias)

--	--	--	--

38.3 Diagnostico29 CID

--	--	--	--	--	--

39 - DADOS DA 30a. CONSULTA

39.1 DATA30

--	--	--	--	--	--

39.2 Tempo de Licenca30 (dias)

--	--	--	--

39.3 Diagnostico30 CID

--	--	--	--	--	--

40 - DADOS DA 31a. CONSULTA

40.1 DATA31

--	--	--	--	--	--

40.2 Tempo de Licenca31 (dias)

--	--	--	--

40.3 Diagnostico31 CID

--	--	--	--	--	--

41 - DADOS DA 32a. CONSULTA

41.1 DATA32

--	--	--	--	--	--

41.2 Tempo de Licenca32 (dias)

--	--	--	--

41.3 Diagnostico32 CID

--	--	--	--	--	--

ANEXO 4: *Diagnósticos registrados das Licenças Saúde e respectiva classificação segundo a CID, 1975.*

CID/DIAGNÓSTICO	GRUPOS		TOTAL
	OBSERVACIONAL	COMPARATIVO	
0005.9/0-Intoxicação alimentar não especificada	1	---	1
0009.0/6-Colite, enterite e gastroenterite infecciosas	---	1	1
0009.2/2-Diarreia infecciosa	1	1	2
0009.3/0-Diarreia de origem infecciosa presumível-gastroenterite aguda	1	2	3
0052.9/0-Varicela	---	1	1
0056.9/0-Rubéola sem menção de complicação	---	3	3
0110.1/0-Dermatofitose (Tinha das unhas)	---	1	1
0110.4/5-Dermatofitose (Tinha dos pés) - micose	1	1	2
0112.1/5-Monilíase da vulva e da vagina	---	1	1
0129.9/8-Parasitose intestinal, sem outra especificação	1	---	1
0218.9/0-Leiomioma uterino	---	2	2
0240.9/0-Bócio não especificado	2	---	2
0242.0/1-Bócio difuso tóxico-tireotóxicose	---	1	1
0246.9/4-Outros transtornos da tireóide (não especificados)	---	1	1
0265.1/4-Deficiência de tiamina e de niacina (com outras manifestações, e as não especificadas devidas a deficiência de tiamina)	4	---	4
0272.6/0-Transtornos do metabolismo do lípedes (lipodistrofia) - plástica, lipoaspiração da coxa direita e esquerda	---	6	6
0278.0/4-Obesidade	5	---	5
0300.0/7-Estado de ansiedade	---	1	1
0300.4/0-Depressão neurótica	---	3	3
0308.1/3-Distúrbio predominante da consciência	---	1	1
0309.1/0-Reação depressiva prolongada	---	1	1
0309.9/6-Reação de ajustamento (não especificado) - estresse.	1	---	1
0340.9/6-Esclerose múltipla	---	1	1
0345.9/2-Epilepsia (não especificada)	---	3	3
0346.1/4-Enxaqueca comum	1	---	1
0351.0/6-Transtornos do nervo facial (paralisia de Bell)	1	---	1

0360.9/9-Transtornos do globo ocular (não especificados)	---	1	1
0367.1/4-Transtornos da refração e da acomodação (Miopia)	2	---	2
0367.2/2- Transtornos da refração e da acomodação (Astigmatismo)	1	3	4
0367.4/9-Transtornos da refração e da acomodação (Presbiopia)	---	1	1
0367.5/7-Transtornos da refração e da acomodação (transtornos da acomodação)	2	---	2
0367.9/0-Transtornos da refração e da acomodação (não especificado)	1	---	1
0372.0/6-Transtornos da conjuntiva- conjuntivite aguda	3	2	5
0373.2/0-Inflamação das pálpebras (calázio)	1	---	1
0380.0/8-Transtornos do ouvido externo (pericondrite da orelha)	---	1	1
0380.1/6-Otite externa infecciosa	1	---	1
0381.0/5-Otite média aguda não supurativa	2	1	3
0386.0/1-Doença de Ménière	---	1	1
0386.3/6-Labirintite	1	---	1
0386.5/2-Disfunção do labirinto	---	1	1
0401.1/8-Hipertensão essencial (especificada como benigna)	---	1	1
0401.9/3-Hipertensão essencial (não especificada se maligna ou benigna)	---	3	3
0402.1/5-Doença cardíaca hipertensiva (especificada como benigna)	---	1	1
0402.9/0-Doença cardíaca hipertensiva (sem especificação)	1	---	1
0424.0/4-Transtornos da válvula mitral	---	1	1
0425.6/0-Cardiomiopatia na doença de Chagas (086.0+)	---	2	2
0427.6/5-Arritmias cardíacas (extrassístolia)	---	1	1
0447.9/2-Outras doenças das artérias e arteríolas (não especificadas)	1	---	1
0454.0/3-Varizes das extremidades inferiores (com úlcera)	4	---	4
0455.0/0-Hemorróidas internas, sem menção de complicação	1	1	2
0455.4/3-Hemorróidas externas trombosadas	1	---	1
0460.9/4-Nasofaringite aguda (resfriado comum)	6	6	12
0461.0/8-Sinusite aguda (maxilar)	1	---	1
0461.1/6-Sinusite aguda (frontal)	2	2	4

0461.8/3-Sinusite aguda (outras)	---	1	1
0461.9/1-Sinusite aguda (não especificada)	6	8	14
0462.9/9-Faringite aguda	9	7	16
0463.9/6-Amigdalite aguda	5	5	10
0464.0/0-Laringite aguda	1	1	2
0464.2/6-Laringotraqueíte aguda	---	2	2
0465.0/7-Laringofaringite aguda	1	1	2
0465.9/0-Infecções agudas das vias aéreas superiores (localização não especificada)	3	2	5
0466.0/4-Bronquite aguda	3	---	3
0472.0/1-Rinite crônica	1	---	1
0472.1/0-Faringite crônica	1	---	1
0473.0/9-Sinusite crônica (maxilar)	1	---	1
0474.0/6-Amigdalite crônica	---	2	2
0475.9/7-Abcesso periamigdaliano	---	1	1
0478.4/8-Pólipo das cordas vocais ou laringe	1	---	1
0480.9/7-Pneumonia viral não especificada	1	2	3
0481.9/4-Pneumonia pneumocócica	1	---	1
0485.9/3-Broncopneumonia devido a microorganismo não especificado-fungo	1	1	2
0487.0/4-Gripe (com pneumonia)	1	4	5
0487.1/2-Gripe (com outras manifestações respiratórias)	3	2	5
0487.8/0-Gripe (com outras manifestações)	7	3	10
0490.9/3-Bronquite não especificada como aguda ou crônica	---	1	1
0491.0/7-Bronquite crônica simples	1	---	1
0493.9/5-Asma não especificada	2	---	2
0521.0/8-Cárie dentária	---	1	1
0522.0/5-Doenças da polpa e dos tecidos periapicais (pulpite)	1	1	2
0522.9/9- Doenças da polpa e dos tecidos periapicais (outras não especificadas)	---	2	2
0523.0/2-Gengivite aguda	---	1	1
0525.1/5-Perdas de dentes devido acidente, extração ou doença periodontal localizada	---	1	1
0532.9/5-Úlcera duodenal (não especificada como aguda ou crônica sem menção de hemorragia ou perfuração)	1	---	1
0535.0/3-Gastrite aguda	---	2	2
0535.5/4-Gastrite e gastroduodenite não especificada	1	1	2
0555.9/0-Enterite regional (de localização não especificada)	---	1	1

0558.9/1-Outras gastroenterites e colites não infecciosas	1	3	4
0564.5/6-Diarréia funcional	1	1	2
0590.8/0-Pielonefrite ou piodrose, não especificada como aguda ou crônica	1	---	1
0590.1/3-Pielonefrite aguda e piodrose aguda	---	1	1
0592.1/8-Calculose no ureter.	---	2	2
0595.0/1-Cistite aguda	1	4	5
0595.9/5-Cistites (não especificadas)	---	2	2
0599.0/0-Infecção do trato urinário de localização não especificada	2	---	2
0599.7/8-Hematuria	1	---	1
0605.9/3-Hipertrofia do prepúcio e fimose	1	---	1
0610.9/3-Displasia mamária não especificada	---	1	1
0611.0/7-Doença inflamatória da mama	---	1	1
0614.0/9-Salpingite e ooforite agudas	---	1	1
0614.2/5-Salpingite e ooforite não especificadas como agudas, subagudas ou crônicas	1	---	1
0616.0/3-Cervicite e endocervicite	1	---	1
0616.1/1-Vaginite e vulvovaginite	3	5	8
0625.3/7-Dismenorréia - órgão genital feminino	3	2	5
0625.4/5-Síndrome de tensão pré-menstrual	---	3	3
0626.0/0-Ausência de menstruação	1	1	2
0626.2/6-Menstruação excessiva ou frequente	0	1	1
0626.4/2-Ciclo menstrual irregular	3	---	3
0626.6/9-Metrorragia-transtornos da menstruação	5	7	12
0626.8/5-Transtornos da menstruação e outras hemorragias anormais do trato genital feminino (outros) - hemorragia disfuncional de estresse	---	1	1
0627.9/0-Transtornos da menopausa e pós-menopausa (não especificados)	1	---	1
0640.8/4-Hemorragia do início da gravidez	---	1	1
0643.0/0-Vômitos excessivos na gravidez (hiperemese gravídica leve)	---	1	1
0643.1/9-Hiperemese gravídica com distúrbios metabólicos	1	---	1
0643.2/7-Vômitos tardios da gravidez	---	1	1
0643.9/4-Vômitos não especificados da gravidez	---	1	1

0644.1/6-Trabalho de parto prematuro	---	3	3
0648.2/3-Outras afecções existentes na mãe (Anemia)	1	---	1
0661.4/1-Contrações uterinas prolongadas, incoordenadas ou hipertônicas	---	1	1
0680.7/1-Furúnculo (do pé)	2	---	2
0685.0/0-Cisto pilonidal (com abscesso)	---	1	1
0691.8/3-Dermatite atópica e afecções afins (outras) - dermatite alérgica	1	---	1
0695.9/0-Afecções eritematosas (não especificada)	---	1	1
0696.1/2-Psoríase e transtornos afins (outras psoríase)	---	1	1
0701.8/1-Outras afecções hipertróficas e atróficas da pele	1	---	1
0704.0/8-Alopécia	1	---	1
0706.1/0-Doenças das glândulas sebáceas (outras formas de acne)	---	1	1
0706.2/9-Doenças das glândulas sebáceas (cisto sebáceo)	1	---	1
0706.3/7-Seborréia	---	1	1
0710.9/9-Doenças difusas do tecido conjuntivo (não especificada)	1	---	1
0715.1/0-Osteoartrose (localizada, primária)	---	3	3
0717.0/6-Rotura antiga em alça de balde do menisco medial	2	---	2
0717.2/2-Desarranjo do corno posterior do menisco medial	2	---	2
0717.8/1-Desarranjos internos do joelho	---	1	1
0723.1/1-Outros transtornos da região cervical (cervicalgia)	2	1	3
0724.2/7-Lumbago	13	5	18
0724.3/5- Transtornos do dorso (ciática)	1	1	2
0727.0/2-Sinovite, tenossinovite	9	---	9
0727.3/7-Outras bursites	---	1	1
0727.6/1-Rotura não traumática de tendão	2	---	2
0733.2/6-Cisto ósseo	1	---	1
0736.6/0-Outras deformidades adquiridas do joelho	1	---	1
0780.4/2-Tontura	---	1	1
0780.7/7-Mal-estar e fadiga	1	---	1
0781.0/7-Sintomas relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular (movimentos involuntários anormais)	1	---	1
0782.1/2-Eritema e outras erupções não específicas da pele	---	1	1

0782.9/8-Sintomas relativos a pele e outros tecidos do tegumento (outras) - consulta dermatológica	3	1	4
0784.0/9-Cefaléia	2	3	5
0784.1/7-Dor de garganta	1	---	1
0785.1/4-Sintomas relativos ao aparelho cardiovascular (palpitações)	---	1	1
0786.5/4-Dor torácica	1	---	1
0787.0/0-Sintomas relativos ao aparelho digestivo (náusea e vômito)	2	---	2
0787.1/9-Sintomas relativo ao aparelho digestivo (azia)	2	1	3
0788.0/8-Cólica renal	1	---	1
0788.3/2-Sintomas relativos ao aparelho urinário (incontinência urinária)	---	1	1
0789.0/5-Outros sintomas relativos ao abdômem e a pelve(dor abdominal)	---	5	5
0813.0/2-Fratura do rádio e do cúbito (extremidade superior)-rádio direito	---	1	1
0825.2/0-Fratura de outros ossos do tarso e metatarso, fechada	---	2	2
0834.0/2-Luxação de dedo da mão (simples)	2	---	2
0836.0/7-Luxação do joelho (rotura da cartilagem ou do menisco medial do joelho, atual)	2	---	2
0837.0/4-Luxação do tornozelo (simples)	1	---	1
0843.0/1-Entorses e distensões do quadril e da coxa (íliofemural - ligamento)	---	2	2
0844.1/7-Entorses e distensões do joelho e perna (ligamento colateral medial do joelho)	3	---	3
0844.2/5-Entorses e distensões do joelho e perna (ligamentos cruzados dos joelhos)	1	---	1
0844.9/2-Entorses e distensões do joelho e da perna (não especificadas)	3	---	3
0845.0/6-Entorses e distensões (tornozelo)	1	1	2
0847.2/7-Entorses e distensões (lombar)	---	1	1
0854.0/5-Lesão traumática intracraniana - fechada	2	---	2
0873.4/3-Outros ferimentos da cabeça (face sem menção de complicação)	1	---	1
0916.8/5-Lesão superficial do quadril, da coxa, da perna, e do tornozelo (outras lesões superficiais e as não especificadas, sem menção de infecção)	1	---	1

0923.0/4-Contusão do membro superior (ombro e braço)	1	---	1
0923.3/9-Contusão do membro superior (dedo da mão)	2	---	2
0924.0/1-Contusão do membro inferior (quadril e coxa)	1	---	1
0924.1/0-Contusão do membro inferior (joelho e perna)	1	---	1
0924.3/6-Contusão do membro inferior, de outras partes e de partes não especificadas (dedo do pé)	1	---	1
0959.6/6- Traumatismo (quadril e coxa)	1	---	1
0994.6/5-Efeito de outras causas externas (doença causada pelo movimento) - ligamento colateral do joelho	1	---	1
2020.2/9-Controle de rotina da saúde infantil	1	---	1
2022.0/7-Supervisão da primeira gravidez normal	4	15	19
2022.1/5-Supervisão de outras gravidezes normais	2	5	7
2025.0/9-Procedimentos anticoncepcionais (aconselhamento e orientações gerais)	1	---	1
2025.4/1-Procedimentos anticoncepcionais (vigilância de métodos anticoncepcionais previamente prescritos)	1	---	1
2026.4/9-Procedimentos relativos a procriação (aconselhamentos e orientações gerais)	---	2	2
2041.9/6-Problemas do sentido e outras funções especializadas (não especificados)-consulta oftalmológica	6	11	17
2047.3/0-Outros problemas digestivos - consulta de gastroenterologista	1	---	1
2049.2/7-Problemas motores dos membros - consulta ortopédica	2	---	2
2058.5/0-Ortodontia	15	18	33
2059.0/7-Doadores (sangue)	2	---	2
2061.4/8-Problemas de saúde na família	72	111	183
2063.1/8-Serviços médicos não disponíveis em casa - internação	1	---	1
2066.0/1-Convalescença (após cirurgia)	2	---	2
2067.0/9-Exame seguimento (após cirurgia)	---	1	1
2068.9/0-Contatos para fins administrativos não especificados - licença gestante	4	6	10

2070.0/4-Exame médico geral de rotina num serviço de assistência a saúde - consulta sem especificação - CID	35	34	69
2071.7/9-Observação devida suspeita de doença cardiovascular - consulta cardiológica	1	1	2
2072.0/9-Exame dos olhos e da visão	1	---	1
2072.3/3-Exame ginecológico	14	11	25
2072.5/0-Exame radiológico não classificada em outra parte	1	---	1
2072.6/8-Exame laboratorial	9	2	11
2072.8/4-Outros exames especificados	2	5	7
2072.9/2-Exames não especificados	3	---	3
TOTAL	389	417	806