



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

GABRIELA BERCHIOL VIEIRA

**ATENDIMENTOS À SAÚDE DOS TRABALHADORES
MASCULINOS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA**

Londrina
2012

GABRIELA BERCHIOL VIEIRA

**ATENDIMENTOS À SAÚDE DOS TRABALHADORES
MASCULINOS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Júlia Trevisan Martins

Londrina
2012

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

V658a Vieira, Gabriela Berchiol.

Atendimentos à saúde dos trabalhadores masculinos da
Universidade Estadual de Londrina / Gabriela Berchiol Vieira. –
Londrina, 2012.
85 f. : il.

Orientador: Júlia Trevisan Martins.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade
Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, 2012.

Inclui bibliografia.

1. Enfermagem no trabalho – Teses. 2. Homens – Saúde e
higiene – Teses. 3. Universidades e faculdades – Programas de
assistência ao trabalhador – Teses. 4. Saúde e trabalho – Teses. 5.
Saúde – Indicadores – Teses. I. Martins, Júlia Trevisan. II.
Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título

CDU 616-083:614.8

GABRIELA BERCHIOL VIEIRA

**ATENDIMENTOS À SAÚDE DOS TRABALHADORES MASCULINOS
DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.^a Júlia Trevisan Martins (Orientadora)
UEL – Londrina - PR

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi
USP – São Paulo - SP

Prof. Dr.^a Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
UEL – Londrina - PR

Londrina, 29 de julho de 2012

Aos meus pais, Iracema e Alício e à minha irmã Cristina, pelo amor
incondicional a mim dispensado.

Agradecimentos

À **Deus**, por permitir que mais uma vez eu tente ser alguém melhor.

Ao **Théo** pelo seu amparo e auxílio permanentes.

À **Prof. Dra. Júlia Trevisan Martins**, que com sua competência imensurável aceitou o desafio de me orientar durante esta trajetória e que entre tantos outros ensinamentos me mostrou o valor do “tempo”. Pela sua presença, cumplicidade e pelo seu carinho, minha eterna gratidão, respeito e admiração. Você realmente é um presente de Deus na minha vida!

Às Professoras **Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi** e **Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli** pelas valiosas contribuições para que este trabalho alcançasse a qualidade desejada.

À Prof. **Dra. Maria do Carmo Haddad** por acreditar em mim e me incentivar a percorrer o caminho da pesquisa.

Ao Prof. **Dr. José Dalmas** pelas preciosas contribuições estatísticas

Às **professoras e amigos do Mestrado** pelo crescimento pessoal e profissional durante este etapa e por tornarem este período inesquecível.

Aos **profissionais da Divisão de Assistência à Saúde da Comunidade (DASC)** pela acolhida e pelos seus esforços para que este trabalho pudesse existir.

À **Iracema** e **Cristina Berchiol** por me aceitarem e respeitarem as minhas escolhas. Vocês são meus exemplos de vida. Amo vocês incondicionalmente.

À **Mariana Haddad** que em meio a tantos cafés percebeu o brilho diferente em meus olhos diante do desafio Mestrado e pelas sugestões que enriqueceram esta pesquisa e a minha vida.

À **Débora de Deus** e **Carla Sales** por serem a família que eu pude escolher e estarem sempre presentes trazendo alegria para minha vida.

Ao **Willian Noguti** pelo entendimento durante a minha ausência no trabalho e pela ajuda e companheirismo.

À **Isabela Colombo, Mariana Chagas** e **Adeline Buss** por cuidarem de mim e me mostrarem o quanto é importante ter amigos.

Aos amigos **Maykon Melo, Margareth Gomes, Priscila Ribas, Gislaine Gil, e tantos outros** para os quais a distância física é um mero detalhe.

À **Denise Sardinha** e **Carlos Lioti** pelo carinho e incentivo diário dentro e fora do ambiente de trabalho.

Aos **trabalhadores do Hospital Dr. Anísio Figueiredo** com os quais pude dividir minhas alegrias, ansiedades, desejos e vitórias durante esta fase.

Às Famílias **Renovação** e **Fabiano de Cristo** por me fortaleceram espiritualmente.

À família **Berchiol** que com muito amor entendeu a minha ausência.

À todos que contribuíram direta ou indiretamente para

a realização deste trabalho.

Muito Obrigada!

“Hoje me sinto mais forte,

Mais feliz, quem sabe

Só levo a certeza

De que muito pouco sei,

Ou nada sei”

“Tocando em frente” – Almir Sater

VIEIRA, Gabriela Berchiol. **Atendimentos à saúde dos trabalhadores masculinos da Universidade Estadual de Londrina** 2012. 85 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2012.

RESUMO

Esta pesquisa insere-se na temática sobre a saúde do homem trabalhador de uma Instituição de Ensino Superior (IES) de caráter público. Estudo epidemiológico, retrospectivo que teve como objetivo geral analisar os atendimentos realizados pela Divisão de Assistência à Saúde da Comunidade (DASC) aos trabalhadores homens da Universidade Estadual de Londrina (UEL) em 2009. Esta Divisão constitui-se em um serviço de referência para atendimento médico, de enfermagem e odontológico para os servidores e alunos da UEL e em 2009 realizou 13.689 atendimentos dos quais 31,47% foram destinadas aos trabalhadores homens. Os dados foram levantados durante o período de fevereiro a setembro de 2010 por meio da análise de prontuários de 305 trabalhadores que totalizaram 402 atendimentos. Utilizou-se o Programa Estatístico “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS) versão 19.0 para análise das variáveis quantitativas e os resultados foram apresentados sob a forma de quadros, figuras e tabelas adotando-se distribuição de frequência em números absolutos e relativos. Conforme a caracterização da amostra observa-se o predomínio de trabalhadores na faixa etária dos 51 a 60 anos (36,31%), categorizados como Auxiliar Operacional (61%), com tempo de atuação na UEL de 11 a 20 anos (37,07%). Apreendeu-se que 47,1% dos trabalhadores assistidos são portadores de co-morbidades relacionadas à Hipertensão Arterial (HA) e que apenas 8,7 % dos atendimentos tiveram caráter preventivo, sobretudo na faixa etária acima dos 51 anos. Os principais Grupos de Família de Doenças que acometeram estes trabalhadores foram as Doenças do Aparelho Respiratório (17,98%), seguido das Doenças do Aparelho Circulatório (15,80%), Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (13,90%), Doenças do Aparelho Geniturinário (12,26%) e Transtornos Mentais e Comportamentais (10,90%). Identificou-se que 14,7% dos atendimentos resultaram em afastamento médico, totalizando 148 dias de ausência ao trabalho das quais 49,15% foram causadas por Doenças do Aparelho Respiratório e 16,94% devido às Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo. As ações de enfermagem voltadas a estes trabalhadores limitaram-se em verificação de sinais vitais, levantamento de queixas e execução de técnicas de administração de medicamentos, não sendo identificada realização de pré e pós consultas de enfermagem e tampouco ações de busca ativa aos trabalhadores. Assim, identificou-se que o perfil epidemiológico da saúde da população masculina de trabalhadores da UEL segue as tendências apresentadas na literatura. Diante destas informações, o desenvolvimento de ações de enfermagem quanto à saúde dos trabalhadores que procuram ou não o serviço de saúde deveria ser reestruturado. Espera-se ainda que as informações contidas neste estudo sejam incorporadas na construção de políticas institucionais que visem a promoção e prevenção em saúde de forma inclusiva e sensível a complexidade dos homens trabalhadores alocados atualmente na Instituição bem como à saúde dos futuros servidores desta Universidade.

Descritores: Inquéritos epidemiológicos. Saúde do trabalhador. Saúde do homem. Atenção primária à saúde. Serviços de enfermagem.

VIEIRA, Gabriela Berchiol. **Health appointments of men workers at Londrina State University**. 2012. 85 f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

ABSTRACT

This research discusses the health of men workers from a public Higher Education Institution (IES). This is an epidemiologic and retrospective study that aimed to analyze health appointments at the Community Health Assistance Department (DASC) delivered to men working at Londrina State University in 2009. This department is a reference service for medical, nursing and dental appointments to Londrina State University workers and students. In 2009, this department provided 13.689 health appointments, from which 31.47% were delivered to men. Data was collected from February to September 2010. The medical records of 305 workers were assessed, accounting for 402 appointments. The “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS), version 19.0 was used to assess quantitative variables. The results are presented in tables, graphics, figures and tables, displaying absolute and relative number frequencies. The profile of participants' show that most were 51 to 60 years old (36.31%), performed operative job descriptions (61%) and had been working at the institution for 11-20 years (37.07%). 47.10% of workers presented a comorbidity related to high blood pressure. 8.70% of appointments had a preventive approach, mainly to men over 51 years old. The groups of diseases these workers presented were sorted into Respiratory Tract (17.98%), Circulatory system (15.80%), Osteomuscular and soft tissue system (13.90%), Genitourinary Tract (12.26%) and Mental and behavioral health (10.90%). We identified that 14.70% of appointments resulted in medical leaves, accounting for 148 days of absence leave. 49.15% were related to Respiratory tract diseases, and 16.94% were related to Osteomuscular and soft tissue system diseases. Nursing actions towards these workers were limited to checking vital signs, questioning about the main health problem and execution of drug administration techniques. There was no record of pre or post nursing appointments or active search for potential patients. Therefore, the epidemiologic health profile of men workers identified at this institution is similar to those described in scientific trends. Based on the results found, we suggest that nursing actions must be design to reframe this health service towards the health of men's workers, including those who look for health care and those who do not. We hope the information described here is incorporated into institutional policies towards the promotion and prevention in health, inclusive and sensitive to the complexity of men's health, which are workers of this institution and also being extended to all future workers.

Keywords: Health surveys. Occupational health. Mens'health. Primmary Health care. Nursing services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** – Delineamento da amostra de 402 atendimentos aos trabalhadores masculinos assistidos pela DASC. Londrina, 2009.....31
- Figura 2** – Distribuição dos atendimentos realizados pela DASC aos trabalhadores masculinos segundo a especialidade médica. Londrina, 2009.....38
- Figura 3** – Distribuição dos atendimentos médicos realizados por cada especialidade médica da DASC segundo os meses do ano. Londrina, 200939
- Figura 4** – Distribuição dos atendimentos realizados pela DASC aos trabalhadores masculinos com finalidade preventiva segundo o cargo e idade.Londrina, 200945
- Figura 5** – Distribuição dos atendimentos realizados pela DASC motivados por Doenças do Aparelho Respiratório de acordo com o cargo ocupado e a faixa etária dos trabalhadores masculinos atendidos. Londrina, 200955
- Figura 6** – Distribuição dos atendimentos realizados pela DASC motivados por Doença do Aparelho Circulatório de acordo com o cargo ocupado e a faixa etária dos trabalhadores masculinos atendidos.Londrina, 200959
- Figura 7** – Distribuição dos atendimentos realizados pela DASC motivados por Doenças do Aparelho Genitourinário de acordo com o cargo ocupado e a faixa etária dos trabalhadores masculinos atendidos.Londrina, 200960
- Figura 8**– Distribuição dos atendimentos realizados pela DASC motivados por Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo de acordo com o cargo ocupado e a faixa etária dos trabalhadores masculinos atendidos. Londrina, 2009.....62
- Figura 9** – Distribuição dos atendimentos realizados pela DASC motivados por Transtornos Mentais e Comportamentais de acordo com o cargo ocupado e a faixa etária dos trabalhadores masculinos atendidos Londrina, 200964

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** – Distribuição das categorias dos cargos ocupados pelos trabalhadores masculinos da UEL e a correlação com as funções desempenhadas. Londrina, 2009.....43
- Quadro 2** – Categorização das co-morbididades de acordo com as doenças exclusivas ou associadas a outras doenças e/ou agravos previamente instaladas nos trabalhadores masculinos da UEL. Londrina, 2009.....47
- Quadro 3** – Categorização das Hipóteses de Diagnósticos encontrados segundo Capítulo e Grupos de Família de Doenças da CID- 10. Londrina, 2009.....49
- Quadro 4** – Principais causas de atendimento na DASC aos trabalhadores masculinos segundo as faixas etárias. Londrina, 2009.....56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição dos trabalhadores da UEL conforme as categorias profissionais e o sexo. Londrina 2009.....	34
Tabela 2 –	Distribuição dos atendimentos prestados pela DASC aos trabalhadores e alunos da UEL segundo o sexo. Londrina, 2009	34
Tabela 3 –	Distribuição do número de consultas e número de retornos de consultas realizados por cada especialidade da DASC Londrina, 2009.....	40
Tabela 4 –	Distribuição dos trabalhadores masculinos atendidos pela DASC segundo a faixa etária. Londrina, 2009.....	41
Tabela 5 –	Distribuição dos trabalhadores masculinos segundo o tempo de serviço na UEL. Londrina, 2009.....	42
Tabela 6 –	Distribuição das categorias de co-morbidades segundo o cargo ocupado pelos trabalhadores masculinos da UEL. Londrina, 2009.....	48
Tabela 7 –	Distribuição dos atendimentos da DASC aos trabalhadores masculinos segundo os Grupos de Famílias de Doenças – CID-10 Londrina, 2009	51
Tabela 8 –	Distribuição dos 367 atendimentos de cada Grupo de Família de Doenças em 2009 segundo o tempo de atuação na UEL Londrina, 2009.....	52
Tabela 9 –	Distribuição dos 367 atendimentos segundo os Grupos de Famílias de Doenças e o cargo ocupado pelos trabalhadores masculinos da UEL Londrina, 2009	54

Tabela 10 – Distribuição dos encaminhamentos decorrentes de atendimentos na DASC segundo os Grupos de Família de Doenças que motivaram os atendimentos. Londrina, 2009	57
Tabela 11 – Distribuição dos atestados médicos dispensados pela DASC segundo os dias de afastamento e o cargo dos trabalhadores que os obtiveram. Londrina, 2009.....	66
Tabela 12 – Distribuição dos dias de afastamentos dos trabalhadores masculinos segundo os Grupos de Famílias de Doenças. Londrina, 2009.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DASC	Divisão de Assistência à Saúde da Comunidade
DM	Diabetes Mellitus
HA	Hipertensão Arterial
HPB	Hipertrofia de Próstata Benigna
HUL	Hospital Universitário de Londrina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEES	Instituições Estaduais de Ensino Superior do Estado do Paraná
LER/ DORT	Lesões por Esforços Repetitivos e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	PERSPECTIVA TEÓRICA	19
2.1	Processo Saúde e Doença	19
2.2	O Homem e a sua Saúde	23
3	OBJETIVOS	27
3.1	Objetivo Geral	27
3.2	Objetivos Específicos	27
4	MATERIAL E MÉTODOS	28
4.1	Natureza do estudo	28
4.2	Cenário da pesquisa	28
4.3	População e amostra	30
4.4	Estudo piloto	31
4.5	Coleta de dados	32
4.6	Análise e discussão dos dados	32
4.7	Aspectos éticos	32
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
6	CONCLUSÕES	71
	REFERÊNCIAS	74
	APÊNDICES	80
	APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados	81
	APÊNDICE B – Termo de Confidencialidade e Sigilo	82
	ANEXOS	83
	ANEXO A – Termo de Autorização pela Instituição Sediadora	84
	ANEXO B – Folha de Aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa	85

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história, constata-se que o homem valoriza o trabalho a partir de estratégias cuja finalidade é buscar a sobrevivência instigando-o a criar instrumentos para transformar e dominar a natureza.

A relação entre o labor e a saúde e doença nem sempre se constituiu em foco de atenção, pois no trabalho escravo ou no regime servil, não existia a preocupação com a preservação da saúde dos que trabalhavam (MINAYO-GOMEZ, 1997).

Com o advento da Revolução Industrial ocorreram mudanças significativas nas condições de vida social e de trabalho, pois até então as condições laborais eram péssimas, as doenças e os acidentes eram numerosos, as jornadas de trabalho exaustivas e sem limites e os ambientes desfavoráveis o que propiciava a acelerada proliferação de doenças infecto-contagiosas, ao mesmo tempo em que a periculosidade das máquinas era responsável por mutilações e mortes (MENDES, 1995 ; MINAYO-GOMEZ, 1997).

Diante destes fatos em 1831, na Inglaterra foi constituída uma comissão de inquérito coordenada por Michael Saddler, que teve como finalidade elaborar um relatório sobre os impactos da Revolução Industrial na vida dos trabalhadores. Este relatório causou espanto para a opinião pública devido as suas conclusões. Em função deste relatório, em 1833, foi baixado o *Factory Act*, considerada a primeira legislação eficiente no campo da proteção ao trabalhador (OLIVEIRA; MORUFUSE, 2001).

No Brasil, em 1919, foi aprovada a primeira lei sobre Acidentes do Trabalho (Decreto - legislativo nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919) sem, contudo, ser votado o Código do Trabalho proposto em 1917 ao Congresso Nacional (ROCHA; RIGOTTO; BUSCHINELLI,1994).

De acordo com Rocha, Rigotto e Buschinelli (1994), na década de 70 o governo brasileiro regulamentou a obrigatoriedade dos Serviços de Segurança e Medicina do Trabalho (SSMT) nas empresas acima de determinado porte e grau de risco. Ainda registram-se, como marcos decisivos para a mudança estabelecida na Constituição Federal de 1988, as discussões ocorridas na VIII Conferência Nacional de Saúde definindo a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a realização da I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, quando

ocorreram discussões por condições dignas de vida, trabalho estável e bem remunerado, organização livre, autônoma e representativa de classe e acesso aos serviços de saúde (MENDES, 1995; SECCO, 2006) .

Sabe-se que é imprescindível entender a saúde do trabalhador como um processo que está em constante movimento e não apenas cristalizado como a ausência de doenças, isto é, deve-se considerar o processo saúde e doença dos grupos de seres humanos em sua relação com o mundo do trabalho, com sua vida privada, com sua cultura, com suas crenças, com seu meio social, com o meio ambiente no qual vivem os grupos de seres humanos dentre outros aspectos.

Desta forma, compreender a saúde do trabalhador como um processo no qual existe uma relação entre a saúde e a doença significa ter a concepção de que o trabalho é uma categoria social que está sujeita a múltiplos condicionantes, ou seja, é romper com o paradigma da unicausalidade da saúde como a ausência da doença para o entendimento de novos conceitos, que envolvem o processo dinâmico de vivenciar a saúde e a doença. Assim sendo, as condições laborais e suas patologias estão relacionadas com muitas variáveis, como por exemplo, a organização do trabalho e as condições de vida e do meio ambiente, entre outros (LAURELI; NORIEGA, 1989 ; SILVA, 2006).

Denota-se que é de fundamental importância analisar a busca dos trabalhadores pelos serviços de saúde e os afastamentos do trabalho, visto que podem fornecer informações a respeito do estado de saúde de determinado grupo de trabalhadores. Percebe-se ainda que por meio destes levantamentos é possível relacioná-los aos fatores ligados à organização laboral, duração da jornada, turnos, autonomia no trabalho, esforços despendidos, satisfação e insatisfação (REIS, 2006).

É importante que as instituições hospitalares, unidades de saúde, ambulatórios, centro de atendimentos, dentre outros serviços, provenham os meios e os recursos para atender aos indivíduos, quer seja quantitativa como qualitativamente (BARBOSA, 2001).

Assim sendo e considerando a importância de prestar assistência de saúde aos trabalhadores que desenvolvem suas atividades na Universidade Estadual de Londrina (UEL), foi criada a Divisão de Assistência à Saúde da Comunidade (DASC) da UEL, sob a coordenação da Diretoria Superintendente do Hospital Universitário de Londrina (HUL).

A DASC tem como finalidade o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e tratamento à saúde em nível ambulatorial para os trabalhadores. É composta pelas áreas de atendimento médico, odontológico, de enfermagem, de recepção, apoio administrativo e de desenvolvimento de programas de prevenção e promoção da saúde.

Embora a DASC tenha uma equipe multiprofissional para atendimento dos trabalhadores foi possível identificar empiricamente, que durante o ano 2009 programas de saúde não foram desenvolvidos por esta Divisão com o propósito de prevenir, promover a saúde e diminuir agravos à saúde dos trabalhadores, com exceção dos Programas previstos pelo Ministério da Saúde (MS) como, por exemplo, a campanha de vacinação contra a Gripe Influenza H1N1.

Apesar da DASC atender aos homens e mulheres é fato que a saúde masculina tem sido uma temática pouco abordada e discutida em contraposição à saúde da mulher, a qual é objeto de políticas públicas e de várias investigações (BRAZ, 2005).

Assim sendo e ciente da escassez de estudos com o sexo masculino pergunta-se: Que tipo de assistência a DASC presta ao trabalhador do sexo masculino? Que trabalhadores do sexo masculino da UEL procuraram atendimento na DASC? Quais os principais grupos de doenças que os acometem? Qual o planejamento deste serviço para o atendimento de enfermagem e de saúde para estes trabalhadores?

A intenção de pesquisar a saúde do homem trabalhador da UEL surgiu no meu cotidiano como enfermeira em um Hospital de média complexidade no qual pude observar durante três anos altos índices de absenteísmo dos homens trabalhadores desta Instituição.

O interesse em desvelar uma possível relação entre o absenteísmo e o processo laboral destes trabalhadores aliado aos meus anseios em ampliar os conhecimentos na área da Saúde do Trabalhador, motivaram o início desta pesquisa.

Tomando ciência da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) chamou-me a atenção a discreta quantidade de produções científicas acerca da saúde dos mesmos quando comparado à saúde da mulher, assim optei por pesquisar a saúde desta população por considerar não menos importante para a sociedade.

Conclui minha Graduação em Enfermagem na UEL e durante o Mestrado deparei-me com a oportunidade de restituí-la do conhecimento que ela me permitiu desenvolver, desvelando quais são às condições de saúde em que seus trabalhadores masculinos se encontram.

Assim, acredito que as respostas a tais indagações contribuirão para que este serviço e a UEL tenham uma visão geral do adoecimento destes trabalhadores, ou seja, das suas necessidades com relação à saúde e assim poderão refletir e criar estratégias de prevenção e tratamento de doenças quer estejam direta ou indiretamente relacionadas ao trabalho, buscando efetivamente promover a saúde, prevenir às doenças e diminuir os agravos à saúde visando uma melhor qualidade de vida dos trabalhadores.

2 PERSPECTIVA TEÓRICA

2.1 PROCESSO SAÚDE E DOENÇA

Sabe-se que o meio onde o homem vive oferece fatores estimulantes naturais e/ou artificiais que agem sobre ele provocando alterações permanentes ou transitórias. Por sua vez, a capacidade que o indivíduo desenvolve em se adaptar a estes obstáculos constitui-se em um fator determinante do processo saúde-doença (LIMA; SILVA; TRALDI, 2008).

Na concepção de alguns autores o processo saúde-doença é compreendido por quatro fases as quais são descritas na sequência.

A primeira fase refere-se à compreensão das doenças ou agravos à saúde na Antiguidade, na qual o entendimento estava relacionado à filosofia religiosa e à magia, pois se acreditava que os fatores determinantes de doenças provinham de elementos naturais ou sobrenaturais, atribuídos aos deuses ou forças do mal (BACKES et. al., 2009).

Na Idade Média, durante o Renascimento surgem as teorias “miasmáticas” provenientes da necessidade de se descobrir a origem das matérias que causavam os contágios, dando a gênese à formação das ciências básicas. Os miasmas caracterizavam-se por emanações do solo ou do ar, supostamente nocivos, como o chorume do lixo e sujeiras que porventura vinham produzir a doença no corpo sadio (BACKES, et. al, 2009).

Enfatiza-se que neste período, a teoria dos miasmas embasava as estratégias sanitárias a fim de deter a disseminação das doenças por meio da redução ou eliminação das sujeiras externas (FREITAS, 2003).

Na terceira fase durante o século XIX a biologia científica fortalece-se sem influência externa da filosofia e surge a bacteriologia que enfatiza a ação dos germes e, conseqüentemente, define o aspecto biológico das doenças. Denota-se que as causas das doenças receberam e tem recebido destaque até a atualidade. Com essa concepção ficou desvelada a influência do positivismo, em que um “corpo hígido” significa e ainda pode significar a ausência de qualquer doença (BACKES, et. al., 2009, SILVA, 2006).

Ainda nesta fase observa-se que assim como a bacteriologia, a patologia celular, a fisiologia e o desenvolvimento de pesquisas são aflorados

transformando a então medicina de ciência empírica para ciência experimental (BACKES et. al., 2009).

Diante deste contexto, os autores anteriormente citados afirmam que as três primeiras fases têm em comum a abordagem unicausal, a qual relacionava o agravamento à saúde a um único agente etiológico, fazendo com que as intervenções fossem direcionadas para um único fator determinante da doença.

No entanto, a partir do século XX esta abordagem unicausal começou a apresentar inconsistências tais como o fato da presença dos agentes patológicos no organismo nem sempre provocarem doenças (NOGUEIRA, 2008).

Pode-se citar como exemplo destas inconsistências as pessoas que são portadoras do vírus de determinadas doenças, mas que não as desenvolvem até que estejam susceptíveis ou se tornem sensíveis à ação destes agentes. Desta forma, percebe-se a relação entre organismo e o ambiente como fator determinante no desenvolvimento ou não da doença.

Assim, na quarta e última fase surge à perspectiva da multicausalidade das doenças relacionando uma única doença aos inúmeros e diversos fatores determinantes, inter-relacionados e dinâmicos. Nesta abordagem incorpora-se os aspectos sociais ou psicossociais do indivíduo no processo de adoecer e o homem então passa a ser compreendido como ser bio-psico-social (BACKES, et. al., 2009).

Diante desta visão ampliada do processo saúde doença, novos modelos epidemiológicos foram desenvolvidos a fim de embasarem as políticas de saúde. A partir de 1973 Laframboise propôs ao governo Canadense uma estrutura conceitual para análise do campo de saúde que posteriormente foi descrito como "*conceito de campo de saúde*". Esta proposta sustenta que a saúde é determinada por uma variedade de fatores que extrapolam os serviços de saúde, e destaca o papel de quatro grupos da determinação do processo: biologia humana, estilo de vida, ambiente e organização dos cuidados com a saúde (DEVER, 1988).

- Biologia Humana: inclui todos os aspectos da saúde física e mental os quais pertencem ao corpo humano e a constituição orgânica do indivíduo incluindo sua herança genética e seus processos de maturação;
- Meio Ambiente: aspectos relacionados à saúde e que estão externos ao organismo humano, em suas dimensões física e

social que envolve os indivíduos e sobre os quais ele exerce pouco ou nenhum controle;

- **Estilo de Vida:** consiste no conjunto de decisões tomadas pelo indivíduo, sobre as quais ele possui maior ou menor controle, mas que, no entanto afetam a sua saúde;
- **Organização dos Serviços de Saúde:** refere-se à disponibilidade, quantidade, qualidade, administração, natureza e relações de pessoas e recursos destinados aos cuidados com a saúde, sendo comumente definido como “*sistema de atenção à saúde*” (LALONDE, 1974).

Outro modelo epidemiológico nomeado “*Ambiente de Saúde*” posteriormente descrito como “*O Campo de Força e os Paradigmas de Bem Estar da Saúde*” no qual ressaltava que os quatro grandes grupos citados por Laframboise se relacionavam e se afetavam entre si, visto que, abrangiam populações, sistemas culturais, saúde mental, equilíbrio ecológico e recursos naturais (BLUM, 1974).

No mesmo ano surge no Canadá o documento “*A New Perspective on the Health of Canadians*” conhecido posteriormente como “*Informe ou Relatório Lalonde*” o qual se utilizava do modelo de “*Campo de Saúde*” proposto por Laframboise para afirmar que a maioria dos esforços e dos recursos financeiros que eram empregados para melhorar a saúde da população concentravam-se na organização dos serviços de assistência médica. Entretanto as principais causas de adoecimento e morte naquele país originavam-se dos outros três grupos: biologia humana, estilo de vida e ambiente (BECKER, 2001).

Além disso, o relatório preconiza que as ações de saúde devam ter como objetivo garantir a qualidade de vida de indivíduos e da coletividade e sugere que o foco das ações sanitárias seja voltado para a melhoria do meio ambiente, da moderação de comportamentos de riscos e da ampliação do conhecimento sobre a biologia humana (LALONDE, 1974; CARVALHO, 2004).

Dever (1988) sugere o “*An Epidemiological Model for Health Policy Analyses*” ou “*Modelo Epidemiológico para Análise da Política de Saúde*” o qual é embasado pelos modelos de Laframboise e Lalonde. Este modelo destaca que para que a condição de saúde se estabeleça os quatros grupos de fatores devem ter o mesmo peso e precisam estar em equilíbrio.

A partir de então, o conceito de processo saúde e doença passa a ser compreendido como um processo social influenciado pelas relações dos indivíduos com a natureza, ou seja, com o meio ambiente, o espaço e o território e com outros indivíduos por meio das relações sociais, culturais e políticas, em um determinado espaço geográfico e em um determinado tempo histórico (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

É fato que durante a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, foi divulgada a Carta de Ottawa a qual descreve o conceito de “promoção da saúde” como “*o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde*” e ainda propõe que a qualidade de vida dos indivíduos deve estar condicionada a algumas condições e recursos fundamentais tais como: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (OPAS, 1986).

Segundo Lima, Silva e Traldi (2008) para atingir o estado de completo bem-estar, à este sujeito e aos grupos cabem o dever de identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar, favoravelmente, o meio ambiente. Diante desta afirmação, percebe-se que o sujeito passa a ser o personagem principal na construção de seu próprio estado de bem estar e deixa de ser considerado como um órgão que ficou doente, uma patologia que está presente, mas sim um homem que tem condições de participar e de decidir sobre as condutas que serão tomadas, as quais envolvem sua vida (SILVA, 2006).

Sobretudo, não se poderia deixar de considerar a cultura dos indivíduo, visto que a mesma conduz o modo como vivem esses indivíduos, o que eles acreditam e valorizam, como se comunicam, quais são seus hábitos, costumes e gostos. A história demonstra que o conhecimento cultural está presente em todos os âmbitos da existência, incluindo subsistência ou manutenção da ordem, religião, gênero, lazer, saúde, doença e até mesmo questões de ordem política (GUALDA; BERGAMASCO, 2004).

No Brasil, a partir de 1990, com a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080/90, o planejamento dos programas de saúde voltados à promoção da saúde e à prevenção, controle e tratamento das doenças, a identificação dos fatores etiológicos determinantes do processo saúde-doença ganham relevância (BRASIL, 1990; ROUQUAYROL, 1999).

Segundo a LOS nº 8.080/90 no Título I – Das Disposições Gerais, Art. 3º, *“a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”* (BRASIL, 1990).

Ainda segundo a mesma Lei, dizem respeito à saúde às ações que se destinam a garantir as condições de bem-estar físico, mental e social das pessoas e da coletividade.

Nesta mesma corrente de pensamento Vicini (2002) afirma que o paradigma ampliado do processo que envolve a saúde e doença inclui o bem-estar e a visão de totalidade do ser humano, isto é, enquanto a doença é uma condição de uma determinada parte do corpo, ou órgão deste corpo a qual o prejudica, a enfermidade está relacionada à totalidade do ser humano, visto que uma pessoa pode estar enferma mesmo sem apresentar qualquer doença aparente.

Este mesmo autor salienta que o modo de ver saúde e ver doença é peculiar e subjetivo a cada indivíduo, visto que esta visão está intrinsecamente relacionada com a cultura, com as crenças e até mesmo com as individualidades dos homens. Por isso deve-se ter em mente essa informação ao abordar um cliente do sistema de saúde. Existem clientes com patologias crônicas que se consideram sadios e clientes aparentando saúde que vivenciam um problema de ordem pessoal, com tamanha relevância que arruína o seu bem-estar.

Por fim enfatiza-se que buscar a compreensão do ser humano em todos os seus aspectos quer sejam de ordem física, mental, social, cultural, ambiental dentre outros aspectos é de fundamental importância para as ações de promoção e proteção à saúde, prevenção das doenças e agravos à saúde, possibilitando assim contribuir para uma atenção integral aos homens, suas famílias e, por consequência, a comunidade em que os mesmos vivem.

2.2 O HOMEM E SUA SAÚDE

Verifica-se que os primeiros estudos sobre a saúde de homens surgiram em meados de 1970 nos Estados Unidos e estavam voltados para os déficits de saúde. A partir da década de 90 a discussão deste tema passou a refletir uma perspectiva integral à saúde dos homens (GOMES, 2011).

Carrara, Russo e Faro (2009) salientam que enquanto alguns sujeitos ganhavam visibilidade no que tange às políticas de saúde durante dos séculos XIX e XX, como é o caso das mulheres, idosos, crianças, doentes mentais e homossexuais, os homens permaneciam na penumbra.

Identifica-se que as medidas especiais de saúde para as mulheres surgiram no Brasil aproximadamente no ano de 1930 e em 1983 foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com o objetivo de substituir a concepção tradicional de saúde materno-infantil por um panorama que englobasse seus direitos reprodutivos (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Assim, a área da saúde da mulher tem apresentado avanços significativos com destaques para os programas com o objetivo de reduzir as mortes maternas e infantis, programas de combate ao câncer cérvico-uterino e câncer de mama. Entretanto estas conquistas tiveram a participação dos homens como pais, como cidadãos ou como profissionais das esferas executivas governamentais (PASCHOALICK, et. al.,2006).

Estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas e que morrem mais precocemente que as mulheres (LAURENTI, 2005; MS, 2008).

No Brasil em 2005, este tema esteve em foco no âmbito da saúde coletiva quando se enfatizava o desvelamento da relação processo saúde-doença e a masculinidade a fim de propor o enfrentamento do adoecimento e promoção da saúde desta população (GOMES, 2011).

Esta preocupação delongou-se até 2008 quando o Ministério da Saúde (MS) brasileiro lançou a PNAISH a qual tem como um de seus principais objetivos:

A promoção de ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos [...] que possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbi-mortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL,2008 a,p.3).

Desde então os homens ganharam visibilidade ao lado de outros sujeitos com focos mais antigos de atenção, entretanto um dos grandes obstáculos à

promoção da saúde das pessoas constitui-se a ideia de invulnerabilidade na construção masculina hegemônica (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

É fato que na visão masculina, a doença é considerada como um sinal de fragilidade que eles não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. Em sociedades que traduzem poder, força e racionalidade como características masculinas, os homens buscam o distanciamento de características relacionadas ao feminino tais como a sensibilidade, o cuidado, o posicionamento de dependência e a fragilidade, pois acreditam ser comportamentos que os predispõem às doenças, lesões e mortes (KORIN, 2001; SCHRAIBER, 2005).

Em geral, os homens procuram o serviço de saúde de forma episódica e por motivos específicos, quando têm dores que se tornam insuportáveis ou quando há impossibilidade de trabalhar, pois se sentem incomodados com a situação passiva e dependente do papel de doente, resultando muitas vezes na prática de automedicação (KORIN, 2001; GOMES, 2007; MS, 2008).

Para a população masculina quando se trata de cuidado com a saúde, o trabalho tem sido considerado como obstáculo para o acesso aos serviços de saúde ou a continuidade de tratamentos já estabelecidos. Falta de tempo, impossibilidade de deixar as atividades, ou medo de que a revelação do problema de saúde e a ausência para tratamento médico possam prejudicá-los, são algumas das preocupações entre os homens (SCHRAIBER, 2005).

Diante desta situação esta população ignora sinais de alerta apresentados por várias doenças e agravos que poderiam ser evitados ou tratados no início, caso os homens realizassem, com regularidade, algumas medidas de prevenção.

Embora a expectativa de vida dos homens tenha aumentado de 63,20 para 68,92 anos de 1991 para 2007, ela ainda se mantém 7,6 anos abaixo da média das mulheres e eles apresentam, com maior frequência, doenças do coração, câncer, Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial (HA) e dislipidemias (IBGE; MS, 2008).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o total de homens residentes no Brasil, em 2005, constituía 49,2% da população total, aproximadamente 90 milhões de pessoas e a faixa de 25 a 59 anos corresponde a 41,3 % deste grupo etário (MS, 2008).

Ressalta-se que no Brasil o câncer de próstata é, sabidamente, um grave problema de saúde pública. De acordo com a PNAISH o câncer de próstata é o sexto tipo de câncer mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de câncer. Salienta-se que se trata de uma doença de bom prognóstico quando diagnosticado e tratado oportunamente (MS, 2008).

Além disso, foi constatado que aproximadamente 75% das enfermidades e agravos da população masculina adulta estão concentradas, sobretudo, em cinco grandes áreas especializadas: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia (MS, 2008).

Segundo Courtenay (2000), nota-se um aumento de estudos de cunho epidemiológicos voltados a este segmento nos últimos anos, sobretudo com relação à morbi-mortalidade dos homens e sobre masculinidade na área da saúde em geral. Porém, ainda há uma insuficiência de estudos sobre o empenho masculino voltado para a promoção da saúde.

Acredita-se que para avançar no planejamento das ações de prevenção e promoção da saúde dos homens é preciso considerar as especificidades nas formas como eles lidam com o processo saúde e doença, incluí-los na discussão de ações voltadas à sua saúde e ainda ouvi-los para melhor compreender as questões envolvidas no seu acesso aos serviços de saúde (COURTENAY, 2000; GOMES, 2003; GOMES, 2011).

Corroborando com a afirmação anterior Junior Lima e Lima (2009) ao expressarem que se deve levar em consideração a necessidade de se mudar tanto o enfoque em relação ao homem, quanto o funcionamento dos serviços visto que estes são considerados pouco aptos em absorver a demanda masculina.

Acredita-se ainda que sua organização não estimule o acesso dos homens assim como poucas campanhas de saúde pública voltam-se para este segmento sucumbindo o princípio da equidade preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Analisar os atendimentos realizados pela DASC em 2009 aos trabalhadores do sexo masculino da UEL.

3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar os trabalhadores do sexo masculino da UEL que foram assistidos pela DASC em 2009 com relação à: idade, cargo e tempo de atuação na Instituição.
- Identificar os principais Grupos de Famílias de Doenças segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10) que acometeram os trabalhadores do sexo masculino da UEL em 2009.
- Correlacionar os Grupos de Famílias de Doenças com a idade, o cargo ocupado e o tempo de atuação na Universidade.
- Identificar os encaminhamentos decorrentes da procura pelo cuidado.
- Identificar as ações de enfermagem realizadas com esses trabalhadores.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de cunho epidemiológico, descritivo, retrospectivo, baseado em dados secundários, com abordagem quantitativa, visando analisar as doenças que acometeram os trabalhadores da UEL que buscaram atendimento na DASC em 2009.

O estudo epidemiológico apresenta finalidade exploratória, descritiva e explicativa, mostrando o fenômeno em função do tempo, do espaço e das características que o distingue do contexto. Constitui-se como forma efetiva de se obter dados sobre um determinado fenômeno, a fim de subsidiar meios de planejamento e proposição de intervenção e avaliação eficazes (BARKER; HALL, 1993).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Este estudo parte de uma investigação junto aos prontuários de pacientes que foram atendidos pela DASC localizada no campus universitário da UEL. A seguir faz-se uma breve descrição da UEL.

A UEL foi criada pela Lei Estadual nº 6.034, de 06/11/69 e regulamentada pelo Decreto Estadual nº 18.110, de 28/01/70, publicado no Diário Oficial do Estado do Paraná nº 275, p.1 e 2, de 30 de janeiro de 1970. Teve seu reconhecimento pelo Decreto Federal nº 69.324, de 07/10/71, publicado no Diário Oficial da União de 08/10/71, Seção I – parte I está localizada na cidade de Londrina, norte do Paraná (Estatuto e Regimento da UEL, 1974).

Essa Instituição de Ensino Superior (IES) possui uma estrutura como a maioria das universidades brasileiras, ou seja, é um todo orgânico de ensino, pesquisa e extensão. Tem como finalidade promover a pesquisa e o desenvolvimento das ciências, letras e artes; formar pessoas habilitadas para a investigação filosófica, científica e literária, o exercício das profissões liberais, técnico-científicas, técnico-artísticas e do magistério e prestar serviços à comunidade (Estatuto e Regimento Geral, 1996).

A sua administração superior é constituída pela reitoria, como órgão de execução e pelos órgãos deliberativos, que correspondem aos Conselhos de Administração, Ensino, Pesquisa, Extensão e Universitário que, entre as suas diversas competências, têm como missão principal supervisionar e traçar a sua política.

A UEL é constituída por centros como unidades e departamentos como subunidades. O departamento é uma subunidade fundamental e por meio dele é que se desenvolve o ensino, a pesquisa e extensão, mediante a atenção dos docentes e pesquisadores, que tenham objetivos comuns. Cada departamento congrega, também, o coordenador e vice-coordenador do colegiado do curso.

Com relação à DASC trata-se de uma Divisão da Diretoria Superintendente do HUL, a qual assiste a comunidade universitária composta pelos servidores e alunos da UEL. Esta Divisão tem como missão o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e apoio à saúde em nível ambulatorial, com equipe multiprofissional e interdisciplinar, visando ações de saúde articuladas em parceria com outros órgãos.

Assim sendo, as suas atribuições devem ser desenvolvidas nas áreas de prestação de serviços de atenção à saúde da comunidade universitária, bem como no planejamento e execução de programas de prevenção de doenças e promoção da saúde direcionados à comunidade da UEL, além da implementação dos programas de saúde referendados pelo MS.

Para assistência a esta comunidade a DASC presta assistência médica, odontológica e de enfermagem e dispõe de duas unidades de atendimento, uma localizada no campus universitário e outra no HUL.

A DASC oferece atendimento médicos nas áreas: clínica médica, cardiologia, urologia, gastroenterologia, homeopatia, ginecologia e oftalmologia além dos atendimentos odontológicos e de enfermagem.

Em 2009, a equipe multiprofissional da DASC era composta por 44 profissionais, nas áreas de enfermagem, medicina, odontologia e administrativa. Este serviço funciona em dias úteis das 7 às 22 horas visando atendimento aos servidores e alunos, inclusive do turno noturno.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

As unidades de análises foram constituídas por prontuários dos trabalhadores exclusivamente do sexo masculino que prestaram serviços à UEL e foram atendidos pela DASC nas especialidades médicas: clínica médica, cardiologia, urologia gastroenterologia e homeopatia no ano 2009.

Os atendimentos médicos prestados pela oftalmologia foram excluídos neste estudo, pois as consultas eram realizadas de forma não programada previamente, diferentemente das demais especialidades, e por consequência inexistiam documentos com os nomes dos pacientes atendidos por esta especialidade.

Segundo estudo de Setz e D’Innocenzo (2009) o prontuário do paciente constitui-se em uma ferramenta importante do serviço de auditoria em que estão contidas as informações escritas que refletem o atendimento e tratamento prestado durante a assistência.

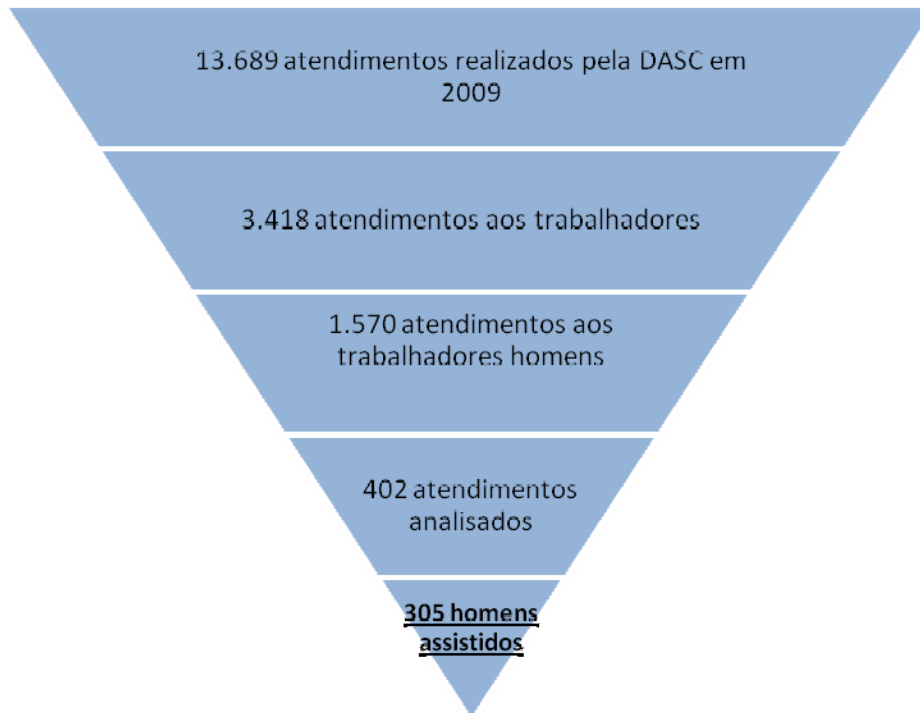
Para que amostra fosse estabelecida adotou-se os seguintes procedimentos:

- levantamento da quantidade mensal de atendimentos segundo a especialidade extraída de relatórios internos da DASC;
- transcrição dos 1750 nomes dos pacientes atendidos por todas as especialidades a partir da agenda diária do ano 2009;
- definição da amostra probabilística de forma sistemática visando manter-se o índice de confiabilidade de 95% e margem de erro de 5%.

Assim, a amostra foi composta por 402 atendimentos aos trabalhadores do sexo masculino que buscaram atendimento médico na DASC nas especialidades clínica médica, cardiologia, urologia gastroenterologia e homeopatia no ano 2009. Entende-se por atendimentos as consultas e os retornos dos pacientes que procuraram a DASC.

Ressalta-se que foram analisados 305 prontuários visto que alguns trabalhadores procuraram assistência na DASC mais de uma vez durante o período estudado. A Figura 1 representa como a amostra de 402 atendimentos foi delineada.

Figura 1 – Delineamento da amostra de 402 atendimentos aos trabalhadores masculinos assistidos pela DASC. Londrina 2009.



Como critério de inclusão da amostra estabeleceu-se que as anotações nos prontuários referentes a cada atendimento deveriam descrever: a hipótese de diagnóstico, os procedimentos adotados na assistência e apresentar letra legível para identificação e compreensão das informações.

4.4 Estudo Piloto

Durante os meses fevereiro e março/2011 foram realizados três estudos piloto para fins de adequação do instrumento de coleta de dados. Os testes foram realizados meio de análise de 30 prontuários de pacientes que não atendiam aos critérios de inclusão da amostra.

Posteriormente a cada teste, reformulações no instrumento de coleta de dados foram realizadas com o intuito de se obter um banco de dados que respondesse aos objetivos deste estudo.

4.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de fevereiro a setembro/2011, por meio de um questionário estruturado (Apêndice A) após, foram transcritos em um banco de dados informatizado no Programa *Microsoft Excel* 2010.

4.6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Por se tratar de um estudo epidemiológico retrospectivo baseado em dados secundários contidos nos prontuários dos pacientes assistidos pela Instituição, salienta-se que os dados foram analisados a luz de um modelo epidemiológico que se aproxima dos princípios contidos na abordagem da promoção da saúde bem como na perspectiva teórica do processo saúde e doença e a saúde do homem.

Para tanto, adotou-se neste estudo o modelo proposto por Laframboise descrito como “conceito de campo de saúde”. Entretanto, ressalta-se que foram analisados apenas três dos quatro grupos determinantes do processo saúde doença, sendo eles: organização dos serviços de saúde, biologia humana e ambiente, excluindo-se então o estilo de vida visto que se trata de um conjunto de hábitos e comportamentos adotados pelos indivíduos os quais não constavam nos prontuários (OLIVEIRA, 2005).

Os Grupos de Famílias de Doenças identificados foram categorizados segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10).

A análise das variáveis quantitativas foi realizada utilizando-se o Programa Estatístico “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS) versão 19.0 e os resultados foram apresentados neste estudo em forma de quadros, figuras e tabelas adotando-se distribuição de frequência em números absolutos e relativos.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para realização deste estudo foram atendidos os pressupostos éticos conforme Resolução 274/2005 que regulamenta as pesquisas dos programas

de Pós Graduação *Strictu sensu* que envolvem seres humanos como sujeitos da pesquisa.

Desta forma, tanto o projeto de pesquisa como o Termo de Confidencialidade e Sigilo (Apêndice B) desta pesquisa foram submetidos à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da UEL, conforme estabelecido pela Resolução CNS – 196/96 (BRASIL, 1997) tendo sua aprovação em 16/02/2011 sob CAAE nº 0261.0.268.000-10

A coleta de dados iniciou-se após autorização emitida pela Coordenadoria da DASC assim como pela Superintendência do HUL (Anexo A) e após parecer de aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEL (AnexoB)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O detalhamento da comunidade de trabalhadores da UEL está apresentado na Tabela 1

Tabela 1 – Distribuição dos trabalhadores da UEL conforme as categorias profissionais e o sexo. Londrina, 2009. (n=5.547)

Categoria Profissional	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Técnicos Universitário	1.759	45,2	2.130	54,8	3.889	100
Docentes	812	48,9	846	51,0	1.658	100
Total	2.571	46,3	2.976	53,7	5.547	100

Fonte: Pró Reitoria de Recursos Humanos - UEL, 2012

Constatou-se na Tabela 1 que em 2009 a UEL possuía 5.547 servidores em seu quadro funcional, sendo 70,10% Técnicos Universitários e 29,90% Docentes bem como a discreta predominância de profissionais do sexo feminino em ambas as categorias profissionais.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos atendimentos realizados pela DASC em 2009 de acordo com a população assistida.

Tabela 2 – Distribuição dos atendimentos prestados pela DASC aos trabalhadores e alunos da UEL segundo o sexo. Londrina, 2009. (n=13.689)

Atendimentos DASC	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Alunos	2737	26,6	7534	73,4	10.271	100
Trabalhadores	1570	45,9	1848	54,1	3.418	100
Total	4307	31,5	9382	68,5	13.689	100

Observou-se pela Tabela 2 que em 2009 a DASC do campus da UEL realizou 13.689 atendimentos dos quais 75,03% foram destinado aos alunos e

24,9% aos trabalhadores. Destes, identificou-se que apenas 45,9% foram destinados aos trabalhadores do sexo masculino.

Corroborando com estes dados, estudo realizado na região sul do Brasil que comparou a procura por atendimentos ambulatoriais nos anos 1992 e 2007 tendo como população alvo indivíduos entre 20 e 69 anos de idade, o qual identificou o predomínio de atendimentos à mulheres nos dois períodos estudados (BASTOS, 2011).

Verifica-se que os homens buscaram pouco os serviços de saúde oferecidos pela DASC, tendo em vista que em 2009 a UEL contava com 2.571 trabalhadores do sexo masculino e realizou atendimento à apenas 1.570 atendimentos a esta população. Estes resultados vão de encontro com estudo que aponta que homens e mulheres têm concepções divergentes acerca da finalidade de serem inseridos nos serviços de saúde (BRAZ, 2005).

De acordo com Gomes et. al. (2011), a inserção dos homens nos serviços de saúde está muito mais ligada ao eixo do seu próprio tratamento, com foco em determinada doença e em suas sequelas, do que a um lugar de cuidado com a vida e a saúde, inclusive de terceiros.

Em uma sociedade democrática, que deve garantir a igualdade de oportunidades, evidencia-se que todas as pessoas devem ter direito ao acesso aos serviços de saúde para o reestabelecimento de sua condição fisiológica normal, entretanto sabe-se que a busca por esta porta de entrada difere-se segundo o gênero.

Enquanto o “sexo” masculino ou feminino constitui-se de uma formação biológica determinada pela genética, o que denomina “gênero” (homem ou mulher) é a construção social e cultural a partir das diferenças biológicas entre os sexos que varia historicamente por estar sujeita às mudanças por intervenções de políticas na ordem social, econômica, jurídica e política. Além disso, é importante assinalar que o gênero varia espacialmente (de uma cultura a outra), temporalmente (em uma mesma cultura há diferentes tempos históricos) e longitudinalmente (ao longo da vida de um indivíduo) (KORIN, 2001; LAURENTI, 2005).

No que tange as diferenças de gêneros, quanto à morbidade, mortalidade e expectativa de vida explicam-se principalmente, a partir de cinco fatores: especificidade biológico-genéticas de homens e mulheres; diferenças sociais e étnicas e desigualdades sociais; associação entre condutas e distintas

expectativas sociais de homens e mulheres; busca e uso de serviços de saúde por parte dos homens; cuidados de profissionais de saúde voltados para homens (GOMES, 2011).

Com relação ao serviço prestado pela DASC observou-se que sua organização segue o paradigma biologicista em que só se assiste ao indivíduo após ele ser considerado doente, isto é, não se levando em conta o complexo processo que envolve a sua saúde e a doença.

Ressalta-se que, por se tratar de um serviço de saúde estruturado no campus de uma Universidade a qual é co-responsável pela formação de recursos humanos da área da saúde tais como médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, e outros profissionais, infere-se que sua organização deveria ser gerenciada de forma a demonstrar um modelo de assistência à saúde tanto para os que procuram atendimento como para proporcionar o aprendizado prático aos discentes, isto é a DASC poderia constituir-se em um campo de estágio permanente para os alunos da área de saúde, bem como outras áreas que se fizessem necessária.

Fica desvelado que não há um planejamento conjunto entre os cursos da área de saúde e áreas afins para atendimento que vise à prevenção, promoção, recuperação e diminuição dos agravos à saúde dos trabalhadores e dos alunos da UEL.

Além disso, observou-se que embora a DASC seja um serviço de saúde inserido no campus de uma Universidade, local de trabalho de aproximadamente duas mil pessoas, não foram identificados projetos de ação que visassem eximir seus trabalhadores dos fatores de risco para as doenças não transmissíveis que acompanham a transição epidemiológica.

Salienta-se ainda que para realizar ações de caráter preventivo e de proteção à saúde de uma população inserida em uma Instituição, deve-se dispor de uma política de gestão maior, isto é política dos órgãos competentes e que esteja condicionada à gestão Institucional.

Diante disso, sugere-se aos gestores investimentos em pesquisas que permitam compreender melhor as relações entre o processo de adoecimento do servidor e suas interfaces com os diferentes processos de trabalho bem como em ações interligadas que promovam a saúde dessa população, previnam

aposentadorias precoces decorrentes de invalidez e que possibilitem ao servidor trabalhar sem necessariamente adoecer (CUNHA et al., 2009).

Embora não seja foco deste estudo, é válido ressaltar que a viabilização de medidas de reabilitação e reintegração do trabalhador ao seu ambiente laboral após um período de afastamento por motivos de doença constitui-se como medidas indispensáveis em uma gestão equânime.

A participação do principal sujeito desse processo, o trabalhador, torna-se imprescindível tanto na proposição das estratégias de intervenção em sua saúde quanto na implantação das ações delas decorrentes, visto que ressalta o seu direito e dever do autocuidado, cuidado com o outro e com o meio ambiente que o cerca (NASCIMENTO; MENDES, 2002).

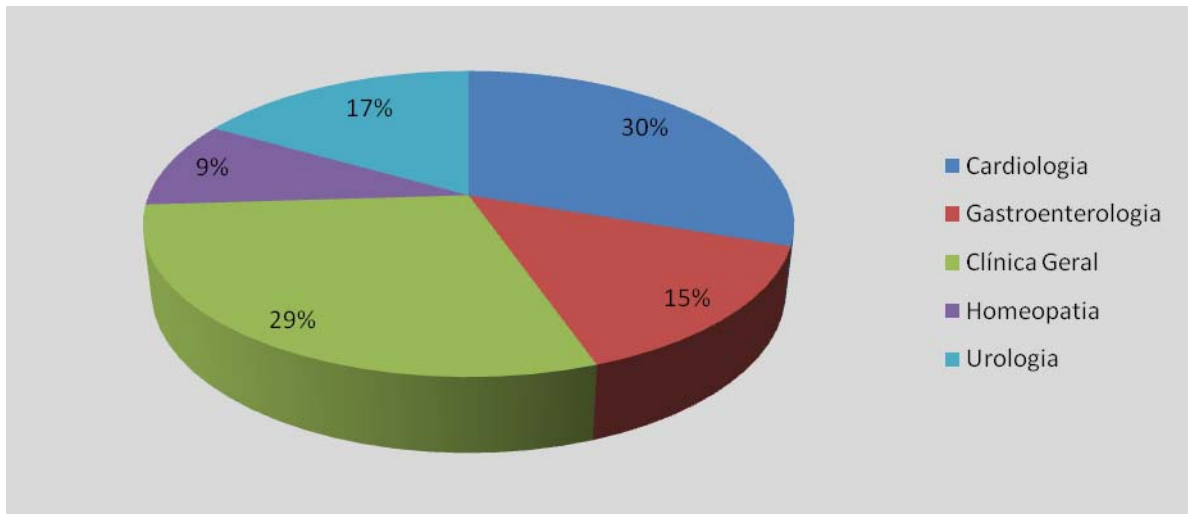
Do mesmo modo, a disponibilidade de recursos financeiros, materiais e humanos com capacitação técnica para atendimento aos usuários do serviço de saúde, sobretudo aos homens trabalhadores também são determinantes para um processo gerencial modelo.

Os homens em geral reportam que ter profissionais sensíveis às suas necessidades contribui para seu engajamento e sua adesão aos serviços. Observa-se que a equipe multiprofissional da DASC é composta predominantemente por mulheres sendo a maioria profissionais de enfermagem as quais tem como princípios fundamentais da profissão o comprometimento com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade (COFEN, 2007; GOMES, 2011).

No que tange ao horário de funcionamento a DASC realiza atendimentos até às 22 horas, o que está adequado na concepção de Braz (2005) ao apontar que um dos motivos que inviabilizaria o acessos dos homens aos serviços de saúde constitui-se no horário de funcionamento do mesmo, visto que dificilmente são encontrados postos de saúde abertos após às 17 horas.

A Figura 2 apresenta os atendimentos realizados pela DASC aos trabalhadores do sexo masculino em 2009 segundo as especialidades médicas.

Figura 2 – Distribuição dos atendimentos realizados pela DASC aos trabalhadores masculinos segundo a especialidade médica. Londrina, 2009. (n= 1570)



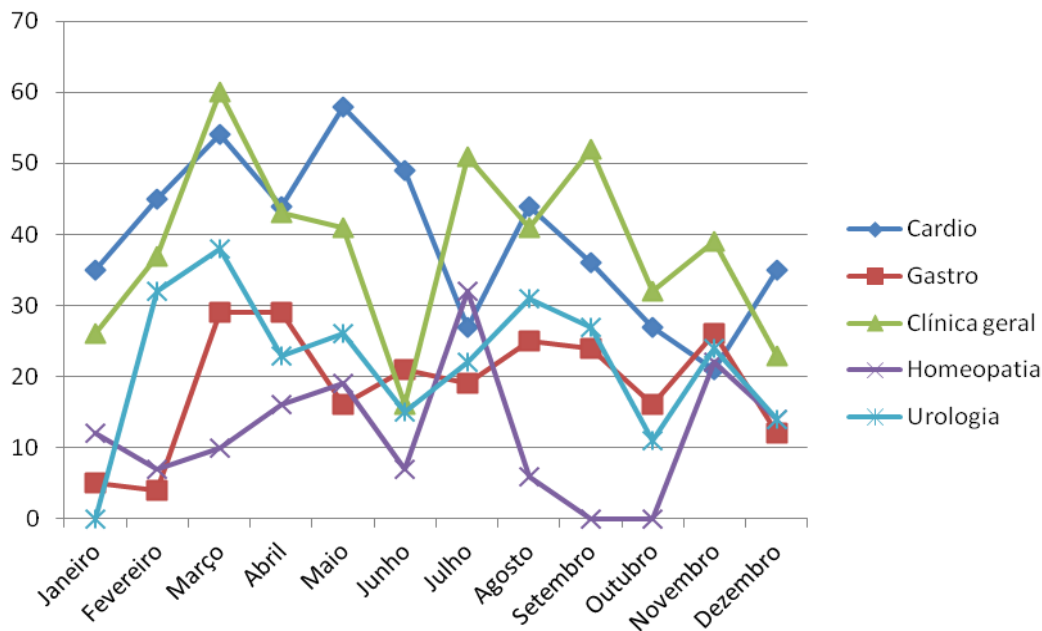
Verifica-se na Figura 2 que dos 1570 atendimentos prestados aos homens trabalhadores da UEL 30% foram realizadas por médicos da especialidade Cardiologia, 29% pela Clínica Geral, 17% pela Urologia, 15% pela Gastroenterologia e 9% pela Homeopatia.

Ressalta-se que embora exista a prestação de serviços por diferentes especialidades nesta Unidade da DASC, todos os profissionais médicos são contratados pela UEL com a função de Clínico Geral.

Assim, estes profissionais possuem escala de trabalho fixa semanalmente e a distribuição de consultas agendadas é feita conforme a queixa do paciente, objetivando a resolutividade do caso. Entretanto, em caso de atendimentos de emergência e urgência o médico plantonista é responsável pelo atendimento independente de sua especialidade.

O detalhamento da evolução dos atendimentos realizados pelas cinco especialidades da DASC aos trabalhadores do sexo masculino da UEL, em cada mês do ano 2009, foi apresentado na Figura 3.

Figura 3 – Distribuição dos atendimentos médicos realizados por cada especialidade médica da DASC segundo os meses do ano. Londrina, 2009. (n=1570)



Por meio da Figura 3 observa-se a quantidade maior de atendimentos da Cardiologia e da Clínica Geral em detrimento das demais especialidades. Destaca-se que durante o intervalo de tempo entre os meses maio e junho apenas a especialidade Gastroenterologia não apresentou uma tendência decrescente.

Identificou-se que todas as especialidades apresentaram aumento na quantidade de atendimentos no mês de março e diminuição no mês de outubro, entretanto não foi observado qualquer registro de realização de atividades que justificasse este fato. Ainda, salienta-se que durante os meses setembro e outubro não houve atendimentos da especialidade Homeopatia.

Discordando de estudo como de Oliveira et. al (2011) no qual não se observou relação entre os atendimentos e a sazonalidade, observa-se que nos meses de julho e agosto houve aumento de consultas da Clínica Geral e da Homeopatia sobretudo relacionadas aos problemas respiratórios.

De acordo com Farias e Buchalla (2005) torna-se cada vez mais importante para a área da saúde o conhecimento do que acontece com os pacientes após o diagnóstico, com o decorrer do tempo, principalmente em relação às doenças

crônicas. Assim, a Tabela 3 apresenta a distribuição dos atendimentos realizados por cada especialidade comparando-se as consultas e os retornos de consulta.

Tabela 3 – Distribuição do número de consultas e número de retornos de consultas realizados por cada especialidade da DASC. Londrina, 2009. (n= 1570)

Especialidade	Consultas		Retornos		Total de Atendimentos		Média mensal de atendimento
	n	%	n	%	n	%	
Cardiologia	381	80,2	94	19,8	475	100	39,6
Clínica geral	431	93,5	30	6,5	461	100	38,4
Urologia	182	69,2	81	30,8	263	100	21,9
Gastroenterologia	200	88,5	26	11,5	226	100	18,8
Homeopatia	123	84,8	22	15,2	145	100	12,1
Total	1317	83,9	253	16,1	1570	100	131

Os dados apresentados revelaram que em média 131 atendimentos foram realizados pela DASC mensalmente, ressalta-se que a média de atendimentos da especialidade Clínica Geral (38,4) é semelhante a média de atendimento da Cardiologia (39,6) embora esta segunda conte com apenas um profissional especialista enquanto a equipe da primeira seja composta por três profissionais.

Evidencia-se que apenas 30,8% dos atendimentos da especialidade Urologia referiam-se aos retornos de atendimentos, seguido por 19,8% da Cardiologia. Desta forma, infere-se que têm ocorrido poucos atendimentos visando o acompanhamento de doenças crônicas assim como prevenção secundária de outros agravos. Esta situação pode ser decorrente de diversos fatores, no entanto o serviço da DASC não tem identificado os casos com indicação de acompanhamento, tampouco realizado busca ativa dos mesmos e por consequência os motivos que os impediram de voltar para o novo atendimento não foram desvelados.

Assim sendo, percebe-se que este serviço necessita de um planejamento para controlar os casos de trabalhadores que deveriam ser acompanhados estabelecendo um plano de ação de atendimento multiprofissional a esses homens e desta forma poder acompanhar a evolução no que tange a sua doença, bem como estabelecer medidas que visem a prevenção, promoção e diminuição de agravos à saúde.

Como ferramenta deste processo sugere-se o desenvolvimento de infraestrutura informatizada a qual subsidiaria os gestores com informações sobre o perfil sócio demográfico da população, perfil de morbidade da demanda e acompanhamento dos casos de forma sistemática imprimindo maior especificidade no conhecimento das realidades locais, favorecendo a definição de prioridades na alocação de recursos humanos, materiais e financeiros (TOMASI, et. al, 2003).

Em relação ao objetivo específico de “*Caracterizar os trabalhadores do sexo masculino da UEL que foram assistidos pela DASC em 2009 com relação à: idade, cargo e tempo de atuação na Instituição*” os resultados são evidenciados na Tabela 4.

A população de homens atendidos pela DASC em 2009, com distinção de diferentes fases do ciclo de vida, foi delimitada em termos absolutos e percentuais, apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos trabalhadores masculinos atendidos pela DASC segundo a faixa etária. Londrina, 2009. (n=402)

Faixa Etária (anos)	n	%
23 a 30	19	4,7
31 a 40	60	14,9
41 a 50	123	30,6
51 a 60	146	36,3
61 a 70	54	13,4
Total	402	100

Observou-se o predomínio de profissionais com idades entre 51 a 60 anos (36,3%) seguidos da faixa etária entre 41 a 50 anos (30,6%) obtendo-se assim um tempo médio de aproximadamente 50 anos com desvio padrão de dez anos, sendo que mais de 50% dos trabalhadores apresentam idade inferior a 50 anos.

De forma semelhante, um estudo epidemiológico de base populacional realizado na região Sul do Brasil identificou que 72,3% dos homens que procuraram pelos serviços ambulatoriais de saúde tinham de 20 a 49 anos (BASTOS, 2011).

Tendo em vista que dados de identificação dos pacientes são informações essenciais para descrever o perfil epidemiológico de uma população, preocupa-nos o fato de que no presente estudo constatou-se em 26,9% (108) dos prontuários analisados a ausência de registros quanto às datas de admissões dos servidores.

Para que a caracterização da amostra não fosse prejudicada optou-se por descrevê-los na categoria tempo de atuação na UEL denominada “Desconhecido” conforme demonstrado a seguir na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos trabalhadores masculinos segundo o tempo de serviço na UEL. Londrina, 2009. (n=402)

Tempo de serviço	n	%
5a 10 anos	4	1
11 a 20 anos	149	37,1
21 a 30 anos	115	28,6
31 a 33 anos	26	6,5
Desconhecido	108	26,8
Total	402	100

Observou-se que o tempo mínimo de atuação na UEL foi de cinco anos e o máximo de 33 anos, tendo como média 20,79 anos e mediana 20 anos.

Verifica-se que o maior tempo de serviço está compreendido entre 11 a 22 anos correspondendo a 37,1%, seguido de 21 a 23 anos 28,6%, com 31 a 33 anos 6,5% e entre 5 a 10 anos 1%, obtendo-se assim um tempo médio de 21 anos aproximadamente com desvio padrão de sete anos, sendo que 50% dos trabalhadores apresentam tempo de trabalho inferior a 20 anos.

Reafirma-se que a falta de informações pode trazer prejuízos de toda natureza, pois registros escassos ou inadequados em prontuários podem comprometer inclusive a organização do serviço para absorção desta demanda.

Assim, é fundamental que a DASC realize capacitações com todos os seus funcionários com a finalidade de orienta-los sobre a importância de se preencher todos os dados que compõem o prontuário do indivíduo que passa por atendimento neste serviço.

Em uma parcela significativa dos prontuários (13%) não constava o cargo para qual o trabalhador havia sido contratado, assim optou-se por categorizá-los em uma quarta categoria denominada “Ignorado”, conforme demonstrado no Quadro 1.

O Quadro 1 apresenta a categorização dos cargos ocupados pelos trabalhadores de acordo com as funções por eles desempenhadas.

Quadro 1 – Distribuição das categorias dos cargos ocupados pelos trabalhadores masculinos da UEL e a correlação com as funções desempenhadas. Londrina, 2009. (n=402)

Categorias	Funções
Auxiliar operacional (61%)	Motorista, Vigia, Servente, Zelador, Auxiliar de serviços gerais, Técnico em manutenção, Auxiliar de produção agropecuária, Operador de equipamentos, Auxiliar de biblioteca, Auxiliar administrativo, Carpinteiro, Segurança, Pedreiro, Serralheiro, Assistente de agronomia, Porteiro, Operador de rádio, Encanador, Jardineiro, Auxiliar de reprografia, Almojarife, Técnico de assuntos universitários, Auxiliar em eletrônica, Operador gráfico, Contínuo
Técnico Administrativo (15%)	Técnico de informática, Técnico de radiologia, Técnico de laboratório, Técnico agrícola, Técnico de produção industrial, Escriturário, Técnico em odontologia, Técnico de agronomia, Técnico em projetos visuais, Técnico de enfermagem, Auxiliar administrativo, Desenhista projetista, Analista de informática, Atendente de veterinária, Locutor, Auxiliar de nutrição, Auxiliar de enfermagem, Topógrafo, Auxiliar de laboratório, Auxiliar de agropecuária
Docente (11%)	Biólogo, Odontólogo, Físico, Bioquímico
Ignorado (13%)	

A categorização dos trabalhadores em razão de seus cargos é importante visto que as distintas condições de jornadas de trabalho assim como a remuneração estão diretamente relacionadas à manutenção de alimentação adequada, exercícios físicos contínuos, boas condições de moradia e acesso aos serviços de saúde determinantes que podem causar impactos decisivos nos níveis de saúde (CUNHA, et al. 2009; SILVEIRA; GRISOTTI, 2011).

Por se tratar de um serviço público a inserção dos trabalhadores à Universidade Estadual de Londrina é realizada mediante aprovação prévia em concurso público ou de provas e títulos de acordo com a natureza e complexidade do cargo respeitando-se aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade e isonomia (BRASIL, 1998).

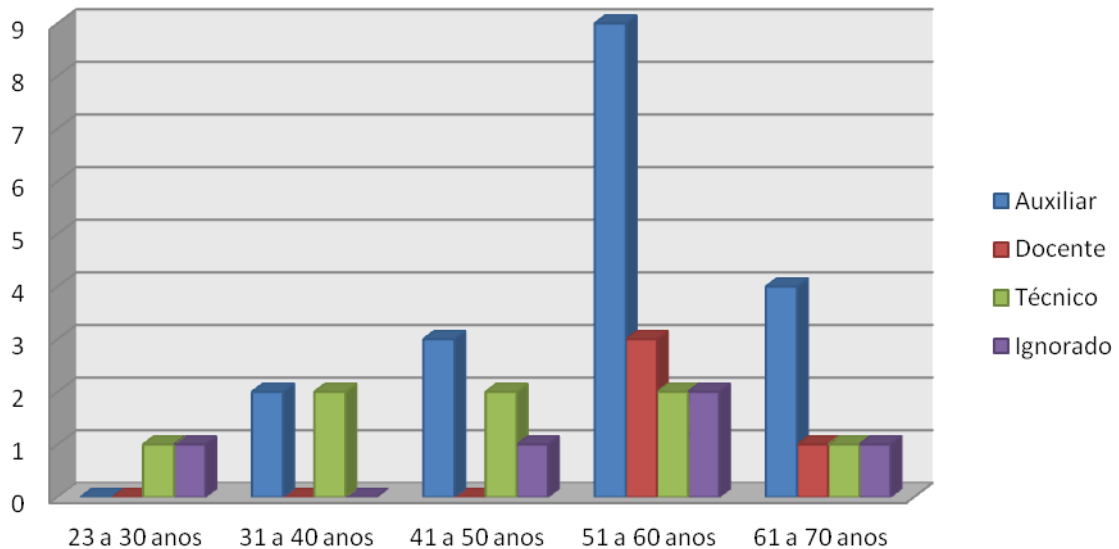
A partir do ano 2006 entrou em vigor a Lei 15.050 do Estado do Paraná que dispõe sobre as Carreiras do Pessoal Docente e Técnico-Administrativo das Instituições de Ensino Superior do Estado do Paraná; assim a Carreira do Pessoal Técnico Administrativo passou a denominar-se Carreira Técnica Universitária, integrada pelos atuais ocupantes de cargo público de provimento efetivo alocados nas Instituições Estaduais de Ensino Superior do Estado do Paraná – IEES (PARANÁ, 2006).

Segundo a mesma Lei a carreira Técnica Universitária é estruturada em três classes, com cada uma agrupando funções em série de classes, com as quantidades e exigências mínimas de escolaridade de ingresso de acordo com a classe ou série de classe e constitui-se de cargo único denominado Agente Universitário, composto por funções singulares e mutiocupacionais. Entende-se por “cargo” a unidade funcional básica de ação do agente universitário e “função” pelo conjunto de atribuições e tarefas de mesma natureza ocupacional e requisitos vinculados ao cargo.

Devido à diversidade de cargos e funções existentes na UEL optou-se por categorizar os trabalhadores segundo suas atividades e profissionalização necessária para o desempenho de suas funções. Assim, os Agentes Universitários e Docentes foram categorizados em três grandes grupos: “Docente” composto por profissionais de nível superior, capacitados para pesquisa, ensino e extensão, “Técnico Universitário” composto por pessoas que possuem ensino médio completo e cursos de profissionalização específicos na sua área de atuação e “Auxiliar Operacional” cuja função não é determinada segundo a profissionalização específica.

Sobre os atendimentos realizados por diversas especialidades com finalidade preventiva a Figura 4 descreve sua distribuição segundo a faixa etária e o cargo dos trabalhadores.

Figura 4 – Distribuição dos atendimentos realizados pela DASC aos trabalhadores masculinos com finalidade preventiva segundo o cargo e a idade. Londrina, 2009. (n= 35)



A Figura 4 possibilita identificar que os homens com menos de 50 anos têm procurado o serviço para a realização de exames preventivos com menor frequência que os demais possivelmente, pois apresentam-se mais saudáveis que os mais velhos e então não acham importante procurar a prevenção. Tais resultados são discordantes de estudo de Bastos et al. (2011) o qual evidenciou maior número de consultas com finalidade preventiva aos homens na faixa etária de 20 a 39 anos.

Segundo os mesmos autores, nos últimos quinze anos houve aumento significativo de consultas por motivos preventivos passando de 1,8% para 21,7% dos atendimentos realizados em uma cidade da região Sul do Brasil.

Por meio destes resultados acredita-se que as ações de prevenção e buscas ativas realizadas pelo serviço estejam sendo ineficientes, pois de acordo com as diretrizes da Política de Promoção da Saúde a atenção primária deve garantir a promoção da saúde e prevenção de agravos evitáveis às populações, sobretudo na população de adultos jovens (MS, 2008).

Este fato futuramente pode acarretar maiores custos para o SUS visto que possivelmente esta população adentrará ao sistema de saúde por meio da atenção especializada em consequência de agravos da morbidade pelo retardamento na busca de prevenção de seus adoecimentos.

Segundo Gomes et al. (2011) há uma exigência, socialmente construída, de que um homem deve ser forte desdobrando-se na figura de um homem que teme cuidar de sua saúde, acarretando frequentemente no adiamento de tratamentos preventivos. Este fato pode ser observado no presente estudo no qual se identificou que apenas 8,7% (35) dos atendimentos realizados durante o período visavam a realização de exames de rotina caracterizados como medidas de prevenção primária e secundária.

A prevenção primária consiste em medidas destinadas a promover uma saúde ideal com elementos protetores específicos tais como imunização, saneamento ambiental e proteção contra riscos ocupacionais visando à proteção específica da saúde em seu sentido convencional. Estas medidas ocorrem no período denominado pré-patogeneses e têm como objetivo a inibição do desenvolvimento de uma doença antes que ela ocorra (DEVER, 1988).

De acordo com o autor citado anteriormente, a prevenção secundária descreve-se no período de patogênese e consiste do diagnóstico precoce e tratamento imediato das doenças imediatamente após ser detectada. Medidas de rastreamento e exames preventivos periódicos são realizados visando a limitação de incapacidades prevenindo complicações ou sequelas adicionais.

Acredita-se que o uso desta abordagem é uma importante ferramenta para a administração dos serviços de saúde que deve ser incentivada, visto que se utiliza de princípios da epidemiologia para planejamento de ações estratégicas de intervenção no processo da doença.

Verifica-se que o contingente de trabalhadores caracterizados como Auxiliar Operacional é superior aos demais cargos, destaca-se a prevalência significativa de co-morbidades neste grupo em relação aos demais. Ressalta-se que devido à grande diversidade de co-morbidades encontradas na amostra, optou-se por categorizá-las em grandes grupos.

O Quadro 2 descreve a categorização das co-morbidades de acordo com as doenças prévias descritas nos prontuários as quais não necessariamente se caracterizavam como o principal motivo do atendimento estudado.

Quadro 2 – Categorização das co-morbidades de acordo com as doenças exclusivas ou associadas a outras doenças e/ou agravos previamente instaladas nos trabalhadores masculinos da UEL. Londrina, 2009.

Categorias de co-morbidades	Doenças exclusivas ou associadas a outras Doenças e/ou Agravos
Transtornos mentais e comportamentais	Ansiedade Transtorno Bipolar Depressão Esquizofrenia Distúrbio Mental Orgânico Síndrome do Pânico
Dislipidemia	Dislipidemia Dislipidemia + Ansiedade
Hipertensão Arterial (HA) + Transtornos Mentais e Comportamentais	HA+ Ansiedade HA + Depressão HA + Depressão + Dislipidemia HA + Labirintite + Ansiedade HA + Tabagismo + Etilismo
Hipertensão Arterial (HA) + Dislipidemia	HA + Dislipidemia HA + Dislipidemia + Etilismo HA + Dislipidemia + Tabagismo
Hipertensão Arterial (HA) + Diabetes Mellitus (DM) + Dislipidemia	HA+ DM + Dislipidemia HA+ DM + Obesidade
Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus
Hipertensão Arterial (HA) + Obesidade	HA + Obesidade
Outros	Arritmia Cardíaca Bronquite Doença de Chagas Convulsão Esteatose Hepática Próstata aumentada Etilismo Hepatopatia Crônica Ascite Gastrite + Nefrolitíase Gastrite + Pancreatite HA + Gastrite HA + HPB + Hepatopatia Hemorroida Hepatite B + Ansiedade HPB Labirintite Litíase urinária Obesidade Tabagismo Tabagismo + Etilismo Trauma

Acredita-se que para o desvelamento do processo de adoecimento dos trabalhadores é preciso ir além das relações de causa e efeito, presentes em algumas visões da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, por este motivo observa-se que a literatura científica voltada à saúde do servidor público tem se demonstrado escassa não refletindo a heterogeneidade dos trabalhadores (SILVEIRA; GRISOTTI, 2011).

A Tabela 6 apresenta a distribuição das co-morbidades identificadas com a finalidade de relacioná-las com os cargos ocupados pelos trabalhadores da UEL.

Tabela 6 – Distribuição das categorias de co-morbidades segundo o cargo ocupado pelos trabalhadores masculinos da UEL. Londrina, 2009.

Co-morbidades	Auxiliar Operacional	Docente	Ignorado	Técnico Administrativo	Total
	%	%	%	%	%
HA	15,3	1,8	2,9	5,9	25,9
Transtornos Mentais e Comportamentais	7,1	0,6	-	2,3	10,0
HA + Transtornos Mentais e Comportamentais	7,6	-	-	-	7,6
HA + DM	5,9	0,6	-	-	6,5
Ha + Dislipidemia	4,7	0,6	-	-	5,3
HA + DM + Doenças e/ou agravos	2,9	0,6	0,6	0,6	4,7
HA+ Obesidade	2,3	-	-	1,8	4,1
Dislipidemia	-	2,3	1,2	-	3,5
DM	-	-	1,2	-	1,2
Outros*	20,6	-	1,8	8,8	31,8
TOTAL	66,4	6,5	7,7	19,4	100

***Outros:** Arritmia Cardíaca, Bronquite, Doença de Chagas, Convulsão, Esteatose Hepática, Próstata aumentada, Etilismo, Hepatopatia Crônica, Ascite, Gastrite, Nefrolitíase, Pancreatite, Hipertrofia Prostática Benigna, Labirintite.

Expressivo número de 63,53% dos trabalhadores atendidos são portadores de co-morbidades sendo elas relacionadas à HA associada ou não a outras doenças (54,1%) e Transtornos Mentais e Comportamentais (10%). Infere-se que os Transtornos Mentais e Comportamentais podem não estar sendo revelado em sua totalidade tendo em vista que neste estudo foram identificados apenas os principais motivos de atendimentos.

Corroboram com estes dados estudos de Nascimento e Mendes (2002) que identificaram a HA como a doença instalada de maior prevalência nos

trabalhadores de um Centro de Saúde Escola, associada principalmente à obesidade, sobretudo nos homens e de Conceição et. al., (2006) o qual revelou a prevalência de HA em 45,9% dos servidores masculinos de uma Universidade Pública do Distrito Federal.

Sob o este enfoque, Ribeiro et. al., (2012) afirmam que no Brasil, assim como em outros países da América Latina, observou-se, nas últimas décadas, uma importante mudança no perfil de morbidade da população, no qual as Doenças Cardiovasculares e a HA destacaram-se com uma prevalência estimada de 35% na população acima de 40 anos.

Estudos de Andrade et al. (2008) e Cunha et al. (2009) chamam a atenção para o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas e seu impacto na saúde dos trabalhadores embora a sua ligação com o trabalho não seja tão evidente.

Devido a gama de Hipóteses de Diagnósticos encontrados nos prontuários analisados, optou-se por categorizá-los segundo os Capítulos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) conforme está apresentado o Quadro 3.

Quadro 3 – Categorização das Hipóteses de Diagnósticos encontrados segundo Capítulo e Grupos de Famílias de Doenças da CID- 10. Londrina 2009.

Capítulos	Grupos de Famílias de Doenças	Hipóteses de Diagnósticos
Capítulo I	Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	Herpes Zoster
Capítulo II	Neoplasias [tumores]	Gânglio cervical
Capítulo IV	Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	Dislipidemia, Distúrbios do metabolismo, Distúrbio metabólico não especificado, Diabetes Mellitus.
Capítulo V	Transtornos Mentais e Comportamentais	Transtorno Obsessivo Compulsivo, Transtorno de ansiedade, Lapso de memória, Ansiedade, Estresse, Desânimo, Síndrome do pânico, Episódio depressivo, Transtorno fóbico- ansioso não especificado, Etilismo, Insônia
Capítulo VI	Doenças do Sistema Nervoso	Cefaleia Crônica, Crise Convulsiva, Epilepsia, Labirintite, Vertigem, Desmaios.
Capítulo VII	Doenças do Olho e anexos	Blefarite, Prurido oftalmológico, Dor em olho, Hiperemia em olho, Conjuntivite, Hemorragia Conjuntiva, Transtorno da conjuntiva, Abscesso em olho.
Capítulo VIII	Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide	Zumbido no ouvido, Rolha de cerúmen
Capítulo IX	Doenças do Aparelho Circulatório	Trombose, Varizes, Hipertensão Arterial, Angina Pectoris, Dor no peito tipo queimação.
Capítulo X	Doenças do Aparelho Respiratório	Doença de Vias Aéreas Superiores, Pneumonia, Tosse, Nasofaringite, Bronquite, Infecção de Vias Aéreas Superiores, Influenza,

		Irritação de Garganta, Faringite, Rinite alérgica, Hiperemia de orofaringe, Estado gripal, Resfriado, Laringite, Dor de garganta, Coriza, Traqueobronquite
Capítulo XI	Doenças do Aparelho Digestivo	Amigdalite, Dor epigástrica, Língua manchada, Epigastralgia, Faringe-amigdalite, Diarreia, Gastrite, Esofagite, Esofagite erosiva, Vômitos, Gastroenterite, Hemorroida, Retite inespecífica, Doença do refluxo gastro esofágico, Cirrose
Capítulo XII	Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	<i>Rush</i> cutâneo generalizado, Verruga, Furunculose axilar, Escabiose, Escoriações, Dermatite de contato, Dermatomiase, Cisto sebáceo, Abscesso, Manchas pelo corpo
Capítulo XIII	Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo.	Dor muscular, Traumatismo superficial, Contusão, Dor em membro, Mialgia torácica, Dor articular, Luxação, Fratura, Dor no pescoço, Cervicalgia, Lombalgia, Transtorno de tecidos moles, Lesão em mão, Dor em ombro, Tendinite, Trauma torácico, Escoriação, Lombociatalgia, Entorse, Lumbago com ciático, Ciatalgia, Gota, Calcificação de tendão.
Capítulo XIV	Doenças do Aparelho Geniturinário	<i>Tineacuris</i> , Cálculo renal, Cistite, Hiperplasia Prostática Benigna (HPB), Prostatite, Citoprostatite, Litíase urinária, Cólica nefrética, Disúria, Transtorno não especificado de órgãos genitais masculinos, Ejaculação precoce, Varicocele de genitais, Infecção do Trato Urinário, Papiloma Vírus Humano (HPV), Cálculo de ureter, Cólica renal, Clamídia
Capítulo XIX	Lesões, Envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Acidente com animal peçonhento, Queimadura, Reação alérgica.

Sabe-se que a CID-10 foi conceituada para a padronização e catalogação das doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde e que se constitui em um instrumento útil para as estatísticas de saúde possibilitando o monitoramento das diferentes causas de morbidade e de mortalidade em indivíduos e populações (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Assim como o Quadro 3, a Tabela 7 atende ao objetivo específico de *“Identificar os principais Grupos de Famílias de Doenças que acometeram os trabalhadores do sexo masculino da UEL em 2009 segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)”*.

Tabela 7 – Distribuição dos atendimentos da DASC aos trabalhadores masculinos segundo os Grupos de Famílias de Doenças - CID-10. Londrina, 2009.(n=367)

Grupos de Famílias de Doenças	n	%
Doenças do Aparelho Respiratório	66	18,0
Doenças do Aparelho Circulatório	58	16,0
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	51	14,0
Doenças do Aparelho Geniturinário	45	12,3
Transtornos Mentais e Comportamentais	40	11,0
Doenças do Aparelho Digestivo	31	8,4
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	24	6,5
Doenças do Olho e anexos	14	3,8
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	12	3,3
Doenças do Sistema Nervoso	10	2,7
Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide	7	2,0
Lesões, Envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	6	1,6
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	0,5
Neoplasias [tumores]	1	0,3
Total	367	100

Identifica-se que cinco dos quatorze Grupos de Família de Doenças sobressaíram-se com relação à frequência de ocorrências. Observa-se que o Grupo das Doenças do Aparelho Respiratório corresponde 18% dos atendimentos seguido das Doenças do Aparelho Circulatório 16%, Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo 14%, Doenças do Aparelho Geniturinário 12,3% e Transtornos Mentais e Comportamentais 11%.

Para Gomes (2011) a análise da visibilidade de dados epidemiológicos sobre adoecimento e morte da população masculina tem sido empregada como estratégia discursiva para justificar políticas, definir prioridades e produzir sujeitos.

Por isso o interesse pelo conhecimento do perfil de saúde e de prevalência dos principais grupos de doenças que acometem determinada população tem sido cada vez maior nas últimas décadas, principalmente para estabelecer indicadores referenciais que podem subsidiar a tomada de decisões racionais visando a monitoração do nível de saúde e qualidade de vida dos indivíduos (OLIVEIRA, 2005).

Dados epidemiológicos apontam que os homens têm ocupado lugar de destaque quando se trata de incidência de homicídios, taxas de suicídio, morte por acidente, maiores índices de agravos gerados por abuso de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, entre outras situações de vulnerabilidade. Estes dados enfatizam que eles têm a menor expectativa de vida ao nascer e em idades superiores, em relação às mulheres (GOMES, 2011).

Entretanto, segundo o mesmo autor citado anteriormente, a publicação “Indicadores e Dados Básicos para a Saúde: IDB 2006 Brasil”, entre 1980 e 2005 demonstrou que a vida média dos homens passou de 59,7 para 68,4 anos, evidenciando que em vinte e cinco anos houve um ganho de aproximadamente dez anos na esperança de vida ao nascer dos homens.

Em resposta ao objetivo específico de “*Correlacionar os Grupos de Famílias de Doenças com a idade, o cargo ocupado e o tempo de atuação na Universidade*” apresenta-se os dados a seguir.

A Tabela 8 apresenta a distribuição dos atendimentos segundo os Grupos de Família de Doenças em 2009 com o intuito de correlaciona-los com o tempo de atuação na UEL dos trabalhadores assistidos.

Tabela 8 – Distribuição dos 367 atendimentos de cada Grupo de Família de Doenças segundo o tempo de atuação na UEL. Londrina, 2009.

Grupos de Famílias de Doenças	Anos de UEL (%)					Total
	5 a 10 anos	11 a 20 anos	21 a 30 anos	31 a 33 anos	Desconhecido	
do Aparelho Respiratório	-	7,1	4,9		5,9	17,9
do Aparelho Circulatório	-	7,1	5,9	0,8	1,9	15,7
do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	-	7,1	3,3		3,8	14,2
do Aparelho Genitourinário	-	3,3	3,8	0,8	3,8	11,7
Transtornos Mentais e Comportamentais	-	3,3	3,8	0,8	3,3	11,2
do Aparelho Digestivo	-	3,5	1,1	0,8	3,3	8,7
Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	-	1,9	1,9	0,8	1,1	5,7
da Pele e do Tecido Subcutâneo	-	1,1	1,1	-	2,2	4,4
do Olho e anexo	-	1,1	1,1	-	1,1	3,3
do Ouvido e da Apófise Mastóide	-	1,1	1,1	-	1,1	3,3
do Sistema Nervoso	-	1,9	-	-	-	1,9
Lesões, Envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	0,8	1,1	-	-	-	1,9
Infecciosas e Parasitárias	-	-	-	-	-	-
Total	0,8	39,6	28	4	27,5	100

Constatou-se pela Tabela 8 que o Grupo de Família de Doenças de Lesões, Envenenamento e algumas outras consequências de Causas Externas destacou-se entre os trabalhadores com 5 a 10 anos de atuação na UEL. Com relação aos trabalhadores com 11 a 20 anos de atuação observou-se a prevalência de atendimentos justificados pelas Doenças do Aparelho Respiratório, Circulatório e Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo.

Semelhantes dados apresentaram o grupo com 21 a 30 anos de atuação o qual teve como motivo de seus atendimentos as Doenças do Aparelho Circulatório, Respiratório e Genitourinário. Já o grupo com mais de 31 anos de prestação de serviços à UEL, apresentou maiores frequências em atendimentos devido a Doenças do Aparelho Genitourinário e Transtornos Mentais e Comportamentais.

Embora as Causas Externas apresentem uma alta incidência no perfil de morbi-mortalidade masculina, sobretudo nas faixas etárias mais jovens (dos 15 aos 29 anos) caracterizadas por eventos relacionados com transporte terrestre, agressões, lesões autoprovocadas intencionalmente e queda, no presente estudo não se observou qualquer registro a este respeito nos prontuários (RIPSA, 2007).

Acredita-se que as possíveis causas externas constituintes do Capítulo XIX da CID-10 possam ter sido compreendidas nos outros Grupos de Famílias de Doenças ressaltando-se a natureza das lesões. Recomenda-se que não somente o tipo da natureza da lesão, mas também os dados acerca de causa externa sejam registrados com maior rigor e frequência, visando melhor compreensão da cadeia de eventos relacionados ao trauma e suas consequências (GAWRYSZEWSKI et. al., 2004).

Com o mesmo objetivo de correlação a Tabela 9 apresenta a distribuição dos atendimentos segundo os Grupos de Famílias de Doenças segundo o cargo ocupado pelos trabalhadores da UEL.

Tabela 9 – Distribuição dos 367 atendimentos segundo os Grupos de Famílias de Doenças e o cargo ocupado pelos trabalhadores masculinos da UEL. Londrina, 2009. (n=367)

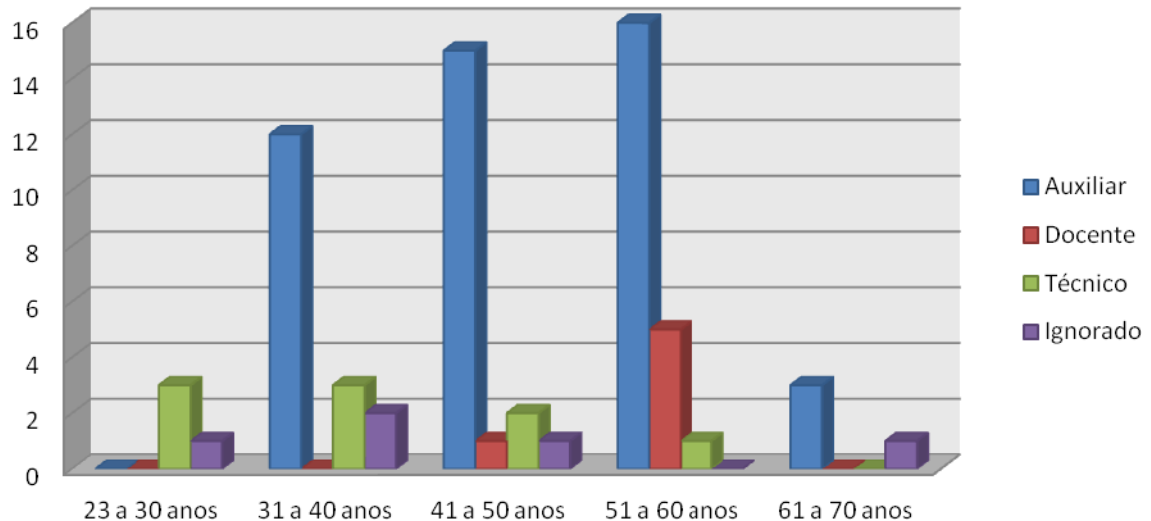
Grupos de Famílias de Doenças	Cargo									
	Auxiliar operacional		Docente		Técnico administrativo		Ignorado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
do Aparelho Respiratório	46	19,8	6	17,1	9	16,0	5	11,4	66	17,9
do Aparelho Circulatório	41	17,7	6	17,1	7	12,5	4	9,1	58	15,8
do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	39	16,8	3	8,6	3	5,4	6	13,6	51	13,9
do Aparelho Genitourinário	21	9,0	4	11,4	12	21,4	8	18,2	45	12,3
Transtornos Mentais e Comportamentais	26	11,2	4	11,4	9	16,0	1	2,3	40	10,9
do Aparelho Digestivo	14	6,0	4	11,4	6	10,7	7	15,9	31	8,4
Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	13	5,6	3	8,6	2	3,6	6	13,6	24	6,5
Outros*	32	13,8	5	14,3	8	14,3	7	15,9	52	14,2
Total	232	100	35	100	56	100	44	100	367	100

***Outros:** Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo, Doenças do Olho e anexo, Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide, Doenças do Sistema Nervoso, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Lesões, Envenenamento e algumas outras consequências de causas externas e Neoplasias.

Do total de 367 atendimentos realizados devido às Doenças, os Auxiliares Operacionais foram responsáveis por 63,2% (232) das consultas, seguidos por Técnicos Administrativos 15,2% (56). As categorias Ignorado e Docentes responderam por 11,9% (44) e 9,5% (35) dos atendimentos respectivamente. Salienta-se que estes valores já eram esperados em razão do contingente de Auxiliares Operacionais e Técnicos Administrativos predominantes entre os demais trabalhadores.

Visando a análise descritiva das Doenças do Aparelho Respiratório considerando a sua prevalência em detrimento dos demais Grupos, este foi analisado de acordo com o cargo ocupado e a faixa etária dos trabalhadores da UEL conforme demonstrado na Figura 5.

Figura 5 – Distribuição dos atendimentos realizados pela DASC motivados por Doenças do Aparelho Respiratório de acordo com o cargo ocupado e a faixa etária dos trabalhadores masculinos atendidos. Londrina 2009. (n= 66)



Os dados demonstraram que os Auxiliares Operacionais foram os mais acometidos por este Grupo de Família de Doenças, sobretudo entre as faixas etárias de 31 a 60 anos.

No que se refere aos dados sobre o adoecimento, as Doenças do Aparelho Respiratório foram a causa de atendimento mais frequente entre os homens de 23 a 50 anos, diferentemente dos dados encontrados no RIPSA (2007), em que se sobressaíram os adoecimentos devidos às Causas Externas e Doenças do Aparelho Digestivo

Acredita-se que o alto número de atendimentos devido às Doenças do Aparelho Respiratório possa ser justificado pela pandemia de Influenza A H1N1 ocorrida no ano 2009. O novo vírus influenza A que ocasionou casos de síndrome respiratória aguda associada à gripe, foi identificado primeiramente no México e nos Estados Unidos da América e rapidamente disseminou-se pelo mundo, atingindo a população brasileira chegando ao estado do Paraná/ Brasil em junho de 2009.

Em pouco tempo o Paraná tornou-se o estado com maior incidência e mortalidade por esta doença no Brasil. Estudo realizado por Duarte et al. (2009) identificou que neste estado houve internamento de 574 pacientes em Unidades de Terapia Intensiva em decorrência deste novo vírus, entre os quais 46,1% eram homens com idade mediana de 35 anos.

Para conhecimento do contexto geral dos Grupos de Família de Doenças que justificaram a realização de atendimentos da DASC, o Quadro 4 apresenta como os atendimentos distribuíram-se segundo as suas principais causas de acordo com a faixa etária.

Quadro 4 – Principais causas de atendimento na DASC aos trabalhadores masculinos segundo as faixas etárias, Londrina 2009.

Faixa etária	1ª causa	2ª causa	3ª causa	4ª causa	5ª causa
23 a 30 anos	Doenças do aparelho respiratório (23,5%)	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (17,6%)	Doenças do aparelho digestivo, Doenças do aparelho genitourinário e Doenças do olho e anexo (11,7 % cada)	Doenças da pele e do tecido subcutâneo, Doenças do aparelho circulatório, Doenças do ouvido e da apófise mastóide e Neoplasias (5,8% cada)	-
31 a 40 anos	Doenças do aparelho respiratório (30,3%)	Transtornos Mentais e Comportamentais (14,2%)	Doenças do aparelho digestivo (12,5%)	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (10,7%)	Doenças do aparelho circulatório (8,9%)
41 a 50 anos	Doenças do aparelho respiratório e Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (16,23% cada)	Doenças do aparelho genitourinário (13,6%)	Doenças do aparelho digestivo (11,9%)	Doenças do aparelho circulatório (10,2%)	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e Transtornos Mentais e Comportamentais (8,5% cada)
51 a 60 anos	Doenças do aparelho circulatório (20,7%)	Doenças do aparelho respiratório (16,9%)	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (15,3%)	Transtornos Mentais e Comportamentais (13%)	Doenças do aparelho genitourinário (9,2%)
61 a 70 anos	Doenças do aparelho circulatório (27,6%)	Doenças do aparelho genitourinário (25,5%)	Transtornos Mentais e Comportamentais (10,6%)	Doenças do aparelho respiratório e Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (8,5% cada)	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (6,3%)

Verifica-se pelo Quadro 4 que as Doenças do Aparelho Respiratório, embora apresentem uma alta incidência nas faixas etárias mais jovens (dos 25 aos 40 anos), são quantitativamente semelhantes às Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo na faixa etária dos 41 a 50 anos e são superadas pelas Doenças do Aparelho Circulatório a partir dos 51 anos.

Aproximadamente 14% dos atendimentos justificaram-se pela necessidade de tratar problemas do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo em indivíduos de qualquer idade, sobretudo em situações de emergência em decorrência de traumas, fraturas e crises agudas. Entretanto este serviço de atenção primária não dispõe de aparelhos de exames radiológicos para identificação imediata da dimensão do agravo tampouco existem em seu corpo clínico médicos especialistas em ortopedia e traumatologia.

De acordo com a Tabela 10 observa-se que em 15,6% (63) dos atendimentos deste serviço houve a necessidade de se encaminhar pacientes para alguma especialidade médica, para outros profissionais da saúde como psicólogos ou nutricionistas, para serviços de emergência ou serviços de referência de atenção primária.

A Tabela 10 demonstra os encaminhamentos que se fizeram necessários após a consulta médica na DASC de acordo com Grupos de Família de Doenças que motivaram os atendimentos.

Tabela 10 – Distribuição dos encaminhamentos decorrentes de atendimentos na DASC segundo os Grupos de Famílias de Doenças que motivaram os atendimentos. Londrina, 2009. (n=63)

Grupos de Famílias de Doenças	Encaminhamentos (%)					Total
	Especialidade médica	Nutrição	Pronto Socorro	Psicologia	UBS	
do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	14,4	-	9,5	-	-	24
do Aparelho Genitourinário	9,5	-	1,6	-	-	11,2
do Aparelho Respiratório	4,9	-	6,3	-	-	11,2
do Olho e Anexo	11,1	-	-	-	-	11,1
do Aparelho Circulatório	4,9	1,6	3,2	-	-	9,7
do Aparelho Digestivo	6,3	-	1,2	-	-	7,5
Transtornos Mentais e Comportamentais	6,3	-	-	1,6	-	7,9
da Pele e do Tecido Subcutâneo	6,3	-	-	-	-	6,3
Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	1,6	1,6	-	-	-	3,2
do Ouvido e da Apófise mastoide	-	-	-	-	1,6	1,6
do Sistema Nervoso	1,6	-	-	-	-	1,6
Infecciosas e Parasitárias	-	-	1,6	-	-	1,6
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	1,6	-	-	-	-	1,6
Neoplasias	1,6	-	-	-	-	1,6
Total	69,7	3,2	23,4	1,6	1,6	100

Nota-se que o Grupo de Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo foi responsável por 24% dos encaminhamentos, principalmente por motivos de traumas musculoesqueléticos em membros sendo necessário o encaminhamento dos pacientes para serviços de pronto atendimento.

Além deste grupo de doenças, as Doenças do Aparelho Respiratório destacaram-se considerando a necessidade de encaminhamento imediato ao Pronto Socorro, principalmente com o objetivo de realizar exames diagnósticos como a radiografia.

Os encaminhamentos referentes às Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo, Doenças do Aparelho Genitourinário e do Olho e anexos, juntas representam 57,5% dos encaminhamentos às especialidades médicas.

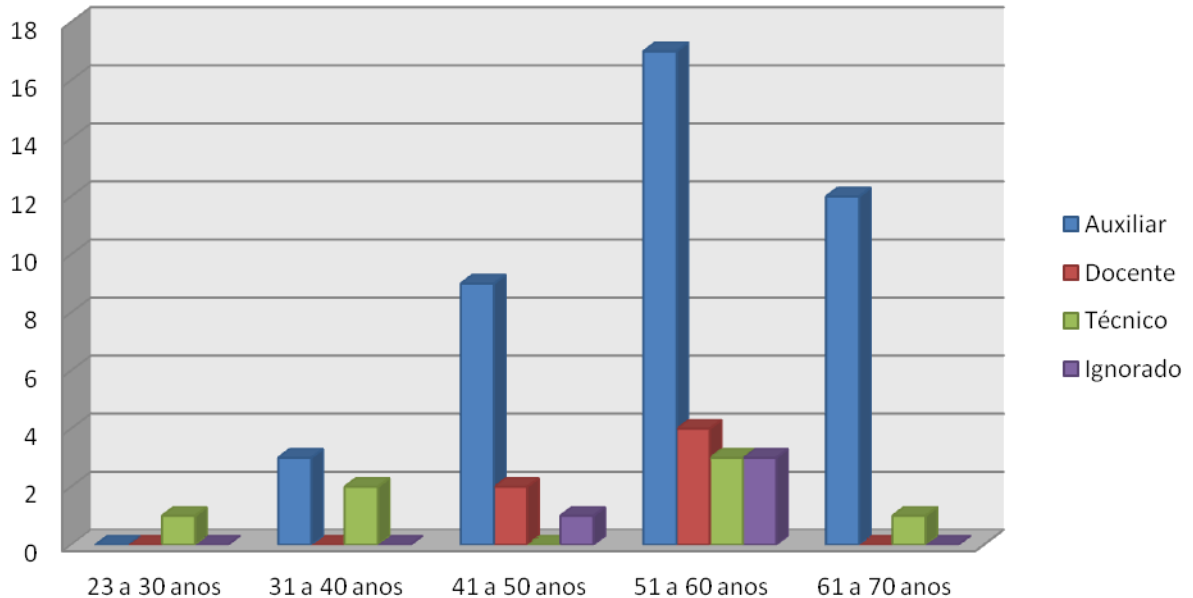
Destaca-se que não foram observados dados que comprovassem a efetividade do serviço de referência e contra-referência. Segundo a PNAISH a integralidade deve ser entendida na perspectiva de uma linha de cuidado que estabelece uma dinâmica eficiente de referência e contra-referência entre a atenção primária e as de média e alta complexidade, afim de que a continuidade no processo de atenção seja assegurado (MS, 2008).

Gomes et. al., (2011) destacam que estas dificuldades do funcionamento em rede, pouco resolutivo, que formam filas de espera e não asseguram a continuidade no processo de atenção contribuem para a evasão dos usuários do sistema.

Acredita-se que investimentos neste serviço relacionados aos recursos materiais e humanos, no que tange admissão de profissionais especializados, capacitação da equipe multiprofissional e disponibilização de equipamentos diagnósticos favoreceriam a prática do atendimento resolutivo assim como da prevenção secundária.

Além do Grupo das Doenças do Aparelho Respiratório observou-se a prevalência de outros quatro Grupos de Família de Doenças na população estudada. Visando a análise descritiva dos mesmos, cada grupo foi analisado de acordo com o cargo ocupado e a faixa etária dos trabalhadores da UEL conforme demonstrado nas Figuras 6 a 9, como segue.

Figura 6 – Distribuição dos atendimentos realizados pela DASC motivados por Doenças do Aparelho Circulatório de acordo com o cargo ocupado e a faixa etária dos trabalhadores masculinos atendidos. Londrina 2009. (n=58)



Como é possível observar na Figura 6 os trabalhadores masculinos têm procurado atendimento devido às Doenças do Aparelho Circulatório a partir dos 31 anos, com predominância de Auxiliares Operacionais na faixa etária de 41 a 70 anos. Identifica-se uma homogeneidade quanto à quantidade de atendimentos realizados aos Docentes, aos Técnicos Administrativos e aos trabalhadores categorizados como cargo Ignorado na faixa etária entre 51 e 60 anos.

As Doenças do Aparelho Circulatório têm prevalecido no perfil de morbi- mortalidade dos homens incluindo os trabalhadores. Este novo perfil pode ser apontado como resultante das mudanças ocorridas na organização do trabalho, tais como o surgimento da informática, automação, restrição hierárquica, enxugamento do efetivo e desemprego (CUNHA, 2009).

Observou-se que este Grupo de Família de Doenças sobressaiu-se como a primeira causa de atendimentos da DASC aos homens com 51 anos ou mais. Assim, adverte-se que muitos homens podem ter sido levados a procurar ajuda médica diante de quadros irreversíveis de adoecimento, por não terem lançado mão de ações de prevenção ou de tratamento precoce para as enfermidades.

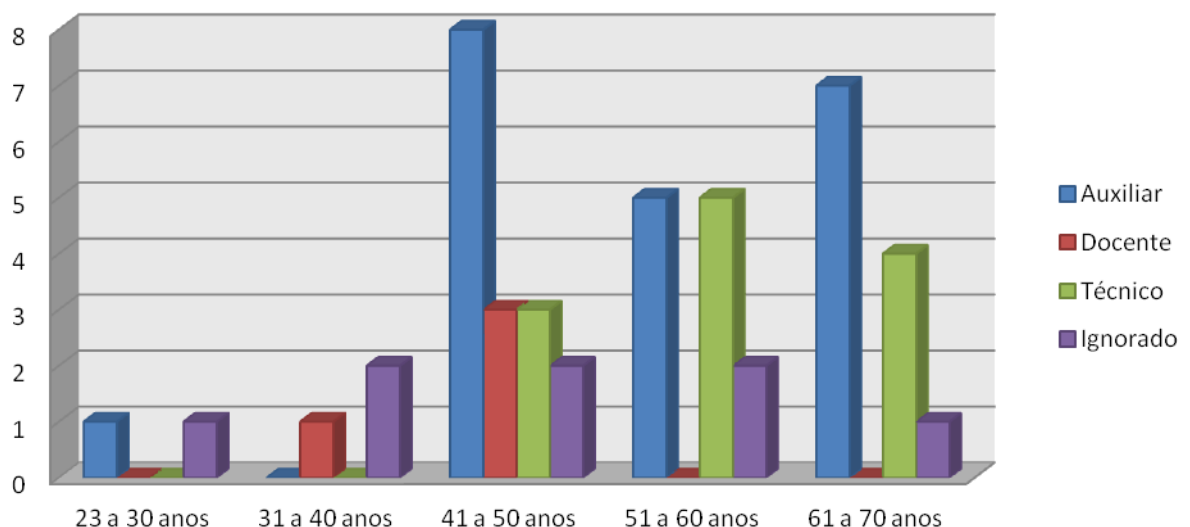
Estes dados corroboram com dados do MS (2008) os quais descrevem que o número de internações por este motivo aumentou de 12% para 13,2% entre os anos 2000 e 2007 na população masculina, dando destaque à HA a qual foi responsável por 18,7 % destas internações (MS, 2008).

Com relação à incidência de mortalidade, as Doenças do Aparelho Circulatório destacaram-se como a primeira causa de morte de homens com mais de 60 anos e a segunda maior causa de morte na população masculina de 25 a 59 anos perdendo apenas para as Causa Externas (MS, 2008).

Tendo em vista que no presente estudo as Doenças do Aparelho Circulatório foram observada entre as 5 (cinco) principais causas de atendimento na DASC entre os trabalhadores de 31 a 70 anos e que a HA apresenta-se também comorbidade em 47,1% da população estudada, é válido ressaltar o risco de afastamento do trabalho por este motivo.

Assim, sugere-se que os gestores considerem o impacto que programas de promoção de saúde com foco nas doenças cardiovasculares podem ter sobre a taxa de absenteísmo destes trabalhadores assim como a qualidade de vida dos mesmos.

Figura 7 – Distribuição dos atendimentos realizados pela DASC motivados por Doenças do Aparelho Genitourinário de acordo com o cargo ocupado e a faixa etária dos trabalhadores masculinos atendidos. Londrina 2009. (n=45)



A Figura 7 destaca os cargos distribuídos pela faixa etária, observa-se que os quatro cargos tem atendimentos somente na faixa etária de 41 a 50 anos

com prevalência do cargo de Auxiliar Operacional. Na faixa dos 51 a 60 anos identifica-se a prevalência semelhante entre os cargos Auxiliar Operacional e Técnicos Administrativos

As questões sexuais e reprodutivas, assim como em outras áreas, apresentaram baixa procura dos homens jovens pelos serviços de saúde. Estes dados vão de encontro com dados do MS (2007) segundo os quais 16,7 milhões de mulheres procuraram um ginecologista ao passo que apenas 2,7 milhões de homens se consultaram com um urologista (CARRARA, RUSSO E FARO, 2009).

Uma hipótese para este fato é que os serviços partem de uma lógica de atendimento voltada prioritariamente à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, à gravidez e à contracepção dispondo inclusive de profissionais especializados em ginecologia e obstetrícia para atendimento desta demanda.

Em contrapartida nota-se que nos mesmos serviços de atenção primária são escassos os profissionais que cuidam especificamente de problemas sexuais e reprodutivos dos homens. Assim, considera-se pertinente destacar as distintas definições entre as especialidades urologia e andrologia quanto à assistência à saúde dos homens.

Estudos de Carrara, Russo e Faro (2009) discorrem que a especialidade urologia diz respeito aos problemas do sistema urinário de homens e mulheres e a andrologia pode ser definida como a subespecialidade urológica que cuida do sistema reprodutor, da função sexual e da regulação de hormônios sexuais masculinos, sobretudo da infertilidade, das disfunções eréteis e da ejaculação precoce.

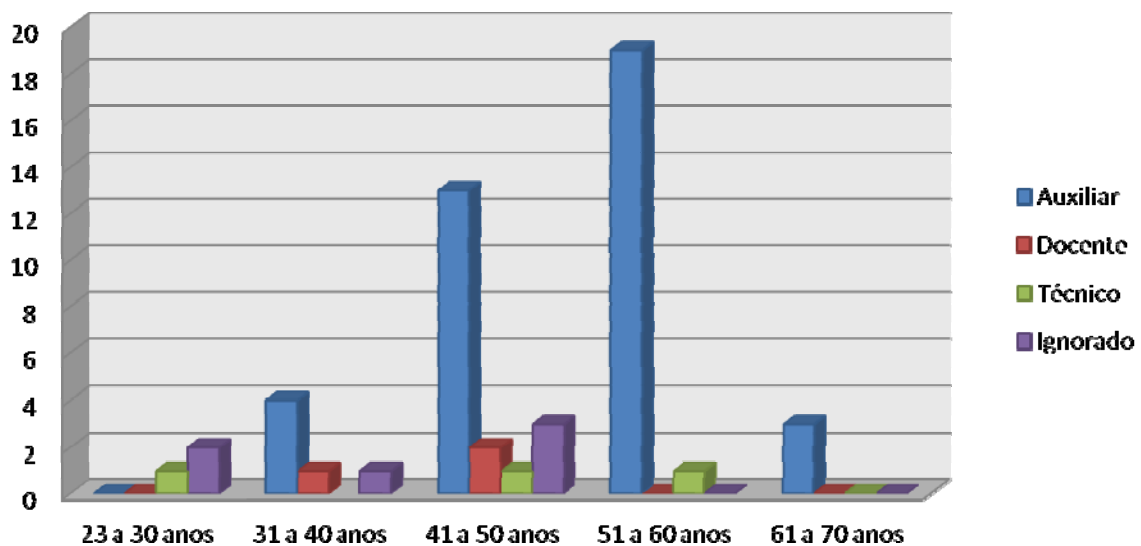
Ao se tratar desta temática, destaca-se que a situação é ainda menos conhecida quanto aos homossexuais. Inexistem informações nacionais sobre a vida sexual destes homens e acredita-se que provavelmente eles não levem aos serviços de saúde seus problemas e preocupações em torno de sua sexualidade e vida reprodutiva, devido ao preconceito e discriminação que habitualmente sofrem na sociedade (BRASIL, 2008b; GOMES, et. al., 2011).

Com relação à população com mais idade, a preocupação acerca da saúde prostática justificou a maioria dos atendimentos realizados pela especialidade urologia na DASC, sobretudo aos homens com mais de 41 anos. Sabe-se que a Hipertrofia Prostática Benigna (HPB) atinge a maioria da população masculina após

os 50 anos e produz diversos sintomas urinários com impacto bastante negativo sobre a qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2008a).

Para conhecimento dos atendimentos realizados pela DASC motivados por Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo a Figura 8 mostra como se distribuíram os atendimentos de acordo com o cargo ocupado e a faixa etária dos trabalhadores da UEL.

Figura 8 – Distribuição dos atendimentos realizados pela DASC motivados por Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo de acordo com o cargo ocupado e a faixa etária dos trabalhadores masculinos atendidos. Londrina 2009. (n=51)



A prevalência de homens que procuraram o serviço com queixas do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo foi de Auxiliar Operacional nas faixas etárias entre 41 a 60 anos. Destaca-se também a baixa procura por este motivo entre os profissionais Técnicos Administrativos com relação aos Docentes.

A partir do ano 2000 as Doenças do Sistema Osteomuscular passaram a representar o principal grupo de agravos à saúde, entre as doenças ocupacionais em nosso país (TRELHA, et. al., 2002).

Sabe-se que os sintomas osteomusculares relacionados ao trabalho atingem várias categorias profissionais e têm várias denominações, entre as quais lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) (PICOLOTO; SILVEIRA, 2008).

Na concepção de Picoloto e Silveira (2008) LER/ DORT são consideradas danos ao sistema osteomuscular decorrentes da utilização excessiva e da falta de tempo para recuperação. Em geral, são caracterizadas pela ocorrência de vários sintomas, concomitantes ou não, predominantemente nos membros superiores, tais como dor, parestesia, sensação de peso e fadiga.

Durante investigação realizada com trabalhadores de uma metalúrgica em uma cidade da região Sul do Brasil, com predomínio do sexo masculino a prevalência de algum tipo de sintoma osteomuscular como dor, desconforto ou dormência foi de 75,2% (PICOLOTO; SILVEIRA, 2008).

No estudo de Trelha, et. al (2002), realizado com trabalhadores de *checkout* de outra cidade da região Sul do Brasil, constatou-se que 73,2% da população estudada apresentaram algum sintomas osteomusculares nos últimos doze meses sendo que 21,3% resultaram em afastamento do trabalho.

Em pesquisa com professores universitários da cidade de Belo Horizonte os resultados apontaram que as doenças do Sistema Osteomuscular ocupou o terceiro lugar em dias de afastamento do trabalho, correspondendo a 11,5 % (GASPARINI, SANDHI E ASSUNÇÃO, 2005).

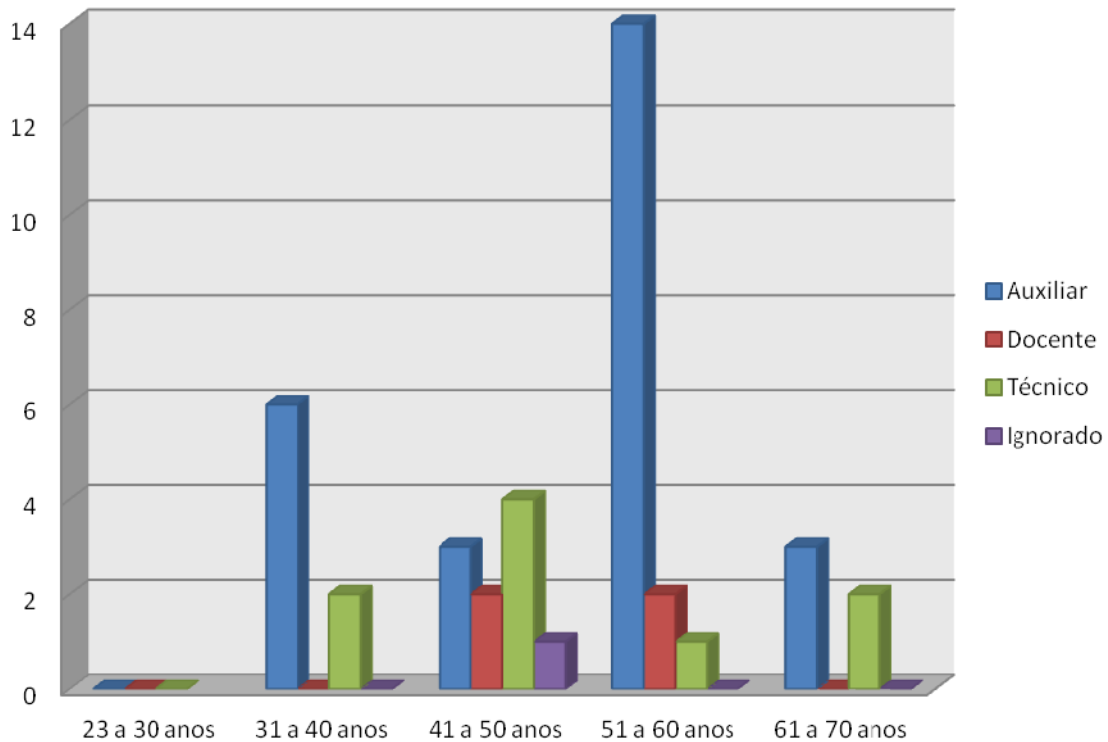
Em outro estudo realizado na Universidade de Federal de Mato do Grosso do Sul identificou-se a predominância de professores do sexo masculino correspondendo a 61,5%, cujas queixas foram associadas à doenças físicas e relacionadas diretamente com problemas músculo-esquelético tais como LER, tendinite e dores nas costas, foram responsáveis por 21% das doenças que acometeram esses docentes (LIMA; LIMA-FILHO, 2009)

Branco, et. al. (2011) complementam que a alta prevalência de sintomas osteomusculares, as condições ergonômicas insatisfatórias e o grande número de profissionais que desempenham alguma atividade além da docência podem contribuir para a incapacidade de realizar algum tipo de suas atividades normais podendo estar associado a inúmeros fatores ocorridos dentro e fora da escola.

As informações quantitativas acerca das Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo prevalentes nesta população abrem várias possibilidades de atuação tanto no planejamento dos serviços e alocação de recursos, quanto na própria avaliação da assistência médica prestada.

De acordo com Picoloto e Silveira (2008) a prevenção de sintomas osteomusculares em trabalhadores trata-se de uma tarefa interdisciplinar cuja área preventiva encontra-se em pleno crescimento dentro dos programas de saúde, inclusive, dentro das empresas, com o objetivo de melhorar da qualidade de vida dos trabalhadores e a diminuição dos custos, principalmente com os afastamentos dos funcionários.

Figura 9 – Distribuição dos atendimentos realizados pela DASC motivados por Transtornos Mentais e Comportamentais de acordo com o cargo ocupado e a faixa etária dos trabalhadores masculinos atendidos. Londrina 2009. (n=40)



Tendo em vista que os Transtornos Mentais e Comportamentais foram identificados como a quinta maior causa de atendimentos, destaca-se que os Auxiliares Operacionais com idade entre 51 e 60 anos foram os profissionais que mais procuraram o serviço por este motivo seguido pelos de idade entre 31 a 40 anos.

Além disso, os resultados deste estudo confirmam a alta prevalência do agravo na população estudada visto que este Grupo de Família de Doenças esteve presente entre as 5 (cinco) principais causas de atendimento na DASC entre os trabalhadores com idades entre 31 a 70 anos.

Dados semelhantes foram identificados no levantamento realizado pelo MS o qual demonstrou que os Transtornos Mentais foram a quinta principal causa de internação hospitalar de homens no SUS em 2005 (RIPSA, 2007).

De acordo com a OMS no ano 2020 a depressão predominará entre principais causas de incapacidade no mundo, apenas perdendo para as doenças isquêmicas do coração (OMS, 2001). Assim, Andrade et.al. (2008) advertem que 81,6% dos Transtornos Mentais identificados em profissionais correspondem a problemas depressivos-ansiosos os quais frequentemente estão relacionados aos ambientes de trabalho.

Estudo de Robazzi, et al. (2010) ressalta que alterações na saúde física e mental dos trabalhadores podem ser identificadas em decorrência do estresse desencadeado no ambiente laboral ocasionando implicações no processo de trabalho tais como problemas de relacionamento interpessoal, absenteísmo, acidentes, insatisfação com o trabalho e morte.

Assim sendo, é imprescindível que a DASC busque planejamento para atender os trabalhadores nesta especialidade a curto, médio e a longo prazo.

Com relação aos dois últimos Grupos de Famílias de Doenças apresentados, (Figuras 8 e 9) é importante ressaltar a sua relação com questões decorrentes do processo de trabalho, ao tipo de trabalho realizado e ao ambiente laboral.

Estudos apontam que a organização do labor tem atuado na gênese da fadiga física e do sofrimento mental, associados às jornadas de trabalho prolongadas, trabalhos em turno, especialmente noturno, aos ritmos acelerados de produção, à divisão e à padronização de tarefas, com subutilização da competência técnica e da criatividade, à rigidez hierárquica, ao não reconhecimento e à pressão hierárquica que desencadeiam o desgaste do trabalhador (MOURA et al., 2007; MARTINS, 2008).

Com o crescimento da população idosa no Brasil, torna-se imprescindíveis reflexões acerca do significado do envelhecimento e velhice, sobretudo na população de trabalhadores tendo em vista que a ausência do trabalho pode ser substancialmente responsável pela redução da qualidade de vida desta população (SOUZA et. al.; 2010).

Além disso, Freitas Queiroz e Sousa (2010) ressaltam que os serviços de saúde devem se qualificar para prestar atendimento adequado aos

indivíduos compreendo as modificações de ordem biológicas, psíquicas, cognitivas e sociais decorrentes do envelhecimento.

Em resposta ao objetivo específico de “*Identificar os encaminhamentos decorrentes da procura pelo cuidado*”, revelou-se que os eventos foram mais frequentes nos grupos de profissionais na faixa etária de 41 a 50 anos (35,5%), com tempo de serviço de 11 a 20 anos (50,8%) e em Auxiliares Operacionais (66,1%). Além disso, observou-se que 50% dos afastamentos foram de no máximo dois dias.

A Tabela 11 mostra como se distribuíram os atestados médicos recebidos pelos trabalhadores considerando os dias de afastamento do trabalho e o cargo ocupado pelos profissionais.

Tabela 11 – Distribuição dos atestados médicos dispensados pela DASC segundo os dias de afastamento e o cargo dos trabalhadores que os obtiveram. Londrina, 2009. (n= 59)

Dias de afastamento	Cargo (%)				Total
	Auxiliar Operacional	Docente	Ignorado	Técnico Administrativo	
1	18,3	-	5,1	10,1	33,5
2	21,7	1,8	5,1	1,8	30,4
3	12,9	1,8	5,1	1,8	19,8
5	4,3	-	-	-	4,3
6	5,1	-	-	-	5,1
7	5,1	1,8	-	-	6,9
Total	67,4	3,6	15,3	13,7	100

O evento teve maior frequência no grupo de Auxiliares Operacionais que se afastaram do trabalho durante um dia (18,3%), dois dias (21,7%) e três dias (12,9%), seguidos pelo grupo de Técnicos Administrativos com afastamento de um dia (10,1%).

Estudo sobre o perfil de morbi-mortalidade dos trabalhadores são insuficientes para se conhecer adequadamente as características dessa população em relação ao processo saúde-doença-trabalho, sobretudo quando se trata de servidores públicos uma vez que inexistem dados consolidados especificamente sobre a saúde desta população (CUNHA et. al., 2009).

Identificou-se que entre os 402 atendimentos estudados, 14,7% (59) resultaram em afastamento, totalizando 148 dias de ausência ao trabalho. Acredita-

se que a magnitude do problema deve ser dimensionada a partir dos prejuízos que tais afastamentos representaram para a administração, seja de ordem quantitativa ou qualitativa.

As faltas crônicas ao trabalho podem gerar perdas de produtividade importantes para as instituições resultando em aumento nos custos de produção e sobrecarga de trabalho aos demais membros da equipe (ANDRADE et. al., 2008).

Observou-se que os percentuais elevados de licenças médicas (afastamentos do trabalho) concentraram-se nas categorias abaixo do nível médio de formação educacional, confirmando que os grupos mais qualificados, que possuem em geral o 3º grau, apresentam menores índices de absenteísmo corroborando com dados encontrados na pesquisa de Guimarães (2005) e Picoloto e Silveira (2008).

A Tabela 12 apresenta a distribuição dos dias de afastamentos segundo os Grupos de Famílias de Doenças em razão dos atestados médicos recebidos pelos trabalhadores.

Tabela 12 – Distribuição dos dias de afastamentos dos trabalhadores masculinos segundo os Grupos de Famílias de Doenças. Londrina, 2009.

Grupos de Famílias de Doenças	Dias de afastamento (%)						Total
	1	2	3	5	6	7	
do aparelho respiratório	7,7	12,8	10,3	5,1	7,7	7,7	51,3
do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	7,7	12,8	2,6	-	-	-	23,1
do aparelho digestivo	2,6	5,1	-	-	-	-	7,7
do aparelho circulatório	5,1	-	-	-	-	-	5,1
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	-	2,6	2,6	-	-	-	5,2
do olho e anexo	-	-	2,6	-	-	-	2,6
do sistema nervoso	2,6	-	-	-	-	-	2,6
Transtornos Mentais e Comportamentais	2,6	-	-	-	-	-	2,6
Total	28,3	33,3	18,1	5,1	7,7	7,7	100

A distribuição dos afastamentos segundo os capítulos da CID 10, descrita na Tabela 12, revelou que os principais motivos foram Doenças do Aparelho Respiratório (51,3%) e Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (23,1%), dos quais 68,9% e 90% respectivamente foram recebidos por auxiliares ocupacionais.

Verificou-se que a principal causa de afastamento foi representada por Doenças do Aparelho Respiratório corroborando com estudos de Andrade et. al. (2008) e discordando de Guimarães (2005) e Moura (2007) que consideram as Doenças Osteomusculares e do Tecido Conjuntivo e por Causas Externas como as principais causas de afastamento do trabalho por motivo de doenças.

Diferentemente desta pesquisa, estudo de Gasparini, Barreto e Assunção (2005) realizado com docentes de escolas públicas revelou que os Transtornos Mentais e Comportamentais ocuparam o primeiro lugar entre os diagnósticos que provocaram afastamentos (15%), seguidos de Doenças do Aparelho Respiratório (12%) e em terceiro lugar, as Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (11%).

Corroborando com os dados identificados, estudos de Picoloto e Silveira (2008) identificaram que o afastamento relacionado aos sintomas osteomusculares tiveram associação com a escolaridade observando maior afastamento em relação aos trabalhadores com menor escolaridade. Ressalta-se que esses trabalhadores, em geral, desempenham funções que exigem um maior esforço físico e, em alguns casos, alta repetitividade.

O Estatuto do Servidor Público do Paraná prevê que quando o motivo da doença exigir mais de três dias de falta ao trabalho no mesmo mês, ininterruptos ou não, o servidor deve dirigir-se ao serviço pericial para que seu estado de saúde seja reavaliado e então determinado o seu retorno ao trabalho ou mantido o afastamento (PARANÁ, 1970).

Ressalta-se que em nenhum dos prontuários analisados cujo atendimento resultou em afastamento do trabalho por tempo superior a três dias constava algum tipo de registro do serviço pericial realizado, o que nos sugere falhas de comunicações entre os diversos serviços de saúde que atendem o mesmo trabalhador.

Diante dos dados, salienta-se a necessidade de investigações epidemiológicas da relação causal de tais eventos com o trabalho para que

possivelmente sejam determinadas mudanças na organização do trabalho, introdução de novas tecnologias, melhoria dos ambientes de trabalho e redução de riscos ocupacionais objetivando a mudança no perfil epidemiológico desta população.

Com o intuito de *“Identificar as ações de enfermagem realizadas com esses trabalhadores”* conforme objetivo específico desta pesquisa apresenta-se a discussão a seguir.

Sabe-se que a forma de entender e praticar o cuidado acompanhou a evolução dos serviços de saúde e foram determinantes no desenvolvimento da enfermagem como prática social, científica e profissional desde a era da Industrialização até os dias atuais.

Segundo Nascimento et. al., (2008) a enfermagem tem sido reconhecida como uma profissão articuladora e integradora dos diferentes saberes e vem acompanhando profundas e importantes mudanças nas relações sociais e políticas, no campo tecnológico, nas relações interpessoais e principalmente na maneira de organizar os serviços e responder às novas demandas gerenciais e científicas.

Como instrumento técnico-científico para o direcionamento visando a organização do cuidado, a enfermagem dispõe da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a qual proporciona maior autonomia e respaldo para o enfermeiro, assegura a qualidade e a continuidade da assistência e atua como um canal de comunicação multiprofissional.

Corroborando com este pensamento estudos de Westphalen e Carraro (2001) ressaltam que os registros formais da assistência, desenvolvidos de maneira sistematizada e otimizada, proporcionam visibilidade e garantem a continuidade do cuidado de forma segura, integrada e qualificada.

Durante a análise dos prontuários identificou-se que o serviço dispõe de instrumentos para formalização da SAE realizada tanto na pré quanto na pós consulta onde foram localizados campos apropriados para descrição dos sinais vitais, sintomas, queixas do paciente, descrição do cuidado prestado e orientações gerais.

Entretanto foi possível observar alguns exemplos de registros inadequados contidos nos documentos próprios da enfermagem tais como campos com informações incompletos ou em branco, diagnóstico médico descrito por

profissionais de enfermagem, inexistência de registros de orientações realizadas na pós consulta.

Além disso, identificou-se que as ações de enfermagem voltadas a estes trabalhadores limitaram-se em verificação de sinais vitais, levantamento de queixas e execução de técnicas de administração de medicamentos; assim acredita-se que seja necessário o desenvolvimento de ações de educação continuada de modo a motivar o trabalhador a desenvolver seu trabalho com qualidade concomitantemente a revisão do desenvolvimento de ações de enfermagem quanto à saúde dos trabalhadores que procuram ou não o serviço de saúde.

Acredita-se que um estilo gerencial participativo que valoriza o potencial das pessoas e investe em sua capacitação e socializa o saber são imprescindíveis para uma gestão de qualidade (KURCGANT; TRONCHIN; MELLEIRO, 2006).

Nesta mesma vertente de pensamento Cunha (2011) afirma que como gerentes da assistência de enfermagem, os enfermeiros são os profissionais que devem estar preparados para assumir a busca por novos modelos gerenciais e assistenciais para romper com os modelos tradicionais centrados nos controles, e não nas pessoas.

Assim, faz-se necessário que serviço realize um diagnóstico do trabalho da equipe de enfermagem que permita inclusive o desvelamento da atuação do enfermeiro a qual nem sempre está direcionada ao atendimento das necessidades do cliente, e sim à realização de ações não inerentes à enfermagem, priorizando funções de outros profissionais em detrimento das suas.

Reforça-seque além de competências gerenciais, como liderança, flexibilidade e pró atividade, o enfermeiro gerente da assistência de enfermagem deve ter o domínio das modernas ferramentas de gestão a fim de delinear efetivos modelos de organização do trabalho e promover a gestão do cuidado com qualidade e com segurança ao cliente (CUNHA, 2011).

6 CONCLUSÕES

Ao tecer algumas conclusões retoma-se aos questionamentos iniciais com os quais se procurou entender quem foram os trabalhadores masculinos da UEL atendidos pela DASC em 2009 e de que forma estes atendimentos foram realizados.

Observou-se o predomínio de trabalhadores na faixa etária dos 51 a 60 anos (36,31%), categorizados como Auxiliar Operacional (61%), com tempo de atuação na UEL de 11 a 20 anos (37,07%).

Identificou-se que o perfil epidemiológico dos trabalhadores masculino está relacionado ao Grupo das Doenças do Aparelho Respiratório, do Aparelho Circulatório, do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo, Doenças do Aparelho Geniturinário e Transtornos Mentais e Comportamentais.

Com relação às atividades de enfermagem detectou-se apenas a realização de técnicas básicas como verificação de sinais vitais e administração de medicamentos. Além disso, não foram observados planejamento e desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde desta população.

Destaca-se que apesar das limitações deste trabalho devido à possibilidade dos trabalhadores poderem optar em ser assistidos em outros serviços de saúde que não a DASC bem como os trabalhadores que realizaram o retorno de consultas em outros serviços, considera-se que este estudo permitiu identificar que o perfil epidemiológico da saúde da população masculina de trabalhadores da UEL segue as tendências apresentadas na literatura.

Por se tratar de um estudo descritivo inédito na UEL espera-se que as informações contidas neste levantamento sejam incorporadas na construção de políticas institucionais que visem tanto à promoção, acolhimento e prevenção em saúde de forma inclusiva e sensível a complexidade dos homens trabalhadores alocados atualmente na Instituição quanto à saúde dos futuros servidores da Universidade.

Além disso, acredita-se que os resultados deste estudo contribuem para o avanço do conhecimento multidisciplinar da Saúde do Trabalhador e fornecem subsídios à área da Enfermagem para o planejamento de suas ações.

A elaboração do presente estudo permite-nos efetuar algumas sugestões nas seguintes áreas, como segue:

Institucional:

- Aumentar as discussões e reflexões institucionais sobre a promoção de saúde dos trabalhadores em geral com o intuito de se desencadear uma mobilização política para planejar e implementar um atendimento de qualidade á saúde dos trabalhadores;
- Propor novas abordagens direcionadas à conscientização sobre a importância do autocuidado aos seus trabalhadores, incluindo os trabalhadores em fase de pré-aposentadoria e os próprios profissionais da saúde considerando o processo de envelhecimento eminente da população.
- Implantar programas de promoção de saúde que possam atender aos interesses e necessidades dos trabalhadores da UEL.
- Realizar discussões e reflexões com a participação dos trabalhadores com o escopo de melhorar as condições laborais;
- Investir em um sistema de informação para este serviço com o intuito de organizar os dados sistematicamente com foco na qualidade das informações que proporcionaria análise objetiva da situação epidemiológica do serviço e a determinação das atividades de intervenção.

Gerencial:

- Estimular a discussão junto aos enfermeiros do serviço sobre as ações de busca ativa aos trabalhadores que deveriam ter retornado à reconsulta bem como aos trabalhadores que não buscaram atendimento na DASC.
- Dispor de Sistemas de Informação em Saúde composto por perfil sócio demográfico e epidemiológico que proporcionariam embasamento para análise situacional dos determinantes de saúde da população assistida e para a tomada de decisão quanto às intervenções necessárias.

- Padronizar relatórios de atividades executadas por todas as categorias profissionais de forma coesa, objetiva e eficiente os quais agregariam informações fidedignas e precisas.
- Investir na conscientização e capacitação dos profissionais envolvidos na sistematização da informação destacando a importância de se registrar e quantificar os dados de forma fidedigna, objetiva e estratégica, sobretudo em relação às anotações em prontuários;
- Readequar o local de arquivo dos prontuários em espaço amplo, com adequada ventilação visando a proteção dos documentos e a saúde dos trabalhadores os quais mantem contato diário com os mesmos;
- Providenciar levantamentos sistematizados quanto aos recursos humanos, físicos e materiais disponíveis e almejados para a otimização do processo de trabalho deste serviço de saúde;

Acadêmica:

- Avaliar e implementar a DASC como campo de estágio curricular e ou extracurricular para os cursos de graduação nas áreas da saúde;
- Discutir o aprimoramento de ementas referentes à Saúde do Trabalhador no currículo de graduação e pós-graduação nas áreas da saúde e em especial a enfermagem;

Pesquisa:

- Realizar novos estudos que possam aprofundar questões levantadas nesta pesquisa e assim dar continuidade ao processo de desvelamento da situação da Saúde dos Trabalhadores alocados na Universidade bem como da possível relação de causa e efeito entre o perfil epidemiológico da população e as atividades laborais realizados por estes profissionais.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J. S.; VIEIRA M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n.3, p.261-265,2005.
- ANDRADE, T. B.; et al.Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 18, n. 4, p. 166-171, out./dez. 2008
- BACKES, D. S. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 903-910. 2009
- BARKER, D. F. J. P.; HALL, A. J. **Introdução à epidemiologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1993.
- BASTOS, G.A.N. et al. Uso de serviços ambulatoriais nos últimos 15 anos: comparação de dois estudos de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.14 n.4, p.620-632,2011.
- BECKER, D. **No seio da família**: amamentação e promoção da saúde no programa de saúde da família. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.
- BRANCO, J. C.; et al.Prevalência de sintomas osteomusculares em professores de escolas públicas e privadas do ensino fundamental.**Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v.24,n.2, p.307-314,2011.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde, Comitê de ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Política nacional de atenção integral à saúde do homem. Brasília: Opas, 2008a.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Prevenção da violência e cultura de paz. Brasília: Opas, 2008b.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311/2007. Fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. publicado em 08 de fevereiro 2007. Entrará em vigor a partir de 12 de maio de 2007, correspondendo a 90 (noventa) dias após sua publicação Rio de Janeiro. Disponível em :<<http://site.portalcofen.gov.br/node/4345> .> Acesso em: 24 mar.2012.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 62-65,2005.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil. **Physis (Rio J.)**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.659-678, 2009.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678.set.2004 .Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan.2012.

CONCEIÇÃO, T. V.; et al. Valores de pressão arterial e suas associações com fatores de risco cardiovasculares em servidores da Universidade de Brasília. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, v.86, n.1, p.26-31,2006.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Social science and medicine**, New York,v.50, n. 10p.1385-1401,2000

CUNHA, J. B.; et al. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). **Revista Brasileira de Epidemiologia**.São Paulo, v.12, n.2, p.226-36, 2009.

DEVER, G.E.A. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo:Pioneira,1988.

DUARTE, P. A. D.;VENAZZI, A.; YOUSSEF, N. C. M. Pacientes com infecção por vírus A (H1N1) admitidos em unidades de terapia intensiva do Estado do Paraná, Brasil.**Rev. bras. ter. intensiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.231-236, 2009.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p.187-193,jun.2005.

FREITAS, M.C.; QUEIROZ, T.A.; SOUZA, J.A.V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.44, n.2, p.407-412, 2010

GARCÍA, J. C. Medicina e sociedade: correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, E. D. **Pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989.

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

GAWRYSZEWSKI, V. P.; et al. Morbi-mortalidade por causas externas no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20, n.4, p.995-1003, 2004.

GODOY, C. B. O curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina na construção de uma nova proposta pedagógica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v.10, n. 4, p. 596-603,2002. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000400018&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 21 fev.2012.

GOMES, R., NASCIMENTO, E. F., ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.565-574, 2007

GOMES, R et al.Os homens não vêm! ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. supl.1, p.1983-1992, 2011.

GUALDA, D.M. R; BERGAMASCO, R. **Enfermagem cultura e o processo saúde doença**. São Paulo: Ícone, 1998.

GUIMARÃES, R. S. O. **O absenteísmo entre os servidores civis de um hospital militar**. 2005. Dissertação (Mestrado em saúde pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro,2005.

JUNIOR LIMA. E; LIMA, H. S. Promoção da saúde masculina na atenção básica. **Pesquisa em Foco**, Maranhão, v.17, n.2, p. 32-41, 2009.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência latino-americana**. Buenos Aires, v.2 n.2, p.67-79, mar. 2001

KURCGANT, P.;TRONCHIN, D. M. R.;MELLEIRO, M. M. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. **Acta Paulistana de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.1, p.88-91, 2006.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document: health and Welfare Canada**.Ottawa: Canada,1974.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

- LAURENTI, R.; et al. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 35-46, 2005.
- LIMA, P. C.; SILVA, A. B.; TRALDI, M. C. Determinantes do processo saúde-doença: identificação e Registro na consulta de enfermagem. **Revista Acadêmica Digital do Grupo POLIS Educacional**. Ano 04 [nº 05] Jul./Dez. 2008
- LIMA, M. F.E.M.; LIMA-FILHO, D.O. Condições de trabalho e saúde do/a professor/a universitário/a. **Ciências & Cognição**. v.14, n.3, p.62-82, 2009.
- MARTINS, J. T. **O cotidiano acadêmico de enfermeiras docentes da Universidade Estadual de Londrina- PR: um estudo sobre os sentimentos de prazer e sofrimento frente à implementação de uma mudança curricular radical**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- MARTINS, J. T. **Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro em unidades de terapia intensiva: estratégias defensivas**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, 2008.
- MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.
- MINAYO-GOMEZ, C.; COSTA, S. M. F. T. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.13, n.Supl.2, p.21-32, 1997
- MOURA, A. A. G.; et al. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.6, p.1661-1672, 2007.
- NASCIMENTO L. C.; MENDES, I. J. M. Perfil de saúde dos trabalhadores de um Centro de Saúde-Escola. **Revista latino-americana Enfermagem**, São Paulo, v.10, n.4, p.502-508, jul./ago.2002.
- NASCIMENTO, K.C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.4, p.643-648, 2008.
- OLIVEIRA, B. R. G.; MUROFUSE, N. T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 9, n.1, p.109-115, jan. 2001.
- OLIVEIRA, E. S. A. **Atividade física habitual e outros comportamentos relacionados à saúde dos servidores da Universidade Federal de Santa Catarina: tendência secular 1994-2004**. 2005. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2005.

OLIVEIRA, G.N. et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Revista latino-americano de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.3, p.548-556, maio/jun.2011.

PARANÁ.(Estado)Decreto n.º 6.174, de 16 de novembro de 1970. Estabelece o regime jurídico dos funcionários civis do Poder Executivo do Estado do Paraná. **Publicado no Diário Oficial nº. 180 de 20 de Novembro de 1970.**Palácio do Governo, Curitiba.Pr.Disponível em:<www.portaldoservidor.pr.gov.br/arquivos/File/estatutoservidor.pdf>Acesso em: 24mar.2012.

PARANÁ. Lei nº15. 050, de 12 de abril de 2006. Altera para Carreira Técnica Universitária a denominação da Carreira de Pessoal Técnico Administrativo das Instituições Estaduais de Ensino Superior do Estado do Paraná e adota outras providências.**Publicado no Diário Oficial Nº 7205 de 12/04/2006.**Palácio do Governo, Curitiba, Pr. Disponível em: celepar7cta.pr.gov.br/...nsf/.../19c4bf98e055992e83257164005e84e..>. Acesso em: 24 mar.2012

PASCHOALICK, R. C.; LACERDA, M. R.; CENTA, M. L. Gênero masculino e saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n 1, p.80-86, 2006.

PICOLOTO, D.; SILVEIRA, E. Prevalência de sintomas osteomusculares e fatores associados em trabalhadores de uma indústria metalúrgica de Canoas – RS.**Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.507-516,2008.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). IDB 2006. Brasil: indicadores e dados básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

REIS, R. J.; et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.37, n.5, p.616-23,2003.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M.; RIBEIRO, S. M. R. A Promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças **Ciência & Saúde Coletiva**,Rio de janeiro, v. 17, n.1, p.7-17, 2012.

ROBAZZI, M.; et al. Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. **Revista Cubana de Enfermagem**, Cuba, V.26, n.1, p.52-64, 2010.

ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. P. **Isto é trabalho de gente?** vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Mar. 2005.

SECCO, I. A. O. **Acidentes e cargas de trabalho dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do Norte do Paraná**. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SETZ, V. G. D; INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paulistana de Enfermagem** São Paulo, v.22, n.3, p.313-327, 2009.

SILVA, J. L. L. O processo saúde-doença e importância para a promoção da saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.03-05, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acesso em: 02 out.2010.

SILVEIRA, S. G.; GRISOTTI, M. Trabalho e saúde: um estudo sobre o processo saúde-doença dos servidores de um hospital universitário. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.2, n.1, p.18-27, 2011.

SOUZA, R. F.; et al Reflexões sobre envelhecimento e trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.6, p.2835-2843, 2010

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1998.

TOMASI, E. et al. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.37, n.6, p.800-806, 2003.

TRELHA, C. S.; et al. LER/DORT em operadores de checkout: um estudo de prevalência. **Salusvita**, Bauru, v. 21, n. 3, p. 87-95, 2002.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. **Estatuto e regimento geral**. Londrina: Ed. UEL, 1996. 62p.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. **Estatuto e Regimentos da UEL**. Londrina: Ed. da UEL, 1974. 228 p.

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

WESTPHALEN, M. E.; CARRARO, T. E. (Org.). **Metodologia para a assistência de enfermagem, teorização, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001.

WHO. **The world health report 2001**. Mental health: new 25. understanding, new hope. Geneva: The Organization; 2001

APÊNDICES

APÊNDICE A

Instrumento para Coleta de Dados - Atendimentos DASC 2009

1. Dados de Identificação

1.1 Idade: _____

1.2 Data de admissão na UEL: _____

1.3 Função para qual foi admitido: _____

2. Dados do Atendimento

2.1 Data do último atendimento: _____

2.2 Sinais e Sintomas: _____

2.3 Hipótese de Diagnóstico: _____

2.4 Medidas terapêuticas propostas/ conduta: _____

2.5 Dias de afastamento do trabalho (quando houver): _____

2.6 Local de encaminhamento: _____

3. Dados dos demais atendimentos

3.1 Quantidade de consultas de enfermagem realizadas até a data atual: _____

3.2 Quantidade de consultas médicas realizadas até a data atual: _____

3.3 Existência de co-morbidade: _____

APÊNDICE B

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu, Gabriela Berchiol Vieira, brasileira, solteira, enfermeira, inscrita no CPF nº 34306107884, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado **“Estudo retrospectivo das doenças que acometem os trabalhadores da Universidade Estadual de Londrina atendidos pela Divisão de Assistência à Saúde da Comunidade”** a que tiver acesso nas dependências da Divisão de Assistência à Saúde da Comunidade da Universidade Estadual de Londrina.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação da tecnologia, acima mencionada.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.



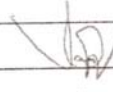
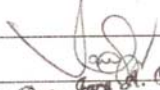
Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Londrina, 26/10/2010

Pesquisadora Responsável

ANEXOS


ANEXO A

	PARECER EM PROCESSO	NÚMERO PROCESSO	FOLHA Nº	RUBRICA	SETOR
Universidade Estadual de Londrina SISTEMA DE ARQUIVOS DA UEL DIVISÃO DE PROTOCOLO E COMUNICAÇÃO	34082/2010	23			
TODOS OS DOCUMENTOS INSERIDOS NESTE PROCESSO DEVEM CONTER: NÚMERO DO PROCESSO, Nº FOLHA, RUBRICA E SETOR.					
A					
Direção de Assistência à Saúde da Comunidade					
Para análise e parecer					
Em 22/11/10					
 Dra. Jara A. O. Secco Assessoria Técnica - Diretoria Superintendente Hospital Universitário de Londrina/UEL Coren 31.282					
A DS Assessoria Técnica					
Informamos que o parecer é favorável quanto ao desenvolvimento desta pesquisa na DSCI, no entanto, é necessário a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL para a efetivação da mesma.					
Em 23/11/10					
Márcia P. Castro Mta. Márcia R. Pizzo de Castro Enfermeira - COREN 40298 Chefe da DASC/THU					
Ao					
Comitê de Ética em Pesquisa					
Em 26/11/10					
 Dra. Jara A. O. Secco Assessoria Técnica - Diretoria Superintendente Hospital Universitário de Londrina/UEL Coren 31.282					

ANEXO B



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 Universidade Estadual de Londrina
 Registro CONEP 268

Parecer de Aprovação Nº. 295/10 CAAE Nº 0261.0.268.000-10 FOLHA DE ROSTO Nº. 382033	Londrina, 17 de dezembro de 2010.
PESQUISADOR: GABRIELA BERCHIOL VIEIRA MESTRADO EM ENFERMAGEM/ DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM/CCS	
<p>Prezado Pesquisador:</p> <p>O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p align="center">"ESTUDO RETROSPECTIVO DAS DOENÇAS QUE ACOMETEM OS TRABALHADORES DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA ATENDIDOS PELA DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA COMUNIDADE."</p>	
<p>Situação do Projeto: APROVADO</p> <p>Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
<p align="center">Atenciosamente,</p> <p align="center">  Profa. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - UEL </p>	