

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

**RELAÇÕES ENTRE ADOECIMENTO, FATORES DE RISCO E
DESENVOLVIMENTO SEGURO DO TRABALHO ENTRE
TRABALHADORES DE DUAS UNIDADES
DE ALIMENTAÇÃO HOSPITALARES**

Katya Pereira Bastos Sasaki

Brasília, 2008

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

**RELAÇÕES ENTRE ADOECIMENTO, FATORES DE RISCO E
DESENVOLVIMENTO SEGURO DO TRABALHO ENTRE
TRABALHADORES DE DUAS UNIDADES
DE ALIMENTAÇÃO HOSPITALARES**

Katya Pereira Bastos Sasaki

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-graduação em Nutrição, UnB,
como requisito parcial à obtenção do
Título de Mestre em Nutrição.

Orientadora Prof.^a Dr.^a Wilma Coelho Araújo

Brasília, 2008

Sasaki, Katya Pereira Bastos

Relações entre adoecimento, fatores de risco e desenvolvimento seguro do trabalho
entre trabalhadores de duas unidades de alimentação hospitalares

95 p.

Orientador: Wilma Coelho Araújo

Dissertação (Mestrado) – UnB, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
graduação em Nutrição, 2008.

Referências bibliográficas: p. 83 – 88

1. Trabalhadores. 2. Satisfação no trabalho. 3. Fatores de risco. 4. Unidades de
alimentação. 5. Acidentes de trabalho.

**RELAÇÕES ENTRE ADOECIMENTO, FATORES DE RISCO E
DESENVOLVIMENTO SEGURO DO TRABALHO ENTRE
TRABALHADORES DE DUAS UNIDADES
DE ALIMENTAÇÃO HOSPITALARES**

Katya Pereira Bastos Sasaki

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-graduação em Nutrição, UnB,
como requisito parcial à obtenção do
Título de Mestre em Nutrição

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Wilma Maria Coelho Araújo – Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a. Karin Eleonora Sávio Oliveira – Universidade de Brasília

Prf^a. Dr^a. Rita de Cássia Akutsu – Universidade Federal do Estado de São
Paulo

Prof^a. Dr^a. Raquel Brás Assunção Botelho – Universidade de Brasília

Brasília-DF
2008

Ao meu marido, **Cláudio Sasaki**, por ter escolhido ser parte da minha vida dividindo sonhos, pelo amor, carinho e respeito presentes nestes quase 30 anos.

Aos meus filhos, **Dominique, Luiz Cláudio e Marcus Vinícius**, por trazer mais luz e amor a minha vida, tornando-se o motivo de todas as minhas lutas e conquistas. O que faço é para vocês.

Aos meus pais **Gerardo e Haydeé**, pela renúncia de muitos sonhos para fazer dos filhos pessoas de bem, com um futuro melhor, pelos exemplos e pela presença constante em minha vida.

Aos meus irmãos, **Kelli, Herculano e Karina**, pela certeza de estarem sempre por perto, enfrentando a vida e estendendo as mãos.

Agradecimentos

À minha orientadora e hoje amiga, muito querida, **Prof^a. Dr^a. Wilma** pela sinceridade, caráter, honestidade, competência e por acreditar que eu poderia realizar um bom trabalho a seu lado. Pelos conselhos e tardes passadas em sua companhia. Minha eterna gratidão.

À **Prof^a. Dr^a. Karin Sávio** pela oportunidade de ter trabalhado por curto período ao seu lado.

Às professoras, **Dr^a. Rita Akutsu, Dr^a. Karin Sávio e Dr^a. Raquel Botelho**, integrantes do projeto de pesquisa “Perfil de Recursos Humanos em UANs do Distrito Federal”, pelas orientações para a concepção e desenvolvimento dessa pesquisa.

À colega e professora **Dr^a. Sandra Arruda** pelo incentivo, sempre com competência e bom humor.

Às nutricionistas gerentes das duas UANs onde foi realizada a pesquisa pela compreensão da importância do trabalho e apoio.

A todos os participantes, trabalhadores que com a maior boa vontade, concordaram em parar seu trabalho para responder as perguntas da pesquisa, mesmo sem compreender direito para que serviriam. Que esta possa estar verdadeiramente contribuindo para a melhoria da condição de trabalho e vida destas pessoas, muitas vezes desprezadas e incompreendidas em seus males.

A uma professora inesquecível **Dr^a. Nancy de Pilla**, por ter feito parte da minha história de vida.

*“O tempo é muito lento para os que esperam,
muito rápido para os que têm medo,
muito longo para os que lamentam,
muito curto para os que festejam.
Mas, para os que amam, o tempo é a eternidade”
Shakespeare*

RESUMO

O estudo tem como objetivo conhecer o perfil dos trabalhadores de Unidades de Alimentação hospitalares, identificar o entendimento dos trabalhadores sobre potenciais fatores de risco, a utilização de Equipamentos de Proteção Individual, frequência de atestados médicos, doenças adquiridas no trabalho e acidentes de trabalho e identificar a relação entre a satisfação do trabalhador, as doenças ocupacionais e os acidentes de trabalho. É um estudo descritivo, transversal de natureza exploratória. Foi utilizado questionário com perguntas fechadas e abertas como instrumento de pesquisa. Foram pesquisados trabalhadores de duas Unidades de Alimentação e Nutrição hospitalares, uma com serviço próprio e outra que terceiriza o serviço. A amostra consistiu de 170 trabalhadores de ambas as unidades pesquisados no segundo semestre de 2007. Os dados obtidos indicam entre outros que em ambas o número de mulheres foi superior ao dos homens, que o maior percentual de trabalhadores possui o ensino médio, completo ou não os homens acidentam e que a experiência anterior da maior parte dos pesquisados foi em outros trabalhos não em empresas de alimentação. Mostram-se satisfeitos com as funções exercidas, entretanto insatisfeito com a empresa. Pode-se afirmar que existe relação entre a satisfação e a ocorrência de doença por causa do trabalho: trabalhadores nada satisfeitos apresentaram 15,6 vezes mais chances de apresentarem estas doenças, sendo a prevalência estimada em 88%. Trabalhadores que sofreram acidentes de trabalho tem 2,31 vezes mais chances de adoecerem por causa do trabalho e trabalhadores do setor de estoque, que tiveram doença por causa do trabalho, tem maior probabilidade de sofrer acidente durante o trabalho. Conclui-se que a escolaridade vem aumentando, entretanto a qualificação significa capacitação; existe a necessidade de rever programas de treinamento pois há desconhecimento de potenciais riscos ocupacionais pelos trabalhadores uma vez que os acidentes relatados podem ter ocorrido por inobservância de regras de segurança e aumento da exposição ao risco.

Palavras-chaves – trabalhadores, , satisfação no trabalho, unidades de alimentação, fatores de risco, acidentes de trabalho.

ABSTRACT

The study has as objective to learn the profile of workers in hospital's Food Service, identify the understanding of workers about potential risk factors, the use of Individual Protection Equipment, frequency of medical certificates, acquired diseases at work and occupational accidents and identify the relationship between the satisfaction of the worker, the occupational diseases and accidents at work. This is a descriptive study, cross exploratory. Questionnaires with closed and open questions were used as a research instrument. It was questioned workers of two hospital's Food and Nutrition Service, one with a own service and another that outsource the service. The sample consisted of 170 workers from both researched units in the second semester of 2007. The obtained results indicate among others that in both, the number of women was superior than that of men, that the greatest percentage of workers has high school, complete or not, that men suffer accidents more and that the previous experience of most was in others works, not in food companies. The researched workers show satisfaction with the performed work, however dissatisfied with the company. It can be affirmed the existence of a relationship between the satisfaction and the occurrence of occupational disease: workers nothing satisfied presented 15.6 times more chances to have these diseases, being the prevalence estimated at 88%. Workers who have suffered accidents at work have 2.31 times more chances to become ill because of work and workers in the stock sector, which had disease because of work, have more probability to suffer accidents during the work. It was concluded that the schooling has been increasing, though the qualification means capacitation; exist the needed to review training programs because there is lack of knowledge about potential occupational hazards by the workers since the reported casualties may have occurred in breach of safety rules and increasing exposure to risk.

Key words - workers, satisfaction in work, food service, risk factors, work accidents.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição por setores dos trabalhadores das unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007	27
Tabela 2 – Distribuição do percentual dos trabalhadores por sexo e nível de escolaridade nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007	30
Tabela 3 – Distribuição do percentual de trabalhadores por nível de escolaridade e setor de atuação nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007	33
Tabela 4 – Forma adotada para seleção de trabalhadores nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007	35
Tabela 5 – Distribuição por turno dos trabalhadores nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007	37
Tabela 6 – Frequência relatada de realização de exames médicos pelos trabalhadores nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007	38
Tabela 7 – Fatores de risco potencial no setor de produção de alimentos apontados por trabalhadores nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007	43
Tabela 8 – Percentual de trabalhadores unidades pesquisadas e as horas extras período de julho a setembro de 2007	48
Tabela 9 – Idade dos trabalhadores com relato de faltas abonadas por atestados nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007	51
Tabela 10 – Número de trabalhadores com relato de lombalgia como doença adquirida no trabalho nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007	56
Tabela 11 – Distribuição percentual dos trabalhadores por função com relato de trabalho nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007	61
Tabela 12 – Ocorrência de doença por causa do trabalho nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007	77
Tabela 13 – Acidentes relatados durante o trabalho nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007	78
Tabela 14 – Estimativa de chances de ocorrência de doenças ocupacionais nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007	78
Tabela 15 – Estimativa de chances de chance de acidentes e setor de trabalho nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007	79

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição por percentual da região de origem dos trabalhadores nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro 2007	26
Figura 2 – Distribuição percentual por faixa etária dos trabalhadores nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.....	30
Figura 3 – Distribuição do total da amostra por nível de escolaridade nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.....	31
Figura 4 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.....	32
Figura 5 – Distribuição percentual dos responsáveis pelo treinamento dos trabalhadores nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.....	41
Figura 6 – Número de trabalhadores com experiência anterior em mesma função nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.....	43
Figura 7 – Distribuição percentual de trabalhadores que consideram os itens citados como EPI nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.....	48
Figura 8 – Distribuição do percentual de motivos apresentados para abono de faltas ao trabalho por atestado médico nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.....	53
Figura 9 – Distribuição percentual de grupos de doenças em função do trabalho relatadas pelos trabalhadores nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de/2007.....	55
Figura 10 – Distribuição percentual por grupo de acidente sofrido relatado por trabalhadores nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.....	62
Figura 11 – Distribuição percentual dos culpados pelos acidentes de trabalho citados pelos trabalhadores nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007	66
Figura 12 – Distribuição percentual das respostas sobre a identidade dos ‘outros’ citados como causadores dos acidentes pelos trabalhadores nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.....	67
Figura 13 – Distribuição percentual das respostas dos trabalhadores sobre satisfação com a função exercida nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.....	72

Figura 14 – Distribuição percentual das respostas dos trabalhadores sobre satisfação com a empresa nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007	73
Figura 15 – Distribuição percentual das respostas dos trabalhadores sobre a satisfação com a função e o nível de escolaridade na Unidade A no período de julho a setembro de 2007	74
Figura 16 – Distribuição percentual das respostas dos trabalhadores sobre a satisfação com a função e o nível de escolaridade na Unidade B no período de julho a setembro de 2007	75
Figura 17 – Distribuição percentual das respostas dos trabalhadores sobre a satisfação com a empresa e nível de escolaridade na Unidade A no período de julho a setembro de 2007	75
Figura 18 – Distribuição percentual das respostas dos trabalhadores sobre a satisfação com a empresa e o nível de escolaridade na Unidade B no período de julho a setembro de 2007	76
Figura 19 – Distribuição dos percentuais de respostas dos trabalhadores por sexo sobre a satisfação com a função na Unidade A no período de julho a setembro de 2007	77
Figura 20 – Distribuição dos percentuais de respostas dos trabalhadores por sexo sobre a satisfação com a empresa na Unidade A no período de julho a setembro de 2007	78
Figura 21 – Distribuição dos percentuais de respostas dos trabalhadores por sexo sobre a satisfação com a função na Unidade B no período de julho a setembro de 2007	79
Figura 22 – Distribuição dos percentuais de respostas dos trabalhadores por sexo sobre a satisfação com a empresa na Unidade B no período de julho a setembro de 2007	79
Figura 23 – Distribuição dos percentuais de respostas dos trabalhadores sobre a satisfação com a empresa e a alegação de adoecimento por causa do trabalho na Unidade A no período de julho a setembro de 2007	80
Figura 24 – Distribuição dos percentuais de respostas dos trabalhadores sobre a satisfação com a empresa e a alegação de adoecimento por causa do trabalho na Unidade B no período de julho a setembro de 2007	81
Figura 25 - Distribuição dos percentuais de respostas dos trabalhadores sobre a satisfação com a função e a empresa que relataram ter sofrido acidente de trabalho na Unidade A no período de julho a setembro de 2007	82
Figura 26 - Distribuição dos percentuais de respostas dos trabalhadores sobre a satisfação com a função e a empresa que relataram ter sofrido acidente de trabalho na Unidade B no período de julho a setembro de 2007	83

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASEL –	Associação Brasileira de Bares e Restaurantes
ANVISA –	Agência de Nacional Vigilância Sanitária
CAT –	Comunicação de Acidente de Trabalho
CFN –	Conselho Federal de Nutricionistas
CID-	Código Internacional de Doenças
CLT –	Consolidação das Leis do Trabalho
CNST –	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
Db-	Decibéis
DF-	Distrito Federal
DMRT-	Doença Muscular Relacionada ao Trabalho
DO –	Doença Ocupacional
DORT –	Doença Osteomuscular relacionada ao Trabalho
EPI –	Equipamento de Proteção Individual
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS –	Instituto Nacional de Saúde e Seguridade
LER –	Lesão por Esforço Repetitivo
MEC-	Ministério da Educação
NR-	Norma Regulamentadora
OIT –	Organização Internacional do Trabalho
OMS –	Organização Mundial da Saúde
OPAS –	Organização Pan-americana de Saúde
PAT –	Programa de Alimentação do Trabalhador
PIB –	Produto Interno Bruto
PCMSO -	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

QVT –	Qualidade de Vida no Trabalho
RDC –	Resolução da Diretoria Colegiada
SUS –	Sistema Único de Saúde
TST –	Tribunal Superior do Trabalho
UAN –	Unidade de Alimentação e Nutrição
UPR –	Unidade Produtora de Refeição

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVOS.....	3
2.1 OBJETIVO GERAL.....	3
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
3 REVISÃO DE LIERATURA.....	4
3.1 TRABALHO E TRABALHADOR	4
3.2 O SETOR DE ALIMENTAÇÃO NO BRASIL.....	5
3.3 O TRABALHO, OS TRABALHADORES E A LEGISLAÇÃO.....	8
3.4 TRABALHO, QUALIDADE DE VIDA E RISCOS PARA O TRABALHADOR.....	10
3.5 TRABALHO E ALIMENTAÇÃO	17
4 METODOLOGIA.....	22
4.1 NATUREZA DO ESTUDO.....	22
4.2 O INSTRUMENTO.....	22
4.3 AMOSTRA.....	22
4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	25
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	25
5.1.1 Origem.....	25
5.1.2 Distribuição por sexo.....	26
5.1.3 Funções.....	27
5.1.4 Idade.....	28
5.1.5 Escolaridade.....	29
5.2 CONTRATAÇÃO, VÍNCULO E BENEFÍCIOS.....	34
5.2.1 Seleção.....	34
5.2.2 Turnos de Trabalho.....	36
5.2.3 Exames Médicos.....	38
5.3 QUALIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL.....	40
5.3.1 Treinamento.....	40
5.3.2 Experiência Anterior.....	42
5.4 POTENCIAIS RISCOS OCUPACIONAIS.....	43
5.4.1 Riscos Potenciais.....	43
5.4.2 Equipamento de Proteção Individual.....	46

5.4.3 Horas Extras.....	48
5.4.4 Cargo de Chefia.....	50
5.5 DOENÇAS OCUPACIONAIS E ACIDENTES DE TRABALHO	51
5.5.1 Atestados Médicos.....	51
5.5.2 Doenças Relatadas em função do Trabalho	52
5.5.3 Acidentes de Trabalho.....	59
5.5.4 A Culpa.....	63
5.6 A SATISFAÇÃO DO TRABALHADOR.....	69
5.6.1 Satisfação com a Função e com a Empresa	69
5.6.2 Satisfação e Nível de Escolaridade.....	71
5.6.3 Satisfação com a Função com a Empresa e Sexo	72
5.6.4 Satisfação e Doenças Adquiridas no Trabalho.....	74
5.6.5 Satisfação e Acidentes de Trabalho.....	75
6 ESTIMATIVAS DAS RAZÕES DE CHANCES	78
7 CONCLUSÕES.....	81
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
9 APÊNDICES.....	89
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DA PESQUISA – QUESTIONÁRIO.....	90
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO.....	92
ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DO PROJETO “PERFIL DO TRABALHADOR DE UAN NO DF”	94
ANEXO 2- APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA	95

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, assim como no resto do mundo, as unidades de produção de alimentos, institucionais ou comerciais, têm ocupado espaço cada vez maior, sob o aspecto da economia, como geradores de renda, ou como fator de inclusão social tendo em vista a geração de empregos com a contratação de recursos humanos.

O segmento *Food Service* ou Serviços de Alimentação, ou ainda Unidades Produtoras de Refeição ou Unidades de Alimentação e Nutrição, cujas atividades se referem ao fornecimento de alimentação fora do lar, incluem cozinhas industriais e comerciais; agrega unidades de produção de alimentos de porte e tipos diferentes de organização: restaurantes comerciais *a la carte*, restaurantes comerciais auto-serviço, restaurantes de hotéis, serviço de motéis, *coffee shops*, *buffets*, lanchonetes, cozinhas industriais, *fast foods*, *catering* aéreo e cozinhas de hospitais (PAYNE- PALACIO *et al*, 1994).

Os estabelecimentos podem ou não se enquadrar em todas as normas ditadas para funcionamento, ter ou não profissionais qualificados para a função. No entanto todos necessitam de mão-de-obra especializada, que se encarrega das operações básicas da cadeia produtiva, com a finalidade de produzir de acordo com o planejado e atender à demanda de mercado e à legislação vigente no país. A variação entre os diferentes serviços está na clientela, que dita o modelo operacional.

Pelo crescimento vertiginoso apresentado nas últimas décadas, as Unidades de Alimentação e Nutrição se tornaram alvo de constantes estudos tendo em vista seu destaque no mercado e sua responsabilidade na oferta de um serviço apropriado, entretanto os pesquisadores têm dado maior ênfase com o quesito qualidade sanitária dos alimentos, evidentemente pelo impacto que podem causar entre os consumidores. No entanto, questões como treinamento, educação, experiência anterior, satisfação desses trabalhadores também precisam ser identificadas para assim otimizar as condições de trabalho e conseqüentemente a qualidade das refeições produzidas por eles. Tais informações também subsidiam a redução do número de acidentes de trabalho assim como a prevenção das doenças ocupacionais que acometem esse grupo de indivíduos.

A evolução tecnológica e a globalização levaram a modificações graduais nas relações de trabalho e hoje os atores envolvidos no processo passam a investigar de forma mais técnica e objetiva essas relações com enfoque no homem, legítimo gerador

desse trabalho. Esse novo horizonte se apóia na Lei Orgânica de Saúde – n.º 8080 (Brasil, 1990), que organiza o Sistema Único de Saúde (SUS) e define a vigilância sanitária (VISA) como “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”. Esse novo modelo de vigilância introduz o conceito de risco e confere um caráter mais completo ao conjunto das ações, situando-as na esfera da produção.

No artigo 196, seção II, a Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988) estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, prevenção e recuperação. O artigo 200 determina que ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei “executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico”.

Uma instituição hospitalar, dentre outros fins, objetiva promover a recuperação da saúde dos pacientes nela internados e, no contexto das Unidades de Alimentação e Nutrição, oferecer uma alimentação segura. Caracterizar os trabalhadores de Unidades de Alimentação e Nutrição Hospitalares quanto a sexo, escolaridade, experiência profissional, dentre outros parâmetros e identificar como se percebem diante de situações específicas de risco à sua saúde é fator relevante tendo em vista que a saúde de quem faz parte dessa equipe pode afetar diretamente a saúde de quem depende desse serviço.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as relações entre adoecimento, fatores de risco para a ocorrência de doenças ocupacionais e desenvolvimento seguro do trabalho entre trabalhadores de Unidades de Alimentação e Nutrição Hospitalares.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população em estudo.
- Identificar as variáveis ligadas às relações trabalhistas da população em estudo.
- Investigar a qualificação e a classificação funcional da população em estudo.
- Identificar o entendimento dos potenciais riscos ocupacionais no setor pela população em estudo.
- Relacionar a ocorrência de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho na população em estudo.
- Identificar a relação entre a satisfação do trabalhador, doenças ocupacionais e acidentes ocupacionais na população em estudo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Como castigo por ter comido o fruto proibido, Adão foi condenado ao trabalho... Assim, desde os tempos bíblicos, se relaciona o trabalho na vida do homem...

3.1 TRABALHO E O TRABALHADOR

A palavra trabalho, de origem latina, *tripallium*, se refere a um tipo de instrumento feito com três pedaços de madeira utilizado para torturar as pessoas (MARTINS, 2006; BOSI, 2000). Na história da civilização humana também se relaciona o trabalho à captura de escravos para executar o trabalho braçal e permitir aos nobres ou afortunados a dedicação às atividades intelectuais ou de lazer. Em consequência, por muito tempo, trabalhar foi função destinada a escravos, apenas; nobres não trabalhavam; o trabalho manual era desonroso.

Para Platão e Aristóteles todo trabalho que não fosse intelectual era depreciativo; o homem sábio, o pensador não realiza as obras exteriores, mas, sobretudo, se preocupa em orientar racionalmente e espiritualizar os homens das outras castas sociais. Com a Revolução Industrial o trabalho passou a ser visto como forma de subsistência, porque passa a ser trocado por salário, modificando a cultura vigente (MARTINS, 2006).

A cultura laboral se inicia quando o homem busca os meios de satisfazer suas necessidades – a produção da vida material. Na medida em que a satisfação era atingida, ampliaram-se as necessidades a outros homens e criaram-se as relações sociais que determinam a condição histórica do trabalho que fica subordinada a fontes sociais historicamente limitadas e a correspondentes organizações técnicas, caracterizando o chamado modo de produção (BERLINGER, 1983).

Na teoria de Borges (1998) o significado do trabalho varia individualmente e assume um caráter social, associado às condições da sociedade, onde os mesmos indivíduos estão inseridos e podem ser tomados como representação social. É multifacetado e o indivíduo pode atribuir vários significados sobre a sua cognição. Esse processo dinâmico pode ser explorado quando da empregabilidade da representação social ao questionar o próprio trabalhador sobre o que seria o significado do trabalho para ele. Várias são as conotações atribuídas porque dependem da compreensão, das

necessidades, dos interesses, valores pessoais, políticos e sociais de cada indivíduo. Ora, se o trabalho é um dos pontos centrais da vida social, cabe perguntar como os trabalhadores o percebem e que significados atribuem a ele. A maior ou menor importância do trabalho relaciona-se aos valores que cada indivíduo associa ao ato de trabalhar (SILVA, 2007).

No Brasil a história do trabalho inicia-se com o descobrimento e a escravidão, uma vez que a tentativa de subjugar o povo nativo não foi aceita. Os colonizadores voltam-se para o povo africano, escravizado anteriormente e com mais conhecimento; a história do trabalho no Brasil inicia-se também sem a garantia dos direitos ou de escolhas pelos trabalhadores.

3.2 O SETOR DE ALIMENTAÇÃO NO BRASIL

O povo encontrado no continente brasileiro era constituído, segundo os portugueses que aqui primeiro aportaram, apenas por selvagens; mas, da mesma forma que a mulher portuguesa cozinhava para o seu homem, desse modo também procedia a mulher indígena. Assim, essas foram então as primeiras cozinheiras disponíveis para os portugueses recém chegados, esta arrumação, no entanto, não foi do agrado dos portugueses (CAMARA CASCUDO, 2004).

A gente da terra recém descoberta não servia para a cozinha do europeu, que passou a procurar por quem pudesse supri-la e nesse cenário chegam os africanos (LOBO, 2001). A índia brasileira foi sendo empurrada dos centros mais povoados e substituída pelas mãos das africanas (CAMARA CASCUDO, 2004). Mesmo assim, muitos dos nossos hábitos se originam nos costumes indígenas desde a utilização de cuias e outros objetos até a forma de cozimento de muitos alimentos (QUINTANA, 1993). A entrada da mulher africana influenciou a aparição de outra cultura alimentar na vida do branco europeu, morador do Brasil (LOBO, 2001). Os africanos trouxeram seus hábitos e ao misturá-los aos já existentes, de índios e portugueses, iniciaram a mestiçagem da cozinha brasileira (QUINTANA, 1993).

Para Câmara Cascudo (2004) foram as cozinheiras portuguesas as encarregadas de passar às cunhãs e mucamas os segredos de ingredientes e de formas de preparo. A dona da casa ou à sinhá cabia a função de escolher as escravas mais hábeis na arte do preparo de pratos saborosos. Também a elas cabia a proteção do segredo das receitas

mais apreciadas junto aos convidados (QUINTANA, 1993). Este pode ser considerado o primeiro tipo de treinamento para desempenho do serviço no segmento de preparo de alimentos.

Tinha-se por costume, entre famílias de maior poder aquisitivo, ceder os escravos quituteiros emprestando-os a outras famílias que tivessem compromisso de festas ou jantares, ficando com eles a responsabilidade sobre o tipo e a preparação da refeição a ser servida (QUINTANA, 1993; CAMARA CASCUDO, 2004). Assim evidenciava-se a importância do ato de preparar para bem servir, não importando, no entanto, quais eram as mãos responsáveis pelo preparo, que apesar de treinadas, não recebiam o reconhecimento como trabalhador especializado. A mão de obra neste período era considerada como propriedade de seu senhor, podendo ser disposta como bem lhe conviesse, servindo até quando houvesse interesse não importando as condições oferecidas para o trabalho.

Com relação à produção de alimentos merecia pouca atenção o plantio de gêneros como mandioca, milho e arroz. Houve períodos de fome por causa desse desinteresse; a produção era inferior às necessidades dos habitantes da colônia. Entretanto, os moradores da casa grande, os senhores de engenho, nunca passaram fome; a mandioca era o principal alimento de escravos e colonos (SANTOS, 1990).

Não se tem notícia de como foi iniciada no Brasil a comercialização de alimentos prontos para o consumo nas ruas: relatos indicam a demanda em feiras, festas e outros eventos. Estes alimentos feitos por terceiros, sem conhecimento do que são ou de como foram feitos, são comprados desde a Antiguidade apenas pela aparência ou necessidade.

No Brasil, desde 1584, escravas vendiam peixes fritos nas ruas do Rio de Janeiro; depois, em 1591, em Salvador e em Olinda. Os doces chegaram mais tarde: em 1802 na Bahia e em 1809, em Olinda (CAMARA CASCUDO, 2004). Como nos demais países, o comércio de alimentos ganhou força pela adesão do povo.

Quintana (1993) relata que por volta de 1800 “das casas mais ricas saiam de oito a dez escravos com tabuleiros vendendo diversas preparações doces ou salgadas sendo estes de ótimo sabor e aparência de asseio”. Desde então observa-se que, na refeição fora de casa, sabor e asseio, são requisitos de referência para o consumidor.

No período colonial surgiram as primeiras tentativas de trabalho assalariado, no século XVIII, quando o governo português trouxe colonos açorianos para habitarem as regiões do Rio Grande do Sul e de Nova Friburgo – RJ (CAMPOS, 1996), marcando

uma nova fase, com a entrada de mão de obra mais capacitada para as preparações culinárias e suas técnicas.

Até 1822 a imigração para o Brasil era proibida. Com a independência do país e a necessidade de substituição dos negros no trabalho, a ex-colônia de Portugal se sentiu livre para receber estrangeiros que quisessem “tentar a sorte” no Brasil (CAMPOS, 1996). Em meados do séc. XIX o país contava com, além dos portugueses e africanos, italianos, espanhóis, austríacos, e demais europeus; em 1908 chegam os primeiros japoneses (PODANOVISK, 1993).

Nem todos os imigrantes vieram para trabalhar na lavoura; muitos se instalaram nas cidades pelas oportunidades oferecidas na indústria e no comércio, passando a disputar com brasileiros os postos de trabalho (ELIAS, 2005). Ao mesmo tempo ensinavam e difundiam seus hábitos. Assim começaram a participar não apenas da vida econômica do país, mas também da formação da cultura brasileira.

A partir dos anos 30, ao atingir um milhão de habitantes, a cidade de São Paulo, passa a ter um perfil de metrópole industrial. Inicia-se a verticalização da cidade e surgem vários bairros industriais (SÃO PAULO, 2007). Juntamente ao crescimento da indústria, o comércio também se desenvolveu pois as pessoas dispunham de mais dinheiro para gastos.

Neste período a campanha política de Getúlio Vargas, candidato à presidência, se destaca denominando os trabalhadores pela alcunha “marmiteiros”, enfatizando o costume e necessidade da época de levar para o trabalho a refeição de casa preparada antecipadamente.

A subnutrição no Brasil passa a ser identificada como problema na segunda metade da década de 30 e as medidas compensatórias para correção seriam de longo prazo (SILVA, 1995). Entre os anos 30 e o ano de 1945 o processo de urbanização se acelerou no Brasil em função de transformações econômicas e a inclusão de leis trabalhistas, que geraram o direito dos trabalhadores (CAMPOS, 1996).

Em 1932 foram publicados os primeiros artigos sobre nutrição no país, de autoria do médico Nelson Chaves, e em 1933, Gilberto Freyre, sociólogo, lança o livro Casa-Grande e Senzala que discorre sobre padrão e hábitos alimentares da população brasileira (VASCONCELOS, 2002),

Em 1940 é criado o Serviço de Alimentação da Previdência Social (Saps). Entre suas funções destacava-se a inclusão de refeitórios nas empresas, que teriam como responsabilidade fornecer a educação alimentar e participar da formação de pessoal para

desenvolver pesquisas sobre alimentos e população. Este programa teve maior expansão no estado do Rio de Janeiro; neste estado em 1943 dentro do Saps foi criado o curso para formação de nutricionistas (VASCONCELOS, 2002).

A Comissão de Mobilização Econômica (CME) que tinha incluso um serviço técnico de alimentação foi criada em 1942; em 1945 surgiu a Comissão Nacional de Alimentação (CNA) que teve como missão estudar o estado de nutrição e os hábitos da população, para estimular a pesquisa e acompanhar campanhas educativas sobre alimentação (SILVA, 1994).

Com o crescimento da industrialização em São Paulo, muitas empresas multinacionais vieram para o Brasil e se instalaram no estado, contribuindo para o início e o rápido crescimento da cidade, que atraiu assim mão de obra de varias regiões do país e de outros países (QUINTANA, 1993). Portanto maior número de pessoas demandando emprego e, por conseguinte, refeição, na cidade de São Paulo, que se tornaria a maior da América Latina.

Em 1972 é criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) com a finalidade de administrar políticas governamentais ligadas ao tema por meio do Programa de Alimentação e Nutrição (PRONAN). O Programa de Nutrição em Saúde, iniciado em 1975, propunha-se a distribuir alimentos básicos a um grupo distinto da população (SILVA, 1995).

A participação da mulher no mercado de trabalho teve inicio no período da Revolução Industrial, quando, para exercerem as mesmas funções destinadas aos homens, aceitavam menores salários. Somente no ano de 1842, na Inglaterra, foram criadas medidas para a proteção das trabalhadoras. No Brasil a primeira legislação que trata do tema é do ano de 1932 e proibia para a mulher o trabalho noturno, revogado este item pela Lei no. 7.855 de 1989. A constituição de 1946 proibiu diferenças salariais por diferença de sexo (MARTINS, 2006). Desde então homens e mulheres passam a receber a mesma remuneração desde que desempenhem a mesma função na empresa.

3.3 O TRABALHO, OS TRABALHADORES E A LEGISLAÇÃO

A primeira lei que tem por finalidade a proteção dos trabalhadores data de 1802 – lei de *Peel*, assinada na Inglaterra com a intenção de proteger os aprendizes paroquianos que trabalhavam em moinhos, contra os excessos cometidos pelos

proprietários. O documento dispunha, entre outros itens, que a jornada deveria ser limitada a 12 horas diárias e tornava ilegal a contratação de menores de nove anos de idade (MARTINS, 2006). A finalidade aparente seria a de proteger as crianças menores, entretanto, autorizava o trabalho sob quaisquer circunstâncias para os maiores de nove anos. No entanto a lei era específica para aqueles que estivessem a trabalhar em moinhos.

É recente a legislação sobre a duração da jornada de trabalho, horário para refeição, descanso, férias, estabilidade profissional, seguridade e utilização de equipamentos de proteção individual. Aos poucos vem se insinuando a preocupação com a saúde do trabalhador no que diz respeito às doenças profissionais, ou ocupacionais, que podem ser adquiridas no desenvolvimento do trabalho ou aos acidentes de trabalho, oriundos das condições em que o trabalho é realizado, assim como suas seqüelas.

A primeira Constituição Brasileira a tratar de Direito do Trabalho data de 1934 e prevê liberdade sindical, salário mínimo, jornada de oito horas, proteção a mulheres e menores, além de férias remuneradas e descanso semanal (MARTINS, 2006). Mais tarde, em 1943 foi promulgada no Brasil a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), considerada a mais importante conquista para a organização da mão de obra no país. O decreto-lei reuniu em um só documento os vários instrumentos legais elaborados para benefício da classe trabalhadora (CAMPOS, 1999). Em 1949, outro registro passou a tratar do descanso semanal remunerado, seguido de outros que passaram a regulamentar situações de trabalhadores específicos, domésticos, rurais, temporários, etc. (MARTINS, 2006).

A CLT une trabalho, trabalhador e saúde do trabalhador em seu campo de atuação. Posto que “a saúde é direito de todos e dever do estado” (BRASIL, 1988) ou indispensável, a vigilância para a garantia de que trabalhadores não venham a sofrer de doenças profissionais, passa a ocupar lugar de destaque no mundo laboral, uma vez que o conceito de saúde se insere no de qualidade de vida do trabalhador (QVT).

O artigo de n.º 443 da CLT estabelece que, os contratos de trabalho podem ser por prazo determinado ou indeterminado; que o contrato por tempo determinado só é válido quando a natureza do serviço assim o justifique, ou estas atividades tenham caráter transitório. A única forma de contratação legal e garantia de direitos de trabalhadores, de natureza federal, é a contratação por meio de concurso público,

conforme os artigos de n.º 37, inciso II, do Tribunal Superior do Trabalho – TST (MARTINS, 2006).

A estratégia de terceirização na contratação de pessoal se origina na necessidade de redução do quadro de pessoal de grandes empresas, como alternativa de redução de custos e faz com que a empresa possa objetivar com maior ênfase sua atividade-fim, sem preocupações com atividade-meio. Entretanto podem ser observadas algumas conseqüências decorrentes deste processo: a diferenciação de trabalhadores quanto às suas condições de trabalho, o enfraquecimento do poder sindical podendo gerar a não-observância de direitos trabalhistas, a maior intensificação do trabalho podendo gerar doenças profissionais e a redução das contratações diretas (SALIM, 2004).

Para Martins (2006), o termo terceirização, aplicável ao setor terciário da atividade produtiva, vem sendo utilizado em substituição à palavra *tertius*, que significa o terceiro, o “estranho”, numa relação entre duas pessoas. Esta terceirização se caracteriza por não estabelecer vínculos entre a empresa recebedora do trabalho e o trabalhador; as obrigações trabalhistas são de responsabilidade da empresa contratada para realização dos serviços. A terceirização, entretanto só é admitida para atividade-meio (BRASIL, 2000).

3.4 TRABALHO, QUALIDADE DE VIDA E RISCOS PARA O TRABALHADOR

Para a Organização Mundial de Saúde, a qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 1994). Essa definição abrange todos os aspectos da vida do indivíduo, sem qualquer distinção, seja trabalhador ou não, mas o trabalho, como tal, não pode ser excluído, pois nele inserem-se objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

A qualidade de vida do trabalhador está diretamente ligada às suas condições laborais, que devem ser seguras e saudáveis, conforme determina a CLT. No entanto, ainda se observa a necessidade de se avaliar o quanto essas condições são adequadas, assim como os métodos de trabalho devem ser pesquisados. Além disso, avaliar se as condições físicas para o desenvolvimento das tarefas devem ser adaptadas, e se para isso

são necessárias ações educativas de práticas preventivas, que necessitam ser implantadas para garantir a implementação das propostas (ABREU, 2003).

A QVT, conceituada por França (1977), se refere a um conjunto de ações que podem ser implantadas pela empresa visando melhorias no ambiente de trabalho, e está presente quando esta empresa integra os seus profissionais. Nunca houve tanto interesse em traduzir em medidas quantitativas a qualidade de vida, como nos dias de hoje. O que era reservado a poetas e filósofos em traduzir em palavras, estilos de vida diferentes e do ponto de vista atual, saudáveis, passou a ser objeto de estudo de pesquisadores interessados na saúde do homem e sua atuação nos meios econômicos (CICONELLI, 1999).

Murta (2004) afirma que o trabalho, apesar de ser fonte de satisfação por manter relações interpessoais e satisfazer as necessidades do trabalhador, seja por segurança ou por necessidade de auto-realização, pode também ser fonte de adoecimento, quando oferece fatores de risco para a saúde principalmente se o trabalhador não dispuser de proteção contra estes riscos.

Hipócrates, 400 anos a.C. relatou em sua obra “Água, Ares e Lugares” a intoxicação por chumbo em trabalhadores e passou a ser considerado um dos primeiros autores a preocupar-se com a saúde de trabalhadores e doenças profissionais. O historiador Plínio, no início da Era Cristã, descreve o uso dos primeiros equipamentos de proteção individual (EPIs): máscaras feitas de bexigas de carneiro, utilizadas por escravos e que serviam para protegê-los das poeiras nas minas de enxofre. O primeiro trabalho científico sobre o tema “trabalho como causa de doenças” data de 1700, e foi intitulado *Morbis Artificum Diatriba* – As doenças dos trabalhadores, de autoria de Bernardino Ramazzini (PERSONA, 1998). Foi considerado um texto de grande importância na área da medicina preventiva, pois Bernardino apregoa que “é melhor prevenir do que remediar” e “que todo trabalho praticado em excesso pode ser perigoso” (MARTINS, 2006). Tem início a preocupação com a prevenção das doenças que poderiam ser consequência do trabalho e suas implicações na saúde do trabalhador.

Doenças do trabalho, doenças ocupacionais ou moléstias profissionais, podem ser definidas como estados patológicos que podem ser atribuídos diretamente ao meio, ou às condições onde se realiza o trabalho (ABREU, 2003).

A compreensão do conceito de QVT se torna mais fácil quando se unem os conceitos de doenças profissionais, direitos dos trabalhadores, condições adequadas de trabalho e vida. Nesse sentido a qualidade de vida no trabalho pode ser considerada

como a evolução do sistema de Qualidade Total, englobando a qualidade de vida dos trabalhadores (VASCONCELOS, 2001). A QVT vem aos poucos se tornando objeto de pesquisa pondo em discussão teorias e questionamentos antes não pensados (ALBUQUERQUE, 1998).

A 3ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), ocorrida em 2005, teve como tema “Trabalhar, sim! Adoecer, não!” reativou a necessidade da criação de políticas públicas para definições e posicionamentos que garantam não apenas o trabalho, mas que também a segurança neste trabalho.

Apesar das melhorias e das preocupações em relação às condições de trabalho no Brasil, ainda continua a preocupação com os afastamentos do trabalho por doenças relacionadas ao trabalho ou acidentes ocorridos durante o seu desempenho. Sabe-se hoje que o trabalho pode ser causa de distúrbios de ordem física e psicológica. A preocupação com a situação dos trabalhadores levou a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) no ano de 1919, século XX, quando foi instituída a Lei dos Acidentes de Trabalho, adotada pelo Brasil por falta de legislação específica e própria para os trabalhadores no período.

A partir da publicação da Declaração Universal dos Direitos do Homem, em dezembro de 1948, observa-se uma evolução quanto ao entendimento do bem-estar do indivíduo e este documento incorporou sugestões de vários benefícios ao trabalhador como períodos de repouso e lazer (MARTINS, 2006).

O tema passou a ser objeto de estudo da Medicina do Trabalho, quando na Inglaterra, na metade do século XIX, um industrial, Robert Dernham, solicita a seu médico, Robert Baker, informações sobre que orientações e cuidados deveria ter para com seus empregados. Em resposta a tal indagação, este aconselha que ele tenha um médico dentro de sua empresa, que o deixe visitar os empregados quando estiverem trabalhando e assim possa observá-los no desempenho da função. Este médico passaria a ser o intermediário entre o patrão e os empregados e sobre ele estaria a responsabilidade do respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos trabalhadores caso algum problema de saúde os atingisse. Assim em 1830, Baker tornou-se o primeiro médico do trabalho (DIAS, 1991).

Com a evolução deste simples procedimento, mas de difícil relação, pois o médico era na realidade também um empregado e com ligação direta com a produtividade esperada pelo patrão, geram-se novos conceitos para a proteção dos trabalhadores. No final do século XX o Brasil ainda apresentou um quadro abaixo do

esperado em relação às condições para o desempenho seguro do trabalho, sejam estas associadas à redução de custos ou à inclusão de novas tecnologias, ou ainda a maior competitividade gerando a precarização das condições de trabalho por subcontratações ou por terceirizações (SALIM, 2004).

No Brasil a preocupação maior com os trabalhadores dos vários setores tem um incentivo importante nos anos 80, estando de certa maneira em sintonia com o processo de democratização que ocorreu neste período no resto do mundo (DIAS, 1991). Os riscos ocupacionais passam a ser de mais difícil identificação pelos trabalhadores pelas constantes alterações de funções para atender a demanda em determinadas áreas de serviço (OLIVEIRA, 2003).

O homem precisa do trabalho para sua sobrevivência e este lhe será dado conforme sua disposição, conhecimento experiência ou qualquer outro quesito escolhido para a seleção do candidato. A atividade que não requeira certo grau de dificuldade para o seu desempenho, assim como a educação formal, será aquela em que os iniciantes encontrarão oportunidade para conquistar seu espaço nesse mercado, agregando os que passam dos serviços informais para o trabalho formal.

A ausência de qualquer trabalhador em seu local de trabalho, por qualquer motivo, é denominada absenteísmo. O cálculo da estimativa de absenteísmo, por período, é facilmente calculável e é uma das grandes preocupações em qualquer setor trabalhista (GANDRA, 1986).

O que leva o trabalhador a faltar ao serviço não pode ser citado como causa única, mas sim como um somatório de fatores demográficos, biológicos, sociais, de organização do trabalho e psicossociais, tornando o assunto de difícil solução (ISOSAKI, 2005). Inclusos nestes fatores estão as doenças que podem ser ocupacionais, ou não, mas que justificam a ausência por meio de atestados médicos.

O impacto causado por ausências produzidas por doenças ocupacionais e acidentes de trabalho afeta a produtividade e conseqüentemente a produção econômica do país, mesmo considerando-se os números oficiais que são sabidamente subestimados pela falta de registro. Figurando entre as atividades que sofrem o maior prejuízo encontra-se o setor de alimentação (SANTANA, 2006).

As patologias relacionadas a ambientes de trabalho aumentaram no Brasil e em todo o mundo nas três últimas décadas (CAROTTO, 2006). A promoção da saúde do trabalhador tem por finalidade a melhoria da sua qualidade de vida reduzindo possíveis efeitos colaterais causados pela rotina de trabalho; em outras palavras, visa reduzir

morbidades e mortalidades provocadas por doenças profissionais e acidentes de trabalho. Sendo assim, otimiza a prestação de serviços e reduz os gastos com assistência médica e atenção à saúde (JUNIOR, 2000).

É na Constituição Federal de 1934, no artigo 121, § 1º, onde primeiramente se faz referência ao direito do trabalhador a receber assistência médica e sanitária. A Constituição de 1937, artigo 158, item IX, reconhece o direito do trabalhador à higiene e à segurança no trabalho. Entretanto, é na Constituição vigente (BRASIL, 1988), artigo 7º, item XXII, que se encontra referência ao direito que este trabalhador possui de ter os riscos inerentes do trabalho diminuídos por intermédio de normas de saúde, higiene e segurança (MARTINS, 2006).

As ações de atenção à saúde dos trabalhadores podem ser divididas em: Ações de diagnóstico – quando da assistência aos trabalhadores, vítimas de acidentes do trabalho, doenças profissionais, ou doenças relacionadas ao trabalho, com verificação do estabelecimento e da relação com o trabalho e recuperação da saúde, envolvendo tratamento e reabilitação. São procedimentos que visam o acesso dos trabalhadores segurados pelo Seguro de Acidentes do Trabalho da Previdência Social aos benefícios previstos na legislação.

Ações de promoção e proteção da saúde, com a vigilância da saúde dos trabalhadores e condições e ambientes de trabalho, normalização e fiscalização, e procedimentos de notificação. Fazem parte do grupo ainda, a capacitação e o treinamento de recursos humanos e a informação e a educação dos empregadores, trabalhadores e outros setores sociais envolvidos ou interessados no tema (JUNIOR, 2000).

As doenças do trabalhador podem ser classificadas em 4 grupos segundo a classificação de Oddone de 1986. O primeiro grupo refere-se a fatores fora do ambiente de trabalho, que seriam os causadores de acidentes e doenças inesperadas; situações a que todos estão expostos independentemente de serem trabalhadores ou não. O segundo grupo é o de fatores característicos e próprios do ambiente onde o serviço é realizado que podem ser causadores de doenças inespecíficas e doenças profissionais; o terceiro grupo engloba os fatores nocivos relacionados ao esforço físico como causa de acidentes, doenças inespecíficas e doenças profissionais; o quarto grupo trata dos fatores relacionados diretamente ao serviço incluindo rotinas, repetitividade e responsabilidade, podendo ser a causa de doenças inespecíficas e acidentes (BENEDICTO; REGIOLLI, 1997).

As doenças específicas ou profissionais podem ser definidas como todas aquelas que possuem como causas os fatores próprios do ambiente de trabalho, facilmente identificáveis. As inespecíficas, de natureza física ou psíquica, não podem ser diretamente associadas a uma causa do ambiente de trabalho, como nos casos de distúrbios gástricos, hipertensão, e neuroses (BENEDICTO; REGIOLLI, 1997).

Os Distúrbios Musculoligamentares Relacionados ao Trabalho (DMRT) e as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) são hoje denominadas como Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT). Estas são doenças que acometem ossos, músculos ou articulações e que de forma direta estariam relacionadas ao trabalho realizado. O termo *Work related musculoskeletal disorders* (WRMD) é utilizado em trabalhos de abrangência mundial para este tipo de lesão, podendo ser traduzido como Distúrbios Musculoligamentares Relacionados ao Trabalho. Estas lesões tiveram um crescimento expressivo nos últimos anos em vários setores de trabalho (CHEREM, 1997).

Embora não citados como tal, as LER/DORT, vêm a cada dia sendo o principal motivo de afastamentos do trabalho; o tratamento é difícil porque basta retomar os movimentos repetitivos para apresentar-se novamente a manifestação dos sintomas, com o agravante de que a incapacidade gerada por elas estende-se também para atividades fora do local de trabalho. Parece ocorrer uma maior propensão a mulheres serem acometidas por essa patologia. É importante neste caso específico avaliar a forma de produção do serviço e interessante mencionar que no setor de prestação de serviços há uma concentração maior no número de casos (SALIM, 2004).

Somados aos riscos por doenças ocupacionais têm-se os acidentes de trabalho. Segundo o artigo 19 da Lei n.º 8213, (BRASIL, 1991), acidente de trabalho é qualquer acidente que ocorre pelo próprio exercício do trabalho, estando o trabalhador a serviço da empresa, desde que provoque lesão corporal ou perturbação funcional e que cause a morte ou perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. A mesma lei ainda classifica como acidentes de trabalho, mas ocorridos fora do ambiente, os que ocorrem durante o percurso para o deslocamento de casa para o trabalho e do trabalho para casa ou na execução do trabalho por ordem da empresa ou ainda em viagem a serviço da empresa (BRASIL, 1991).

Para o Ministério da Previdência e Assistência Social os acidentes podem ser divididos em acidentes registrados, acidentes típicos, acidentes de trajeto, acidentes devidos a doença do trabalho. Os **acidentes registrados** correspondem ao número de

acidentes cuja Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT) cadastrou no INSS. Nesse caso não são contabilizados o reinício de tratamento ou afastamento por agravamento de lesão de acidente do trabalho ou doença do trabalho, já comunicados anteriormente ao INSS.

Os **acidentes típicos** são os decorrentes da característica da atividade profissional desempenhada pelo acidentado. Os **acidentes de trajeto** são aqueles que ocorrem no deslocamento de casa para o trabalho e do trabalho para casa. Os **acidentes devidos à doença do trabalho** são os ocasionados por qualquer tipo de doença profissional peculiar a determinado ramo de atividade reconhecida pela Previdência Social.

Apesar da saúde do trabalhador ter se tornado uma preocupação desde a Revolução Industrial (MARTINS, 2006), a comunicação dos acidentes de trabalho é facultativa. Isto pode gerar uma interpretação diferente quando o problema relacionado à saúde pode não apresentar-se no momento do evento, mas posteriormente, podendo levar ao julgamento errôneo sobre a ocorrência de que o prejuízo ao trabalhador não decorreu da sua atividade laboral (BARATA *et al*, 2000; CAIXETA; BARBOSA-BRANCO, 2005). Mesmo assim os custos com doenças ocupacionais e acidentes de trabalho são relevantes. Santana (2006) fez uma análise dos acidentes de trabalho ocorridos no ano de 2000 no estado da Bahia e identificou que 11,7% dos benefícios concedidos pelo INSS foram relacionados a problemas de saúde ocupacional, enquanto 7,3% estiveram relacionados a acidentes ocupacionais (causas externas, lesões e envenenamentos).

Oficialmente apenas um quarto dos trabalhadores possui carteira assinada (IBGE, 2000); supõe-se então que possivelmente a notificação dos acidentes de trabalho também deve estar limitada a este mesmo percentual do total dos acidentes ocorridos nas empresas. São pobres as informações prestadas sobre os acidentes de trabalho no Brasil; é provável que isto ocorra devido a inadequação da forma como se realiza o registro, ou porque ainda é restrita aos trabalhadores do mercado formal, tornando claro o sub-registro de acidentes de trabalho e doenças profissionais que acometem o trabalhador, trabalhadores informais ou prestadores de serviço (SANTANA, 2003).

As ações preventivas, de promoção e proteção da saúde, assistência, ou recuperação e reabilitação são indissociáveis na atenção à saúde dos trabalhadores. Se o propósito das ações é a resolução ou o encaminhamento do problema dos trabalhadores, essa abordagem integrada é obrigatória (JÚNIOR, 2000).

Com relação aos acidentes de trabalho, Santana *et al* (2006) fazem estimativas de custos para o país, mostrando o quanto este se torna elevado quando não se têm políticas efetivas de prevenção. Discorrem também sobre a redução da economia por conta das perdas humanas ocorridas por acidentes de trabalho que quando não matam mutilam. O estudo determina que, durante o período da pesquisa, o maior custo observado foi nas empresas de transporte e enfatiza a grande perda advinda de acidentes de trabalho. Os efeitos decorrentes dos acidentes sobre trabalhadores e suas famílias levam à redução da qualidade de vida de todo um grupo e por extensão do país.

Em todo o mundo, os acidentes de trabalho devem ser considerados como sérios problemas de saúde pública. Este tipo de acidente, se não controlado, leva a mortes e transforma trabalhadores em cidadãos incapazes para o trabalho, não escolhendo idade ou sexo. Cabe às autoridades a atenção para com o problema que gera grande prejuízo à nação, pois os que são acometidos, geralmente, estão em idade produtiva. Cada trabalhador incapaz fora do mercado elimina contribuições ao serviço e, ao mesmo tempo, onera os serviços previdenciários do país (SANTANA, 2003).

A incapacidade do trabalhador pode ser temporária ou permanente. De acordo com o Ministério da Previdência e Assistência Social, a **Incapacidade Temporária** é a que se refere a trabalhadores que ficam temporariamente incapacitados para o exercício de sua atividade. Durante os primeiros 15 dias consecutivos ao do afastamento da atividade, caberá à empresa pagar ao segurado empregado o seu salário integral. Após este período, o segurado deverá ser encaminhado à perícia médica da Previdência Social para requerimento do auxílio-doença. A **Incapacidade Permanente** se refere aos segurados que ficaram permanentemente incapacitados para o exercício laboral. A incapacidade permanente pode ser de dois tipos: parcial e total. A incapacidade permanente parcial se dá quando o acidentado, em exercício laboral, após o devido tratamento que pode ser psíquico, físico ou social, permanecer com seqüela e redução da capacidade de trabalho. Pode ainda ocorrer incapacidade permanente e total para o exercício de qualquer atividade laborativa (MPAS, 2007).

3.5 TRABALHO E ALIMENTAÇÃO

O setor de alimentação no Brasil é um segmento que vem crescendo à medida que mais mulheres passaram a disputar o mercado de trabalho. A consequência levou à

expansão do número de estabelecimentos fornecedores de alimentação fora de casa e conseqüentemente de trabalhadores de Unidades de Alimentação e Nutrição. Tal situação determina a necessidade de conhecer os trabalhadores desse segmento, suas condições de trabalho e seu pensamento a respeito dos fatores integrantes do trabalho.

O segmento de alimentação inclui Unidades de Alimentação e Nutrição (UANs) cujo objetivo é fornecer refeição equilibrada nutricionalmente, apresentando nível de sanidade adequada ao consumo humano. Esta adequação deve ocorrer tanto no sentido da promoção, manutenção e ou recuperação da saúde quanto da satisfação do cliente e o serviço oferecido: ambiente físico, convivência, condições de higiene das instalações e manipuladores (MATOS, 2003). Para que isto possa ser alcançado faz-se necessário conhecer as condições de saúde, educação e moradia dos trabalhadores além de sua condição de saúde, nutrição e principalmente sobre a segurança para desenvolvimento do seu trabalho.

O segmento de trabalho para produção de refeições teve uma grande expansão no Brasil com a criação do Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) em 1976 (ABREU, 2003) e se consolida como um mercado de trabalho em virtude da demanda por refeições fora do lar. Neste período cresceu o número de restaurantes institucionais e comerciais, com o incentivo dado às empresas fornecedoras de refeição aos funcionários de baixo salário. Encontram-se cadastradas no PAT, no Ministério do Trabalho e Emprego, 3.863 empresas fornecedoras de refeições e 82 prestadoras de serviços de alimentação coletiva (MT, 2006). A Associação Brasileira de Refeições Coletivas (ABERC) estima que o potencial teórico de refeições coletivas no país atinge quarenta milhões de refeições ao dia.

As tendências atuais em países industrializados mostram a valorização da alimentação fora de casa (PROENÇA, 2002) e isso faz com que se amplie a cada dia a preocupação com o que está se oferecendo à população, usuária constante da alimentação comercializada. Para a Associação Brasileira de Bares e Restaurantes – ABRASEL, no ano de 2006, foi estimado que 8% do total de mão de obra no Brasil encontrava-se empregada no setor de alimentação, representando 6 milhões de trabalhadores em 1 milhão de empresas, gerando uma movimentação de 2,4% do PIB do país (SOLMUCCI Jr., 2006).

O estado de saúde das pessoas que trabalham nesse setor, assim como suas práticas higiênicas, influenciam diretamente a qualidade final dos alimentos produzidos (GOES, 2003). Nas 90 empresas participantes da ABERC trabalham 175 mil pessoas

com empregos diretos, responsáveis, em 2006 por seis milhões e duzentas mil refeições. Quando a este número forem adicionados os dos restaurantes comerciais não filiados e o de restaurantes informais o número de empregos será ainda maior.

Alterações no mercado de trabalho determinaram um aumento da competitividade entre as empresas produtoras de refeições coletivas, mas a mão de obra para atendimento deste segmento é disputada pela experiência. Os empregos são destinados aos que têm experiência e as principais preocupações dizem respeito à mão-de-obra e às questões sobre higiene e sanidade das preparações (PROENÇA, 1999); de forma autodidata, poucos são aqueles que procuram ou conseguem escolas para aprender ou aperfeiçoar técnicas e, mesmo quando estas estão disponíveis, as técnicas ensinadas são de culinária, de processos de higiene, ficando a saúde e a segurança do trabalhador em um plano secundário por não interessar ao empregador.

Deve-se considerar que uma UAN depende inteiramente de seus trabalhadores para o cumprimento de sua meta; possui ritmo acelerado de trabalho e condições inóspitas. O desafio diário é adaptar essas condições ao tempo de preparo da refeição, mantendo a qualidade do produto final, desafio diário para os trabalhadores (BERTIN, 2005), e que cria situação de risco para a sua saúde. A importância do indivíduo se deve ao fato de que não há serviço sem a presença da mão de obra, de que trabalhadores treinados, ou não, recebem a incumbência do preparo seguro da refeição a ser servida.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 216 (BRASIL, 2004) define os serviços de alimentação o estabelecimento onde o alimento é manipulado, preparado, armazenado e ou exposto à venda, podendo ou não ser consumido no local. Essa resolução visa, principalmente, manter a produção segura do produto e à proteção ao consumidor, por meio da adoção de procedimentos que objetivam a qualidade sanitária do produto. Isso porque se sabe que esta é a segunda maior causa de adoecimento em todo mundo, apesar de apenas parte das doenças transmitidas por alimentos ser notificada (PROENÇA, 2002). No entanto a RDC 216 exclui do seu âmbito de atuação as cozinhas dos estabelecimentos assistenciais de saúde.

As unidades que produzem refeições funcionam diariamente e nas unidades hospitalares o serviço é ininterrupto, não importando se o quadro de trabalhadores encontra-se ou não completo. Portanto em determinadas situações é possível se ter acúmulo de serviço, oriundo da taxa de absenteísmo (ISOSAKI, 2005), que sobrecarga os trabalhadores em consequência da necessidade de cumprir horas-extras, fator

desencadeante de novas ocorrências no serviço, assim como de novas ausências por atestados médicos.

O homem deve ser visto como elemento-chave em qualquer empresa, qualquer que seja a função desempenhada (MEZOMO, 2002). Entretanto ainda está distante a valorização da classe de trabalhadores que atuam em unidades de alimentação, provavelmente pela história da concepção do trabalho na cozinha, realizado por escravos ou indivíduos sem qualificação, sem ao menos se identificar dentre estes trabalhadores quais os que realmente gostavam ou queriam permanecer no setor de alimentação.

Brito (1998) afirma que pela simples observação pode-se identificar que o trabalho em UANs é socialmente desvalorizado, por não exigir alto nível de escolaridade e qualificação. Contudo, é fator decisivo no funcionamento dessas unidades a caracterização dos trabalhadores, sua escolaridade e sua formação específica para o trabalho. No Brasil, o setor tradicionalmente dispõe de um quadro de pessoal com baixo nível de escolaridade e alto índice de rotatividade tornando-se pouco atrativo para a mão de obra disponível no mercado. Possivelmente, por isso se explique a falta de motivação para atuar no setor de alimentação (PROENÇA, 1999).

Os recursos humanos destinados às UANs devem ser alocados visando o cumprimento dos seus objetivos, em concordância com as diretrizes da empresa (TEIXEIRA, 2001). No entanto, muitas vezes um trabalhador que não tem uma qualificação encontra no setor a oportunidade do trabalho, o que pode ser uma preocupação por representar um risco à produção segura de alimentos (NUNES, 2006). A motivação para o trabalho leva à satisfação que pode se transformar em produtividade (ABREU, 2003). De maneira geral, observa-se que apenas a exigência crescente quanto ao cumprimento de normas de procedimentos para garantir a segurança microbiológica do alimento se destaca entre os trabalhadores dessas unidades a despeito da motivação.

Leal (1998) argumenta que dadas as influências que contribuíram para a formação da culinária brasileira, o trabalhador brasileiro se tornou conhecido pela “mania de juntar as coisas”, e, possivelmente, isso contribui para a filosofia da formação de equipes de trabalho nas UANs onde apenas se agrupam habilidades, sem a capacitação necessária a manutenção da segurança alimentar e desconsiderando-se o trabalhador, sua motivação, sua saúde, sua satisfação e o desenvolvimento do trabalho seguro. Bertin (2005) alerta para o fato de que esses trabalhadores são marginalizados também quanto ao desenvolvimento do conhecimento específico para o segmento.

Faz parte das atribuições do nutricionista responsável, bem como do gestor de UANs, oferecer ao trabalhador, iniciante ou não, além do treinamento adequado ao desempenho de sua função, a orientação quanto a forma mais segura de realização do trabalho, incluindo a correta utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Coletiva que, contribui para a prevenção de acidentes em seu local de trabalho (ABREU, 2003; CFN, 2006). Venceslau (2001) alerta que este treinamento deve prever atividades teóricas e práticas, e além de possibilitar o desempenho adequado das atividades, também pode ser um instrumento para minimizar custos operacionais da empresa.

As atividades de um treinamento visam a conscientização dos trabalhadores quanto ao seu papel e responsabilidade no processo produtivo e para as situações em que se tem alta rotatividade os programas devem ser periódicos (OPAS, OMS, 2001). Além disso, também é importante destacar o conteúdo sobre prevenção de acidentes ou doenças ocupacionais, que poderá contribuir para a redução no número de doenças ocupacionais, ou mesmo de acidentes ocorridos durante o período de trabalho, pelo não uso dos EPIs ou por desconhecimento sobre a sua correta utilização. O ponto principal desta questão deve considerar que as conseqüências por estas ocorrências, físicas ou econômicas, acarretarão certamente na redução da qualidade de vida do trabalhador.

4 METODOLOGIA

4.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo e quantitativo, descritivo porque o objetivo é descrever as características de uma dada população; é transversal, por descrever características pessoais de um grupo e suas histórias de exposição a fatores causais em um período de tempo determinado e de natureza exploratória, pois tem como objetivo proporcionar maior conhecimento do problema para torná-lo mais explícito (VIEIRA e HOUSSNE, 2001).

4.2 O INSTRUMENTO

Os dados foram obtidos por meio de questionários aplicados em sua totalidade pela responsável pela pesquisa, para assim eliminar qualquer dúvida nas transcrições das respostas obtidas e aproximar pesquisador – pesquisado e seus locais de trabalho.

O modelo do questionário já validado encontra-se em anexo (Anexo 1) e foi adaptado do instrumento do projeto “Perfil de Recursos Humanos vinculados as Unidades de Alimentação e Nutrição do Distrito Federal”, elaborado pelo Departamento de Nutrição da Universidade de Brasília e aprovado pelo Comitê de Ética no ano de 2004.

Realizou-se avaliação semântica do instrumento de pesquisa, com cinco colaboradores que desempenham as funções de nutricionista (1), técnico em nutrição (2) e copeira (2). O modelo adaptado foi submetido à nova avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e do Hospital Universitário de Brasília no ano de 2007, sendo cumpridas todas as exigências feitas para o início da pesquisa (Apêndice 1).

4.3 AMOSTRA

A amostra do estudo, de conveniência, foi constituída de trabalhadores de duas Unidades de Alimentação e Nutrição, uma auto-administrada e outra com a administração terceirizada, localizadas em hospitais públicos do Distrito Federal destinados ao atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde - SUS. Doravante a

UAN com gestão própria passa a ser denominada de **Unidade A** e a de gestão terceirizada de **Unidade B**.

A amostra censitária foi composta por 206 funcionários das unidades pesquisadas, sendo que 124 são trabalhadores da **Unidade A** e 80 da **Unidade B**. Foram excluídos da amostra todos aqueles que não quiseram participar ou se recusaram a assinar o termo de consentimento, aqueles que estavam em gozo de férias ou afastados do trabalho por qualquer outro motivo durante o período de coleta de dados, totalizando uma amostra constituída por 170 trabalhadores. Neste universo, 60% (100) dos trabalhadores são da **Unidade A** e 40% (70) da **Unidade B**. Esses novos valores correspondem a uma amostra constituída por 81% dos trabalhadores da **Unidade A** e 88% dos trabalhadores da **Unidade B**.

Foram aplicados questionários a todos os trabalhadores, que concordaram em respondê-lo, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2). A coleta foi realizada no horário de trabalho nos turnos da manhã, tarde ou noite, em dias alternados, durante um período de 90 dias, procurando-se contemplar todas as categorias e todos os turnos de trabalho. Os questionários foram preenchidos pela pesquisadora apenas, visando a manutenção do mesmo padrão de transcrição de respostas. Para melhor descrever as situações encontradas e as citadas pelos participantes, foi realizada uma observação dirigida voltada aos itens investigados.

Nenhum dos questionários foi identificado, deixando livres os participantes da amostra para qualquer comentário mesmo que este pudesse ser contrário a interesses das empresas. A vantagem do anonimato é o fato dos pesquisados se sentirem mais confiantes, trazendo ao pesquisador mais fidedignidade nos dados obtidos (CERVO, 1996).

4. 4 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Os dados coletados foram armazenados em planilhas do programa Microsoft Office Excell 2003. Para análise descritiva dos dados, tabelas e gráficos foram construídos, calculadas médias e percentuais.

Para se estudar os possíveis fatores de riscos associados à ocorrência de doenças por causa do trabalho foi realizado o ajustamento de uma regressão logística binária multivariada. Considerou-se como variável dependente a ocorrência ou não de acidente durante o trabalho. Foram consideradas como potenciais fatores de riscos as variáveis

independentes: sexo, idade escolaridade, tempo de empresa, setor de trabalho, recebimento de treinamento, orientação no treinamento, experiência anterior, recebimento de função por escrito, hora extra, gosto por hora extra, utilização de equipamento de proteção, satisfação com a função, satisfação com a empresa e doença por causa do trabalho. Do resultado do modelo foram calculadas as razões de chances e estimadas as prevalências de doença por causa do trabalho. Para efeito de análise, foi utilizado um nível de significância de 5 %, portanto foram considerados valores de p menores que 0,05. O programa utilizado para as análises de associação foi o SAS/ 9.1.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

5.1.1 Origem

A intenção de se verificar a origem dos manipuladores de alimentos nas unidades pesquisadas se deve ao fato de identificar se Brasília, com 48 anos de existência, já teria seus nativos contribuindo em maior número nas unidades pesquisadas. Em nenhuma das duas unidades o percentual de trabalhadores naturais do Distrito Federal chegou a atingir a metade do número total de trabalhadores pesquisados. Na **Unidade A**, 28 (28%); na **Unidade B**, 22 (31%) dos trabalhadores são do Distrito Federal (Figura 1).

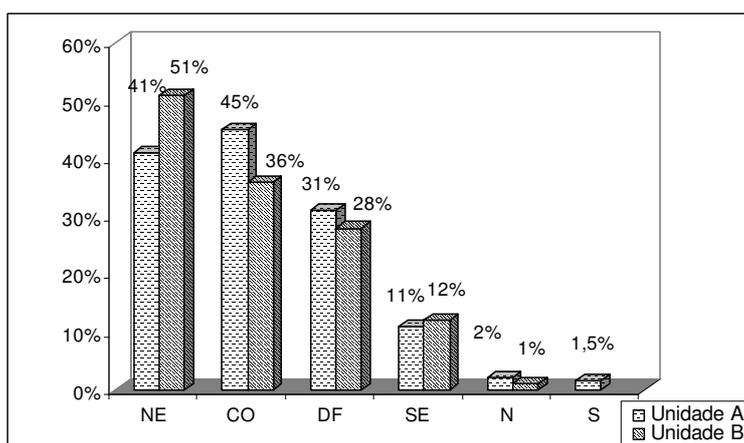


Figura 1 - Distribuição percentual por região de origem dos trabalhadores das unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.

Nas duas unidades pesquisadas a maior parte dos trabalhadores tem sua origem na região nordeste, enquanto a região norte tem a menor representatividade. Bertin (2005) em trabalho realizado com amostra de 15 manipuladoras de alimentos em uma UAN hospitalar na cidade de São Paulo encontrou que apenas 48% eram oriundas do estado, 27% provenientes da região nordeste, 13% da região sudeste, 6,5% da região norte e 6,5% da região sul.

Não foi encontrada nenhuma descrição em trabalhos científicos sobre a origem dos trabalhadores de UANs no Distrito Federal. Os resultados obtidos sobre esta questão nas duas unidades pesquisadas mostram que o número de trabalhadores da

região ainda é menor que o daqueles vindos de outros estados. Frente a este resultado ficam algumas indagações que não podem ser respondidas com os dados obtidos: os trabalhadores nascidos no Distrito Federal não estariam sendo atraídos para o setor de refeições? Não estariam tendo chances de ingresso no setor? Não estariam motivados pela remuneração oferecida? Teriam conseguido melhores oportunidades de outros serviços?

As pesquisas sobre esses trabalhadores são escassas em virtude de provavelmente, ainda não serem tratados apenas como recursos para execução de serviços nas unidades, o que dificulta a comparação de dados (BERTIN, 2005).

5.1.2 Distribuição por sexo

Com relação ao total de trabalhadores do universo pesquisado verifica-se a participação de 48 homens e 122 mulheres, que corresponde a um percentual de 28% e 72%, respectivamente. Na **Unidade A** fizeram parte da amostra 74 (74%) mulheres e 26 (26%) totalizando 100 trabalhadores; na **Unidade B**, 48 (69%) mulheres e 22 (31%) homens somando 70 trabalhadores pesquisados. Pesquisa de Zacarias (1991) realizada no Chile, com trabalhadores de várias unidades aponta para um maior número de mulheres neste setor de atividade, identificando um percentual de 60,3% de trabalhadoras do sexo feminino na amostra estudada.

Bertin (2005) observa que apesar do aumento do número de homens no setor, este ainda é dominado pelo sexo feminino, sendo o serviço em UAN tido como a extensão do serviço doméstico, normalmente realizado por mulheres. Monteiro (2005) cita a efetiva participação feminina em atividades econômicas no Brasil em áreas urbanas. Segundo a autora durante o período de 1999-2000 a participação foi de 51% no grupo de 15 a 24 anos e de 67% no grupo de 25 a 34 anos, caindo para 28% no grupo de idade igual ou superior a 50 anos.

A necessidade de pessoal para uma unidade de alimentação sofre influências, que variam em muitos aspectos: tipo de cardápio oferecido, localização da unidade, clientela, condição financeira, entre outros, devendo as empresas contar com um quadro de pessoal em quantidade e qualidade suficientes (OLIVEIRA, 1982; TEIXEIRA, 2001). O termo empregado é usado para designar a pessoa física prestadora de serviço de natureza contínua para uma empresa que está subordinada a seu empregador e recebe pagamento pelo trabalho realizado (MARTINS, 2006). Os empregados de unidades de

alimentação diretamente envolvidos no processo de elaboração de preparações alimentícias são denominados de manipuladores de alimentos (ANVISA, 2004).

5.1.3 Funções

As nutricionistas apesar de desenvolverem seu trabalho supervisionando todos os setores das unidades foram alocadas no setor Administrativo por incluir-se sua atribuição gerencial como função administrativa. No setor administrativo foi encontrado apenas um homem em cada UAN pesquisada.

Tabela 1 - Distribuição dos trabalhadores por setor nas unidades pesquisadas no período de de julho a setembro de 2007.

Setores	Unidade A		Unidade B	
	n	%	n	%
Administração	16	16%	9	13%
Cocção	20	19%	10	14%
Recebimento e Armazenamento	6	6%	4	6%
Distribuição	44	45%	40	57%
Higienização	14	14%	7	10%
Total	100	100%	70	100%

Para verificar o percentual dos trabalhadores que presta serviço durante toda a jornada de trabalho dentro da área de produção, somaram-se os setores de pré-preparo, cocção, recebimento e armazenagem e higienização. Os percentuais encontrados para este grupo foram de 40% dos funcionários na **Unidade A**; destes, 24% das vagas são preenchidas por mulheres e 16% por homens. Na **Unidade B** este grupo corresponde a 30% de todo o pessoal, dos quais 53% são mulheres e 26% homens. No setor de distribuição, o número de mulheres é maior do que o de homens e estes atuam somente no refeitório. Na **Unidade A**, 99% são mulheres; na **Unidade B**, 87,5% (Tabela 1).

Assim observa-se que os percentuais de divisão de pessoal por setor nas unidades pesquisadas segue um perfil muito semelhante, ficando a distribuição com o maior percentual de trabalhadores e de mulheres em ambas as unidades.

As UANs hospitalares se caracterizam ainda pela diversidade de produtos confeccionados, que pode variar em complexidade e quantidade de acordo com o padrão da empresa e por isso precisa contar com a participação dos diferentes setores e diferentes trabalhadores especializados.

5.1.4 Idade

Sobre a idade média dos manipuladores os dados obtidos indicam que esta foi de 35 anos com desvio padrão de 9,24 para a idade mínima de 20 anos e máxima de 60. A faixa etária média entre as mulheres na **Unidade A** foi de 33 anos; para os homens foi de 35. Na **Unidade B** a média de idade foi de 36 anos para mulheres e 35 para homens. Na **Unidade A**, 45% (45) do total tem até 30 anos de idade e 55% (55) acima desta idade, na **Unidade B**, 31% (22) têm até 30 anos 69% (48) acima desta idade.

Na **Unidade A** tem-se um percentual de 29% (29) acima dos 40 anos; na **Unidade B** o valor foi de apenas 18% (13). Na **Unidade A** encontramos um maior percentual de trabalhadores com idade acima de 50 anos 10% (10), um deles com 60 anos, enquanto na **Unidade B** apenas uma trabalhadora do setor administrativo informou ter mais de 50 anos (Figura 2).

Considerando-se que a idade média encontrada foi de 35 anos para o universo pesquisado seria possível considerar que a maior parte dos trabalhadores seria nativa; no entanto quando se comparam os dados referentes à origem e à faixa etária verifica-se que a região nordeste continua como importante fornecedora de mão de obra à capital do país. Cabe a indagação neste caso, se isto não estaria ocorrendo pela baixa qualificação desse grupo da população ou, se os salários oferecidos, que são baixos, estariam sendo aceitos em sua maioria por trabalhadores imigrantes desta região.

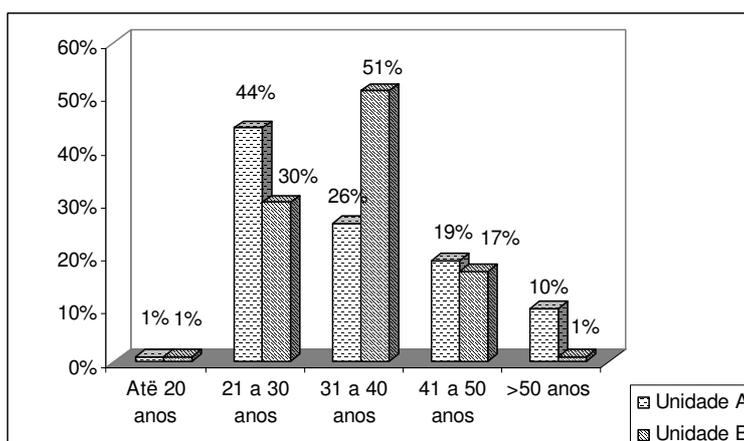


Figura 2 – Distribuição percentual por faixa etária dos trabalhadores nas Unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.

Bertin (2005) identificou em sua pesquisa que a faixa de idade das trabalhadoras do hospital pesquisado foi de 35 a 58 anos com média de 48 anos, estando apenas 2 trabalhadoras com idade abaixo de 40 anos. A diferença encontrada entre os dados deste trabalho e os de Bertin se deve talvez ao fato de que provavelmente as trabalhadoras pesquisadas por ela serem funcionárias públicas, admitidas na instituição por meio de concurso, o que pode justificar a faixa de idade mais alta. Na **Unidade A** os trabalhadores ou são prestadores de serviço, ou admitidos por concurso (nutricionistas e técnicos de nutrição). Na **Unidade B**, de natureza privada, os trabalhadores são celetistas. Zacarias (1991), em pesquisa com manipuladores de alimentos de unidades variadas, identificou que a faixa etária dos pesquisados variou entre 18 e 65 anos, com a média de 34,6 e variação de 11,3 anos, resultado semelhante ao resultado obtido nesta pesquisa.

5.1.5 Escolaridade

Os níveis de escolaridade adotados para a pesquisa foram escolaridade até a 4ª. série do ensino fundamental; da 4ª. a 8ª. série; ensino médio completo ou não e ensino superior completo ou incompleto, apesar das recentes mudanças quanto ao total de anos escolares, uma vez que a classificação prevista estava de acordo com o modelo cursado pelos pesquisados (Figura 3).

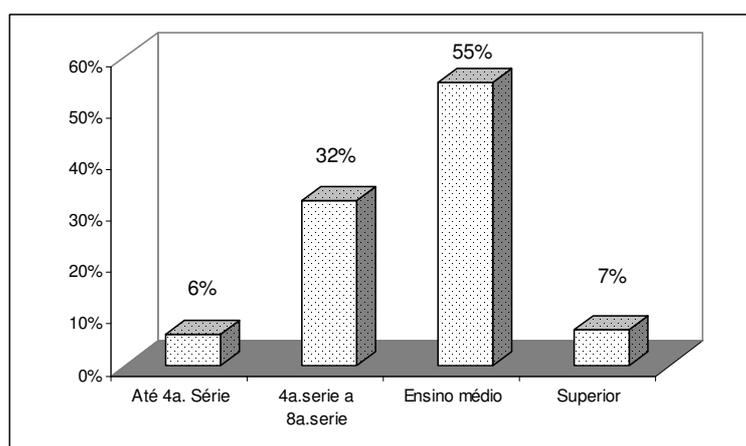


Figura 3 – Distribuição do total da amostra de trabalhadores por nível de escolaridade nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.

A tabela 2 mostra a distribuição percentual de trabalhadores por sexo e nível de escolaridade nas unidades pesquisadas. É possível considerar que o número mais elevado de trabalhadores com o curso superior deve-se ao fato dos nutricionistas fazerem

também parte do universo pesquisado. Trabalhadores que cursaram até a 8ª. série e ensino médio ocuparam a posição seguinte quanto ao nível de escolaridade e possivelmente pela contribuição dos profissionais com curso de Técnico em Nutrição.

Tabela 2 - Distribuição do percentual de trabalhadores por sexo e nível de escolaridade nas Unidades pesquisadas de julho a setembro de 2007.

	Unidade A				Unidade B			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Até a 4ª. série	5	20	5	7	1	4	-	-
4ª. série à 8ª. série	10	38	19	26	10	46	14	29
Ensino médio	10	38	43	58	10	46	31	65
Superior	1	4	7	9	1	4	3	6
Total	26	100	74	100	22	100	48	100

Em sua pesquisa, Bertin (2005) identificou que 60% das trabalhadoras tinham apenas o primeiro grau (completo e incompleto) e que os 40% restantes tinham o segundo grau, também completo ou incompleto. A diferença encontrada entre os dados deste estudo e os de Bertin pode estar relacionada ao tipo de amostra com trabalhadoras da cozinha dietética e do lactário, deixando outras funções fora do universo dos manipuladores pesquisados. Outra hipótese poderia ser com relação ao tipo ingresso no trabalho, se por concurso ou não. Para Bertin as trabalhadoras de sua amostra demonstraram dificuldades em ler, escrever acarretando com isto a dificuldade de expressão e possivelmente a desmotivação para o trabalho. Nunes (2002) também identificou um número predominante de mulheres apresentando baixo nível de escolaridade.

Nunes (2002) avaliando manipuladores de alimentos do segmento comercial encontrou um percentual superior a 60% com o nível fundamental de escolaridade, em andamento ou concluído, perfil diverso do encontrado nesta pesquisa, que observou um maior percentual de trabalhadores em nível médio, completo ou não: na **Unidade A**, 53% (53) e 57% (41) na **Unidade B** (Figura 3).

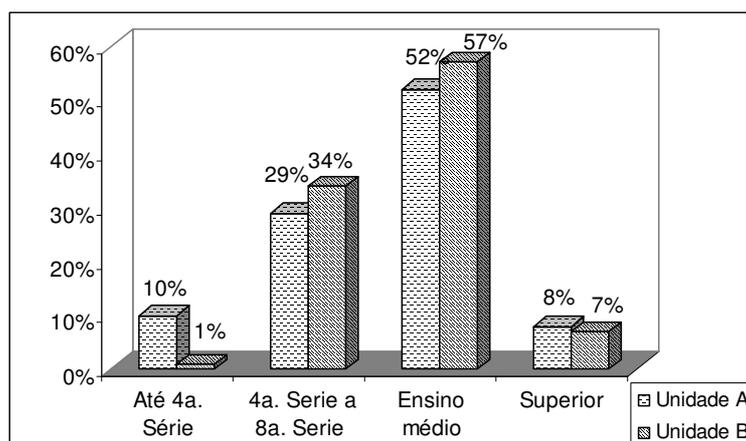


Figura 4 - Distribuição da amostra por nível de escolaridade nas Unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.

Quando analisado o nível de escolaridade por setor, poucos são aqueles em que o maior percentual não se encontra no nível médio. Isto possivelmente pode estar ocorrendo devido a uma maior exigência das empresas na fase de contratação (Tabela 3), o que possivelmente poderá ao longo do tempo trazer maiores benefícios ao setor.

Segundo Mezomo (2002), neste segmento de serviços são necessários alguns atributos para a seleção dos recursos humanos, destacando-se entre eles, a conotação social do serviço da “cozinha” e a responsabilidade das operações realizadas no setor assim como o nível educacional do pretendente ao cargo. Verifica-se que ao mesmo tempo em que se valoriza a qualificação como meio inclusive de garantir que o alimento esteja nos níveis exigidos de segurança, a autora não deixa de mencionar o valor social associado à unidade ou “cozinha” como ela se refere no texto. Importante avaliar que tipo de qualificação ou capacitação o trabalhador deve especificamente ter para o exercício profissional. Se esta capacitação atende ao trabalhador, além de fornecer instruções sobre preparações e refeições seguras, estaria também orientando acerca de formas de prevenção de acidentes e doenças relativas ao trabalho (MEZOMO, 2002). Legalmente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceu na RDC 216 a obrigatoriedade de capacitação para manipuladores de alimentos em serviços comerciais de alimentação (ANVISA, 2004).

Há consenso entre as empresas contratantes que o recrutamento de trabalhadores deve exigir um nível cada vez maior de escolaridade formal (RABELO *et al.* 1995). Estes autores observaram que os funcionários com menor “tempo de casa” possuem

mais anos de escolaridade, tendo sido encontrados entre os diversos indivíduos da amostra vários com o ensino médio completo assim como trabalhadores com nível superior incompleto. A faixa de trabalhadores semi-alfabetizados, nessa pesquisa, é a menor, o que sugere que o antigo perfil dos manipuladores do setor não se caracteriza mais como os de mão-de-obra menos qualificada.

Solmucci Jr. (2008), presidente da Associação Brasileira de Bares e Restaurantes (ABRASEL), destaca que a mão-de-obra no setor é pouco ou nada qualificada, muitas vezes sem nenhuma instrução formal. O trabalhador do setor muitas vezes não sabe ler, sendo impossível para ele seguir corretamente uma receita. Assegura que no Brasil necessita-se mais de cozinheiros¹ do que de chefes de cozinha². Entretanto deve-se considerar que a partir do momento em que se exige um maior grau de escolaridade ou uma qualificação específica do candidato faz-se necessário atribuir a este uma remuneração compatível com a responsabilidade da função que desempenha.

¹ Cozinheiro – indivíduo que cozinha, que sabe preparar pratos triviais ou refinados, especialmente o que desenvolve profissionalmente esse conhecimento.

² Chefe de cozinha – Profissional cozinheiro que lidera o serviço desempenhado na cozinha, supervisionando insumos, outros profissionais e as preparações a serem servidas.

Tabela 3 - Distribuição do percentual de trabalhadores por nível de escolaridade e setor de atuação nas Unidades pesquisadas no período de de julho a setembro de 2007.

	Unidade A				Unidade B			
	Até a 4 ^a . série	4 ^a . à 8 ^a . série	Ensino médio	Superior	Até a 4 ^a . série	4 ^a . à 8 ^a . série	Ensino médio	Superior
Administração	-	-	9 (9%)	7 (7%)	-	1 (1%)	5 (6%)	3 (6%)
Cocção	3 (3%)	7 (7%)	9 (9%)	-	-	6 (9%)	4 (6%)	-
Recebimento	1 (1%)	2 (2%)	3 (3%)	-	-	2 (3%)	1 (1%)	1 (1%)
Distribuição	2 (2%)	14 (14%)	28 (28%)	1 (1%)	1 (1%)	10 (10%)	29 (41%)	-
Higienização	4 (4%)	6 (6%)	4 (4%)	-	-	5 (7%)	2 (3%)	-
Total	10 (10%)	29 (29%)	53 (53%)	8 (8%)	1 (1%)	24 (34%)	41 (57%)	4 (7%)

5.2. CONTRATAÇÃO, VÍNCULO E BENEFÍCIOS

5.2.1 Seleção

Os trabalhadores da **Unidade A** são contratados mediante concurso público ou contratados para a prestação de serviços, no entanto não informou quais os critérios para a assinatura do contrato pelos trabalhadores porque isto é de responsabilidade do departamento de recursos humanos. Destacou, contudo, que todos os candidatos são entrevistados pela gerência do setor antes de se dirigirem ao departamento pessoal. Verifica-se que apenas 5 trabalhadores foram admitidos por concurso público e possuem cargo de nível superior ou nível técnico; os demais, por prestação de serviços temporários. O tempo médio de permanência do trabalhador na **Unidade A** é de 6 anos.

Na **Unidade B** o serviço é terceirizado por empresa selecionada em processo de licitação. Os trabalhadores dessa unidade são contratados pelo regime da CLT com registro em carteira de trabalho, gozando dos direitos previstos por lei. O departamento envolvido com a contratação exige atualmente o segundo grau completo na seleção de candidatos; medida importante, pois estes trabalhadores, em tese, teriam uma maior facilidade para assimilar os ensinamentos fornecidos em treinamentos. O tempo médio de permanência dos trabalhadores na unidade é de 7 anos.

Observa-se que a média do total de permanência nas unidades é de 6,5 anos ou 78 meses com desvio padrão de 65 meses; o tempo mínimo foi de menos de 1 mês e o máximo de 324 meses. Apesar da rotatividade ser freqüente neste tipo de serviço, nas unidades pesquisadas o tempo médio de permanência ultrapassa um ano de serviço.

Sobre os critérios de seleção adotados para a contratação dos trabalhadores, entre as unidades pesquisadas, identificou-se, mediante as informações fornecidas pelos próprios trabalhadores, a falta de uniformidade de critérios e procedimentos: as entrevistas são a forma predominante de seleção, no entanto na **Unidade A**, a opção “estágio ou treinamento voluntário” encontra-se em segundo lugar (Tabela 4).

O estágio voluntário citado pelos trabalhadores na **Unidade A** consiste em receber o trabalhador, sem contrato formal, para que o mesmo aprenda a tarefa, por um tempo indeterminado, quando então poderá ser ou não contratado. Enquanto estagiário, não recebe proventos, mas cumpre jornada regular de trabalho. O tempo de estágio voluntário entre os trabalhadores variou e, segundo eles, não ocorre mais na unidade.

Tabela 4 – Critério de seleção dos trabalhadores nas Unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.

	Unidade A		Unidade B	
	n	%	n	%
Entrevistas	73	73	66	93
Questionário	1	1	5	17
Teste prático	5	1	12	17
Concurso	7	6	-	-
Prova escrita	2	2	24	34
Estágio Voluntário	20	20	-	-
Total	108	108	107	151

Em ambas as unidades, alguns trabalhadores relatam ter realizado mais de um teste para contratação, sendo isso mais evidente na **Unidade B** onde mais da metade dos pesquisados realizam entrevista e outro tipo de avaliação, em sua maioria, prova escrita. Na **Unidade A** o percentual dos que fizeram mais de uma modalidade é menor. No estudo de Bertin (2005) as trabalhadoras tinham de 8 a 20 anos de trabalho e isso se deve possivelmente ao fato da estabilidade obtida por concurso.

Laudares e Tomasi (2003) alertam para o desafio das empresas nos processos de recrutamento e seleção de pessoal, onde o exigido passa a ser a competência e não apenas a qualificação obtida em centros de formação profissional, o que requer do profissional um novo perfil adaptável à empresa. Isto se justifica por certificados apresentados e habilidades não verificadas em muitos dos portadores destes papéis. Portanto, seria conveniente a adoção de testes onde a qualificação citada pelo pretendente pudesse ser avaliada, medida que serviria para elevar o nível de capacitação de trabalhadores das UANs. Todo o processo que envolve recursos humanos é importante neste segmento de trabalho, estando ligado diretamente à qualidade do serviço prestado ou a garantia da alimentação servida (ABREU, 2003). Segundo a Lei 9.608, artigo 1.º, serviço voluntário é qualquer atividade não remunerada prestada por pessoa física a qualquer entidade pública ou privada. Este trabalho deve ser considerado como uma doação humanitária, desinteressada de qualquer remuneração. O serviço voluntário não gera qualquer obrigação de natureza trabalhista. O empregador não necessita pagar pelos serviços ou recolher contribuições sociais (MARTINS, 2006). Portanto a modalidade estágio voluntário não possui respaldo legal para continuar a ser um critério de contratação de pessoal na **Unidade A**. Abreu (2003) alerta que ao se

contratar um trabalhador deve-se extrair dele o seu melhor desempenho e em contrapartida este deve receber uma remuneração justa, ficando a empresa obrigada a cumprir com todas as normas trabalhistas vigentes inclusive as de segurança para o trabalhador.

Neste estudo verifica-se que uma das dificuldades encontradas para se obter as informações dos entrevistados se deve a insegurança sobre a permanência no emprego em função do tipo de contrato. No caso da **Unidade A**, a contratação dos trabalhadores é prevista para seis meses e renovada após este período. No entanto o que se observa é que o tipo de contratação persiste por vários anos sem as garantias legais contrariando a legislação trabalhista que prevê no artigo 451 que “o contrato de trabalho por prazo determinado que tácita ou expressamente for prorrogado mais de uma vez passará a vigorar sem determinação de prazo” (BRASIL, 1943). Tal situação se aproxima a de um trabalhador informal que realiza suas atividades de maneira geral em condições físicas e estruturais precárias, com salários reduzidos, ausência de cobertura da seguridade social e falta de assistência (SALIM, 2004).

5.2.2 Turnos de Trabalho

Com relação ao total de carga horária semanal, verifica-se que na unidade A os trabalhadores admitidos por concurso têm trinta horas por semana e os demais quarenta horas. Na unidade B o turno semanal de trabalho é de quarenta e quatro horas.

Comparando-se a jornada de trabalho entre as duas unidades identifica-se que na **Unidade A** predomina o regime de doze horas de trabalho por trinta e seis de descanso para apenas os admitidos por concurso; os copeiros trabalham em turnos. Na unidade B os funcionários com 6 horas semanais trabalham 12 horas em finais de semana invertidos com a finalidade de completar a carga semanal (Tabela 5). Bertin (2005) identificou que todas as trabalhadoras de sua amostra cumpriam o horário de 12 horas trabalhadas por 36 horas de descanso.

O substantivo **turno** com origem na palavra espanhola *turno* significa turma de trabalho e refere-se à divisão de horários dos trabalhadores, portanto, o trabalho por turno se caracteriza pelo revezamento dos funcionários nas mesmas máquinas tornando o serviço ininterrupto. Nas UANs a produção de refeições se caracteriza como um serviço contínuo. De acordo com a Constituição Brasileira os turnos de revezamento

podem ser aplicados em qualquer tipo de atividade incluindo a hospitalar (MARTINS, 2006).

Tabela 5 - Distribuição por turno dos trabalhadores nas Unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.

Turno	Unidade A		Unidade B	
	n	%	n	%
Manhã	27	27%	35	50%
Tarde	33	33%	25	36%
Noite	5	5%	-	-
Manhã e Tarde	35	35%	10	14%
Total	100	100%	70	100%

Lemos (1999) concluiu que jornadas de trabalho com mais de 8 horas diárias podem ser improdutivas como consequência de fadiga muscular, aumentando a exposição de trabalhadores a riscos a que são expostos diariamente. Relatos indicam que o trabalho por doze horas consecutivas pode se refletir no acometimento de doenças ocupacionais ou propiciar um maior número de acidentes devido ao tempo maior de exposição aos fatores causadores de estresse (METNEZER; FISHER, 2001). O regime de doze horas de trabalho com trinta e seis horas de descanso, comum em hospitais e demais serviços de saúde, é lícito, não sendo consideradas horas extras as horas trabalhadas além da oitava hora (MARTINS, 2006).

A Norma Regulamentadora n.º 07, CLT, trata de exames médicos a serem realizados em trabalhadores, estabelece a obrigatoriedade para todos os contratados por empresas, públicas ou privadas, e tem como objetivo a promoção e preservação da saúde como parte do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). Um dos itens mais importantes deste programa está relacionado ao rastreamento e diagnóstico das doenças relacionadas ao trabalho, podendo desta forma contribuir para a criação de medidas ou políticas públicas que possam assegurar o trabalhador nessas situações (BRASIL, 1978).

5.2.3 Exames médicos

Pelos dados obtidos nesta pesquisa, verifica-se que 71% (71) dos trabalhadores da **Unidade A** realizaram exames médicos na admissão enquanto na **Unidade B** o percentual foi de 97% (68). Essa diferença provavelmente se deve ao fato de que alguns

dos mais antigos trabalhadores alegaram que “naquele tempo” o exame não era exigido, apesar de isso não ter sido perguntado no questionário. Houve ainda os que informaram que após certo tempo de trabalho, fizeram o exame médico e hoje o realizam periodicamente. A empresa contratante dos trabalhadores da **Unidade B** encaminha todos os manipuladores para realização de exames profissionais.

Investigou-se a periodicidade de realização destes exames com o objetivo de avaliar se o trabalhador conseguiria identificar a frequência de sua realização e as respostas obtidas discordaram daquelas informadas pelas nutricionistas responsáveis, apesar do relato impreciso por parte de alguns trabalhadores sobre a frequência de realização de exames médicos (Tabela 6). Em ambas as unidades o percentual de trabalhadores que responderam que não sabiam ou que disseram que o exame era semestral variou de 16% (16) na **Unidade A**, 39% (27) na **Unidade B**. Este conflito de informações deve-se talvez à falta de atenção do trabalhador sobre a questão.

A periodicidade legal para realização de exames é anual ou em intervalos menores de acordo com o critério do médico do trabalho responsável, em função da atividade desempenhada e da condição individual do trabalhador: portadores de doenças crônicas e exposição a riscos ou agravamento de doenças ocupacionais (BRASIL, 1978).

Tabela 6 - Frequência relatada de realização de exames médicos pelos trabalhadores nas Unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.

Periodicidade da realização de exames	Unidade A		Unidade B	
	n	%	n	%
Realiza exames semestralmente	32	32 %	27	39 %
Realiza exames anualmente	52	52 %	31	44 %
Não soube relatar a frequência	16	16 %	12	17 %
Total	100	100%	70	100%

É obrigação do contratante a implantação e implementação do PCMSO nas empresas. O ônus decorrente do programa também é de responsabilidade do empregador, ficando o trabalhador isento de qualquer custo dele decorrente. A existência do exame médico é considerada uma medida preventiva da medicina do trabalho (MARTINS, 2006). Seguindo determinação legal, o exame médico deve ser realizado quando da admissão, da dispensa, e, periodicamente, de acordo com a função desempenhada (CLT, 1943).

Sobre a concessão de benefícios adicionais aos trabalhadores, como as unidades têm características diferentes, observa-se que na **Unidade A** o único benefício citado se traduz em “férias remuneradas” sem o acréscimo dos 30% regulados por lei, exceto para os cinco admitidos por concurso.

A **Unidade B**, mesmo atuando no setor público, é de natureza privada, e oferece a todos os seus trabalhadores, com nível de instrução abaixo do superior, uma cesta básica por mês em complementação ao salário, após o funcionário completar noventa dias na função. Este benefício pode ser parcialmente abatido no imposto de renda da empresa seguindo as disposições do PAT. Aos funcionários com nível superior são oferecidos prêmios em dinheiro ou auxílio combustível. Também foi citada uma bonificação, denominada índice de produtividade, incorporada ao salário de todos no mês de dezembro. No entanto, valores absolutos, relativos ou percentuais não foram esclarecidos. Observa-se ainda que estes benefícios são bem recebidos por todos os trabalhadores e descritos como motivação para permanência no emprego.

5.3 QUALIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL

5.3.1 Treinamento

Investigou-se a realização ou não de treinamento para o início das atividades na função e por quem este treinamento havia sido dado. Na **Unidade A**, 70% (70) dos trabalhadores informaram ter recebido treinamento para desempenho na função. Na **Unidade B**, 89% (63) receberam este treinamento e, segundo estes trabalhadores, o tipo de treinamento visava o correto desempenho da função; do total da amostra, 43% (73) dos trabalhadores receberam manuais técnicos específicos quando iniciaram o trabalho na unidade.

A grande maioria dos trabalhadores brasileiros aprendeu a trabalhar seguindo ordens orais e atualmente esta prática vem sendo modificada com a introdução de normas de comportamento e de desenvolvimento de atividades. A duplicidade de orientação é o maior problema quando as ordens são verbais e parece ser um padrão de comportamento contemporâneo, explicado pelo fato de que muitas empresas passam por adaptações mantendo ainda o comando verbal, que pode, ainda, diferir das atividades normatizadas (OLIVEIRA, 2003).

A RDC 216 (ANVISA, 2004) determina que todos os manipuladores de alimentos devem receber treinamento adequado e devem ser supervisionados e capacitados periodicamente. O treinamento inclui como pontos obrigatórios a higiene pessoal, a manipulação higiênica dos alimentos, doenças transmitidas por alimentos e boas práticas. Obriga também que este treinamento ou capacitação seja comprovado mediante documentação onde devem constar os temas abordados e a lista de trabalhadores que efetivamente participaram desse programa.

Nunes (2002) considera que dependendo do grau de instrução torna-se difícil o entendimento de assuntos abordados em cursos de treinamento, alertando também para o fato de não constarem de currículos de escolas convencionais temas como contaminantes de alimentos e boas práticas.

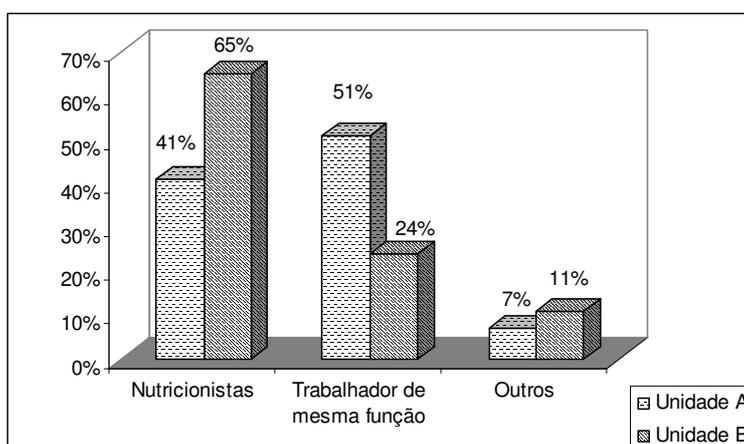


Figura 5 – Distribuição percentual dos responsáveis pelo treinamento dos trabalhadores nas Unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.

Na **Unidade A** os principais treinadores foram os trabalhadores de mesma função, ou seja, o trabalhador para iniciar suas atividades na unidade passa por um período de observação do como fazer a tarefa, mas esta estratégia não garante a execução adequada do trabalho a ser desenvolvido nem comprova a realização do treinamento. Na **Unidade B** o treinamento foi orientado principalmente pelos nutricionistas e o trabalhador é informado sobre a obrigatoriedade da frequência aos treinamentos para iniciar as funções na UAN (Figura 5).

A capacitação de todo trabalhador deve incluir o treinamento para a função a ser desempenhada e a prevenção de acidentes. Entretanto essa capacitação deve ser realizada em um local diferente daquele onde realiza o trabalho pois assim se tem melhores resultados (OLIVEIRA, 2003). Provavelmente o ritmo da produção pode

prejudicar a concentração, a sedimentação do aprendizado, dentre outros aspectos, além de propiciar um ambiente mais apropriado para troca de experiências. Rabelo *et al* (1995) afirmam que o treinamento tem, dentro da gestão recursos humanos, a função de maior destaque, sendo responsável pela melhoria de qualidade do serviço realizado.

Para Nunes (2002) é indispensável um treinamento inicial para o trabalhador de unidades de alimentação; para a autora esta atividade pode revelar o conhecimento da importância do cuidado a ser tomado com relação à função a ser desempenhada; destaca também a importância da constante renovação do treinamento tendo em vista a alta rotatividade no setor.

5.3.2 Experiência Anterior

Partindo-se da hipótese de que o “profissional treinado” também pode ser aquele com experiência anterior na função considerou-se, nesta pesquisa, que o trabalhador com experiência era aquele que já havia desempenhado a mesma função. Os dados obtidos indicam que 62 trabalhadores da **Unidade A** e 45 da **Unidade B**, que totalizam o mesmo percentual de 63% nas duas UANs, afirmaram que este não era o seu primeiro emprego.

Do total de 100 trabalhadores na **Unidade A** e de 70 trabalhadores na **Unidade B** 22 (35%) e 11 (24%), respectivamente, responderam que a empresa onde haviam trabalhado era relacionada ao segmento de alimentação; as funções desempenhadas foram principalmente de copeiro, cozinheiro e auxiliar de cozinha. A figura 6 apresenta em números absolutos o total de trabalhadores com experiência anterior em mesma função. Esses resultados podem mostrar que a contratação de pessoal para esses tipos de funções ou considera o conhecimento técnico como requisito e não conta com profissionais disponíveis ou não considera o conhecimento técnico como requisito. Isto evidencia a necessidade de treinamentos específicos direcionados a este grupo para que os riscos sejam minimizados tanto do ponto de vista microbiológico ou higiênico-sanitário da refeição preparada quanto da redução de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho nas unidades.

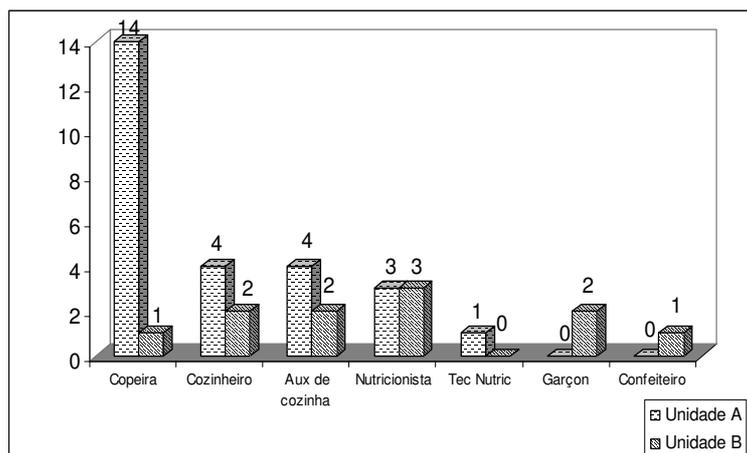


Figura 6 - Número de trabalhadores com experiência anterior em mesma função nas Unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.

Verifica-se que as funções de costureiro, balconista, mecânico, caixa, lavrador, *motoboy*, marceneiro, segurança, servente de pedreiro, jardineiro, etc estavam entre os 38% (38) e 55% (39) de trabalhadores das **Unidades A e B** com experiência anterior em algum tipo de trabalho. É possível também depreender destes resultados que 69% (41) dos trabalhadores foram contratados sem nenhuma experiência no setor, que o critério utilizado na seleção, a entrevista (Tabela 4, p. 36), não considera a experiência anterior como fundamental para o serviço assim como o conhecimento sobre higiene na manipulação de alimentos. Provavelmente o que deve motivar a mudança de função destes profissionais pode ser a maior segurança oferecida, diferentemente de serviços eventuais; um melhor ambiente de trabalho, mais limpo; o desconhecimento dos riscos em UANs; a remuneração fixa mensalmente paga em valor conhecido; o registro profissional em carteira, entre outros. É freqüente a reclamação de gerentes e supervisores de UANs sobre os trabalhadores do setor pelas condutas indesejáveis, muitas vezes relacionadas a falta de capacitação adequada ou mesmo às condições para o trabalho (BERTIN, 2005).

5.4 POTENCIAIS RISCOS OCUPACIONAIS

5.4.1 Riscos potenciais

Visando avaliar o entendimento dos manipuladores sobre riscos potenciais no ambiente de trabalho, fez-se uma seleção de itens com os mais facilmente identificáveis

em UANs, e informou-se aos entrevistados que poderiam escolher um ou mais das opções apresentadas (Tabela 7). Observa-se que o **barulho**, o piso e os equipamentos foram os principais fatores de risco relacionados pelos entrevistados. Entre estes 170 trabalhadores apenas um utilizou a coluna “outros” e, ao ser perguntado sobre sua resposta, esclareceu que os produtos de limpeza utilizados na unidade são também fatores de risco. Verificou-se que este funcionário tem o cargo de auxiliar operacional e cuida da limpeza, tem escolaridade equivalente ao 1.º grau e sua resposta possivelmente pode ser atribuída a algum treinamento realizado na UAN ou mesmo por sua percepção no uso diário destes produtos.

Com relação ao **barulho** verifica-se que 80% (80) e 63% (45), respectivamente, dos entrevistados nas **Unidades A e B** consideraram o item **barulho** como o fator de risco mais importante (Tabela 7).

Tabela 7 - Fatores de risco potencial no setor de produção de alimentos apontados por trabalhadores nas Unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007

	Unidade A		Unidade B	
	n	%	n	%
Ambiente de trabalho	17	17%	9	13%
Barulho	80	80%	45	63%
Equipamentos	41	41%	22	31%
Iluminação	14	14%	2	3%
Piso	73	73%	30	42%
Temperatura	35	35%	30	42%
Umidade	26	26%	12	17%
Utensílios	38	38%	31	44%

O ruído é tido como uma das causas de doenças psicológicas, ocasionando elevação da pressão sanguínea, redução das secreções salivares e gástricas, perda da acuidade auditiva, neurose, etc. (SANTANA, 1995). Isto evidencia a necessidade de constante vigilância para que o ruído no ambiente não atinja ou ultrapasse o limite de segurança estabelecido em legislação (BRASIL, 2004). Além disso, a disposição de equipamentos, a distância entre paredes ou a altura do teto, entre outros, podem ser um fator relevante para o aumento da intensidade dos ruídos e maior percepção por parte dos trabalhadores.

Quando indagados sobre a possibilidade de considerarem o piso como fator de risco, verificou-se nas **Unidades A e B**, que 73% (73) e 42% (30), respectivamente, dos respondentes consideraram o piso como potencial fator de risco (Tabela 7),

concordando com os achados de ISOSAKI (2005) que verificou que o piso e as instalações destinadas ao transporte de vapor, assim como equipamentos e utensílios específicos, foram os maiores responsáveis por acidentes de trabalho em sua pesquisa. Outrossim, deve-se considerar que a qualidade dos sapatos antiderrapantes fornecidos pela empresa também é fator importante para reduzir situações de risco.

A utilização de equipamentos foi apontada como fator de risco por 41% (41) e 31% (22) dos respondentes das **Unidades A e B** (Tabela 7). Houve uma diferença, entretanto, acerca das razões que consideram este item como fator de risco: na **Unidade B** o risco apontado se deve a utilização do equipamento; na **Unidade A** o risco citado se deve a possíveis choques elétricos dadas as condições físicas de manutenção da unidade. Para Carotto (2006) a falta de planejamento ergonômico, a seleção de equipamentos e utensílios e a própria organização do trabalho são também fatores de risco nas UANs.

Quando questionados sobre os riscos do ambiente de trabalho os respondentes demonstraram associá-lo à estrutura física (Tabela 7). Assim como o ambiente, a iluminação não foi considerada potencial fator de risco para 86% (86) dos respondentes da **Unidade A** e 97% (68) na **Unidade B**. Acredita-se que talvez estes trabalhadores não tenham a percepção de que um ambiente mal iluminado pode contribuir para o aumento do número de acidentes. Bertin (2005) relata que as trabalhadoras entrevistadas em sua pesquisa citam que a estrutura física e as condições gerais do ambiente de trabalho são importantes, podem dificultar a execução das tarefas, especialmente com relação ao desconforto térmico e acústico.

Oliveira (2003) alerta para o fato de que há diferenças entre a exposição do trabalhador inadvertido sobre riscos evitáveis, presentes no ambiente de trabalho e situações de risco, e a exposição de um trabalhador advertido sobre tais riscos e situações, reforçando a importância do treinamento para a função, assim como dos mecanismos de proteção à saúde ocupacional.

Abreu (2003) relata a necessidade de se informar aos candidatos aos postos de trabalho detalhes sobre a área de produção, riscos, além de horário, jornada, férias, licenças, entre outros itens, para que este tenha consciência de sua opção por trabalhar em unidades de alimentação.

Além do ambiente de trabalho e do uso de equipamentos e utensílios, outros fatores de riscos potenciais podem ainda ser encontrados no setor de produção de refeições. As atividades repetitivas, que apontam para o aparecimento de DORT, pois os

mesmos grupos musculares são utilizados com frequência de mais de 50% nos ciclos de trabalho, assim como fatores ergonômicos, a sobrecarga mental e o estresse, causado por receio de errar nos procedimentos operacionais, são fatores diretamente relacionados ao desenvolvimento de doenças ocupacionais (CAROTTO, 2006).

Mudanças importantes vêm ocorrendo com o desenvolver de inovações tecnológicas, criadas com o objetivo de reduzir a carga imposta ao trabalhador. Apesar dessa evolução é importante ainda considerar as conseqüências das relações entre máquinas, equipamentos e operadores que podem ampliar os riscos de exposição (OLIVEIRA, 1997). Situações de risco vivenciadas continuamente pelos trabalhadores, e sem o controle devido, fazem com que as pessoas envolvidas passem a percebê-las como aceitáveis ou normais (OLIVEIRA, 2003). Esta percepção pode ser possivelmente a causa de muitos acidentes de trabalho.

5.4.2 Equipamentos de Proteção Individual

Para averiguar as condições de trabalho e a proteção da saúde do trabalhador, procedeu-se a indagações aos trabalhadores das **Unidades A e B** sobre o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs). Os dados obtidos indicam que 53% (53) e 72% (50) respectivamente afirmaram usar os EPIs durante a jornada de trabalho na UAN.

Todo dispositivo de uso individual que tem por finalidade a proteção da integridade física do trabalhador é considerado pela NR 04 (BRASIL, 1978) como equipamento de proteção individual, que é de uso obrigatório pelo trabalhador, assim como compete a ele a responsabilidade por extravio ou danos ao EPI ou por uso inadequado ou fora da atividade para a qual se destina. É obrigatória a entrega do EPI, pelo empregador, a todos os trabalhadores que deles tenham necessidade de acordo com a função ou atividade que desempenham, sem custos para o trabalhador. Também é responsabilidade do empregador a fiscalização sobre o seu uso e sua correta aplicação. É função do Estado, na figura do fiscal do Ministério do Trabalho, a inspeção da presença e utilização destes equipamentos nas empresas, bem como seu estado de conservação.

Seqüenciando-se a pesquisa, solicitou-se aos manipuladores que indicassem o tipo de EPI utilizado por ele e, que ainda, entre os itens listados no questionário, qual ou quais ele também considerava EPI. Uniforme, sapatos ou botas antiderrapantes, aventais

plásticos, luvas térmicas, luvas de aço foram os itens listados; as máscaras cirúrgicas foram incluídas como fator de confundimento.

Observa-se que mais de 90% dos entrevistados, 95 trabalhadores na **Unidade A** e 64 na **Unidade B**, consideram sapatos e botas antiderrapantes como EPI; as luvas térmicas, importantes para a prevenção de queimaduras, foram consideradas EPI por apenas 69% (117) dos 170 manipuladores. Sapatos de segurança são onerosos para a empresa devido ao custo e ao rápido desgaste (ASFAHL, 2005), mas seu uso é muito importante por prevenir acidentes, não devendo ser ignorados na hora da escolha do uniforme.

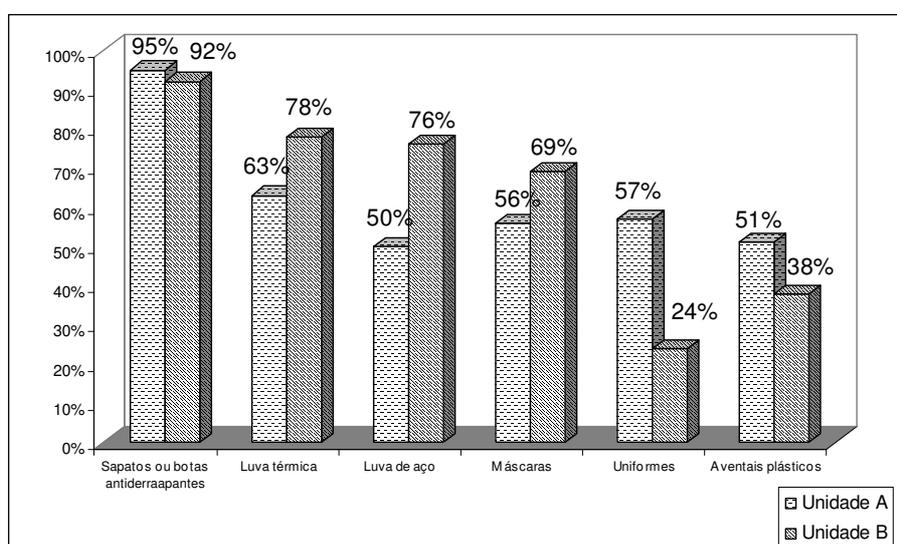


Figura 7 - Distribuição percentual de trabalhadores que consideram os itens citados como EPI nas Unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.

Na **Unidade B** o padrão de uniformes e de sapatos estavam de acordo com a legislação. Na área interna da UAN os manipuladores usavam botas impermeáveis, de material plástico resistente, de conforto discutível para o usuário. Para o setor de distribuição os sapatos eram de tecido com solado de borracha, confortáveis, mas sem a garantia de serem antiderrapantes. Na **Unidade A**, os manipuladores usavam sapatos diferentes e fora do padrão de uniforme, em desacordo com a legislação; copeiras utilizavam os próprios sapatos abertos ou sandálias, inadequados para o ambiente e representando um maior risco para quedas. Isso mostra que mesmo reconhecendo a importância do EPI esses trabalhadores usam o que tem à disposição, seja entregue pela empresa da qual fazem parte, seja levado por eles mesmos.

Para as luvas de aço, utilizadas na prevenção de cortes, observou-se que um percentual médio de 63% do universo pesquisado, 50 trabalhadores da **Unidade A** e 53 da **Unidade B**, usavam esse EPI. Com relação ao uso de uniformes verifica-se que menos da metade dos entrevistados considera o uniforme como EPI e apenas 46% (78) dos respondentes consideram o avental plástico como EPI. As máscaras cirúrgicas não são equipamentos de proteção individual, no entanto 63% do universo pesquisado indicam serem EPI, 51 trabalhadores na **Unidade A** e 27 na **Unidade B** (Figura 7). O uso de máscaras cirúrgicas está relacionado à proteção do alimento e não do trabalhador. Esta observação permite considerar que os trabalhadores ainda não conseguem identificar procedimentos para proteção individual e para a segurança alimentar.

Tais respostas sugerem que a maioria dos trabalhadores das unidades pesquisadas desconhece não apenas o conceito de EPI, mas também sua finalidade. Isso determina mais uma vez que o treinamento além dos aspectos tradicionais de segurança alimentar, higiene pessoal, armazenamento, entre outros, deve enfatizar o uso correto e a compreensão dos EPIs na prevenção de doenças ocupacionais e de acidentes de trabalho.

Ações rotineiras como a verificação do uso de EPIs e a realização de exames médicos periódicos são vistos pelos trabalhadores de empresas como programas de prevenção de acidentes, como medidas de segurança adotados pela empresas (OLIVEIRA, 2003). Todas as especificações sobre os EPIs encontram-se na NR 6 da Portaria n.º 3214, Brasil 1978 (MARTINS, 2006).

Muitas vezes a situação de risco se mantém porque não interfere na atividade ou, quando interfere, não é percebida pelo gestor. O trabalhador, muitas vezes, não é cobrado pela forma como realiza seu trabalho, mas pelos resultados apresentados. A percepção das situações de risco se dá quando os erros cometidos interferem na execução de tarefas, ou quando ocorrem os acidentes de trabalho, sendo assim percebidos por chefes e supervisores (OLIVEIRA, 2003).

A melhoria das condições para o desenvolvimento seguro do trabalho é um processo contínuo e, nesse contexto, deve-se considerar o treinamento para o uso de EPI como uma medida para a correta utilização desses equipamentos, porque a recusa dos trabalhadores pode ocorrer ou por desconforto, ou pela aparência ou mesmo pelo desconhecimento do papel que desempenha na preservação da saúde, competindo ao

empregador a supervisão, o treinamento e a sensibilização do trabalhador para a questão (ASFAHL, 2005).

5.4.3 Horas extras

Considerando-se que “horas extras” podem ser fator de risco para o trabalhador questionou-se aos trabalhadores das unidades pesquisadas se estes cumpriam “horas extras” e, dentre os que responderam afirmativamente, se eram remunerados por essas “horas extras”; também foi perguntado a todos os trabalhadores se gostavam de fazer “horas extras”.

Observa-se na **Unidade A** que apenas 18% (18) fazem “horas extras” enquanto na **Unidade B** o percentual é de 34% (24). Na **Unidade A** 78% (14) desses trabalhadores que fazem “horas extras” recebem uma gratificação como adicional de salário, enquanto na **Unidade B** a remuneração é transformada em folgas; apenas 2 (8%) trabalhadores disseram ser remunerados por essas horas. Para a questão gostam de fazer “horas extras”, os percentuais encontrados são bem próximos nas duas unidades (Tabela 8). Entre os trabalhadores pesquisados na **Unidade A** verifica-se que a motivação para fazer “horas extras” está na possibilidade de um maior ganho mensal.

Tabela 8 - Percentual de trabalhadores das unidades pesquisadas e as “horas extras” no período de julho a setembro de 2007.

	Unidade A		Unidade B	
	n	%	n	%
Manipuladores que fazem “horas extras”	18	18%	24	34%
Manipuladores que são remunerados pelas “horas extras”	14	78%	2	8%
Manipuladores que gostam de fazer “horas extras”	55	55%	38	54%
Manipuladores que gostariam de fazer “horas extras”	46	46%	31	44%

Bertin (2005) destaca a falta de comprometimento, de motivação para o desenvolvimento do trabalho e a resistência a mudanças apresentadas para melhoria de serviços. Pode-se considerar que as dificuldades apresentadas se devem a vários fatores, dentre eles, a jornada extenuante a ser cumprida nas UANs. No caso de trabalhadores em áreas, ou em atividades onde o valor do salário é próximo ao do salário mínimo, qualquer adicional é considerado relevante. De acordo com Oliveira (2003) trabalhar em

condições que agridem a saúde é melhor se se está sendo remunerado pelo enfrentamento de tais condições.

Segundo o § 2.º, artigo 59 da CLT, com nova redação na Lei de n.º 9601 (BRASIL, 1998), o acréscimo de salário por jornada excedente pode ser dispensado se compensada por redução de horas de jornada em outro dia, chamada na prática de banco de horas ou banco de dias, torna legal a troca de “horas extras” por folgas. Entretanto mesmo com o turno de trabalho fixado em seis horas o trabalhador tem direito a receber por qualquer hora excedente a suas jornada podendo ser este pagamento em acréscimo salarial ou em folgas (MARTINS, 2006).

Cherem (1997) afirma que as doenças relacionadas ao trabalho vêm aumentando em número de notificações e a jornada dupla de trabalho é apontada como fator agravante de dores. Bertin (2005) identificou em seu estudo que as trabalhadoras interpretam como fator positivo a condição de estarem trabalhando pois a situação do país é complexa e se expressa na parcela significativa de pessoas desempregadas. Portanto a despeito de qualquer situação desfavorável, esta não será contestada tendo em vista a dificuldade na obtenção de uma outra ocupação profissional. O referido autor cita ainda que as trabalhadoras consideram seus empregos como a possibilidade de manter uma melhor condição de vida familiar.

5.4.4 Cargo de chefia

Nas unidades de alimentação e nutrição há poucas funções de chefia uma vez que a responsabilidade pela execução das atividades é de competência dos nutricionistas e dos técnicos em nutrição, que na ausência do nutricionista, respondem por estes. Na hierarquia do serviço é possível encontrar supervisores ou chefes de setor, como o chefe de cozinha, que organiza as atividades específicas internas do setor; os supervisores de copeiras ou de almoxarifado.

Sobre os cargos ocupados pelos pesquisados nas **Unidades A e B** observa-se que 8% (8) e 15% (10), respectivamente, responderam possuir cargo de chefia. Para Carotto (2006) o cargo de chefia deve ser visto como um desafio por parte de quem o assume. Ressalta que a sobrecarga mental causada pela função de chefe pode estar diretamente relacionada ao aparecimento de estresse.

As mudanças no mundo do trabalho vêm trazendo conseqüências ao longo do tempo, na vida dos trabalhadores, passando a representar um risco à vida e, assim, as

relações entre saúde e trabalho se tornam um novo campo de estudo (AKUTSU, 2008; BOSI, 2000; CFN, 2005; GAMBARELLA *et al*, 2000). Os referidos autores estabelecem uma diferenciação entre os termos ocupação ou função e profissão. A profissão é a ocupação que requer uma habilitação especial, obtida em instituição formal e legitimada; no presente estudo, os nutricionistas. Com relação aos demais setores e funções, observa-se nessa pesquisa que são muito poucos os que obtiveram formação ou qualificação para exercer sua função, apontando mais uma vez para a importância de treinamentos específicos antes do início das atividades laborais.

5.5 DOENÇAS OCUPACIONAIS E ACIDENTES DE TRABALHO

5.5.1 Atestados Médicos

Para avaliar a questão de absenteísmo relacionado a doenças profissionais foram feitas quatro perguntas aos trabalhadores das unidades pesquisadas. A primeira se havia “tirado atestado médico”; 81% (81) e 68% (48) dos trabalhadores das **Unidades A e B**, respectivamente, responderam de forma afirmativa. As questões seguintes eram sobre o motivo do atestado, se o trabalhador achava que havia adoecido por causa do trabalho realizado e por último qual a doença era atribuída ao seu trabalho. Convém ressaltar que as justificativas dadas pelos manipuladores para a obtenção dos atestados originaram diferentes respostas que foram agrupadas para facilitar a apresentação dos resultados (Figura 8).

Proporcionalmente o número de trabalhadores acometidos por doenças ocupacionais foi maior entre as mulheres. Na **Unidade A**, de 40% dos atestados, verifica-se que 20% (16) são atribuídos a problemas osteomusculares e 20% (16) a doenças infecciosas. Na **Unidade B**, 29% (14) obtiveram atestado médico para a realização de cirurgias; apesar de não serem indagados sobre o motivo das intervenções, citaram que a cirurgia de varizes foi o motivo do afastamento enquanto 25% (12) dos atestados se deveram a acidentes de trabalho, ou de percurso, ocorridos dentro ou fora do trabalho (Figura 8). Na **Unidade B**, apenas, 15% (12) alegaram problemas alérgicos para o afastamento.

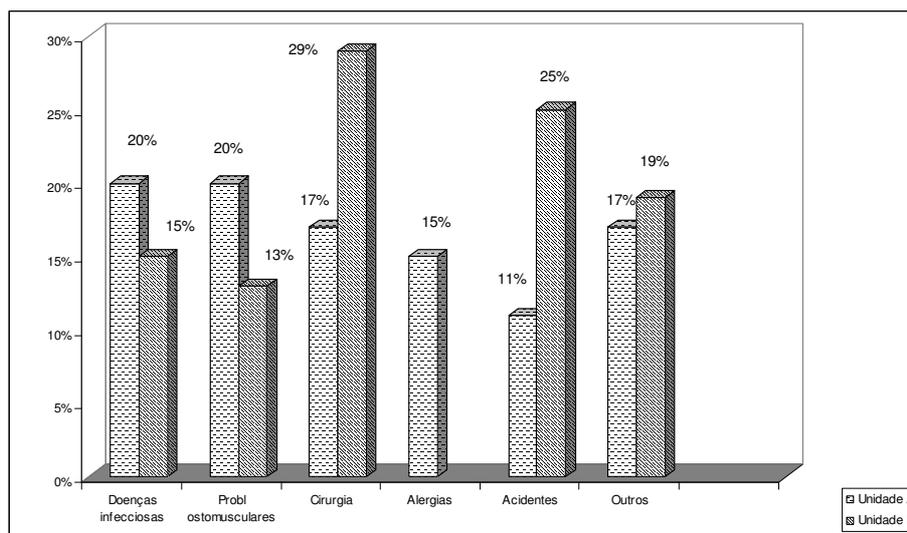


Figura 8 – Distribuição do percentual de motivos apresentados para abono de faltas ao trabalho por atestado médico nas Unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.

Para ISOSAKI (2005), o alto índice de ausências no trabalho no setor de alimentos leva a sobrecarga de trabalho pois a unidade não pode ter comprometida a sua produtividade e isso gera um ciclo entre ausência e presença. Nas unidades pesquisadas pelo autor, doenças do aparelho osteomuscular e do tecido conjuntivo foram as mais freqüentes, seguidas pelas doenças do aparelho digestivo.

Em complementação a questão anterior foi ainda realizado levantamento sobre a faixa etária dos manipuladores que tiveram suas faltas abonadas por atestados médicos por problemas de saúde (Tabela 9). Verificou-se que o maior número de faltas na **Unidade A**, 43% (35), ocorreu entre aqueles com até 30 anos de idade; na **Unidade B** o maior percentual, 52% (25), foi encontrado entre os indivíduos de 31 a 40 anos.

Tabela 9 – Faixa etária dos trabalhadores com relato de faltas abonadas por atestados nas Unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007

Faixa etária	Unidade A		Unidade B	
	n	%	n	%
Até 30 anos	35	43%	15	31%
De 31 a 40 anos	23	28%	25	52%
De 41 a 50 anos	14	17%	8	17%
Mais que 51	9	11%	0	0
Total	81	100%	48	100%

Pesquisa realizada por ISOSAKI (2005) identificou que o absenteísmo foi maior em trabalhadores mais jovens, com mais tempo de serviço e entre os trabalhadores operacionais. Para McCunney (2001) a prevenção é um mecanismo efetivo contra o absenteísmo e pode a empresa assim garantir benefícios econômicos advindos da boa saúde ocupacional dos trabalhadores.

5.5.2 Doenças relatadas em função do trabalho

Indagou-se aos trabalhadores se eles percebiam ter ter adoecido em função do trabalho realizado, e, em caso afirmativo, qual era a doença. De todos os que responderam afirmativamente verifica-se que 50% (50) são lotados na **Unidade A**, o que corresponde à metade do total da amostra dessa unidade, e 31% (22) estão lotados na **Unidade B**. Sobre a doença atribuída ao trabalho nas duas unidades pesquisadas os problemas osteomusculares referidos – bursite³, tendinite⁴, artrite, dores nas costas, etc – foram os de maior destaque (Figura 9): 54% (27) do total de 50 na **Unidade A** e 38% (8) do total de 22 na **Unidade B**.

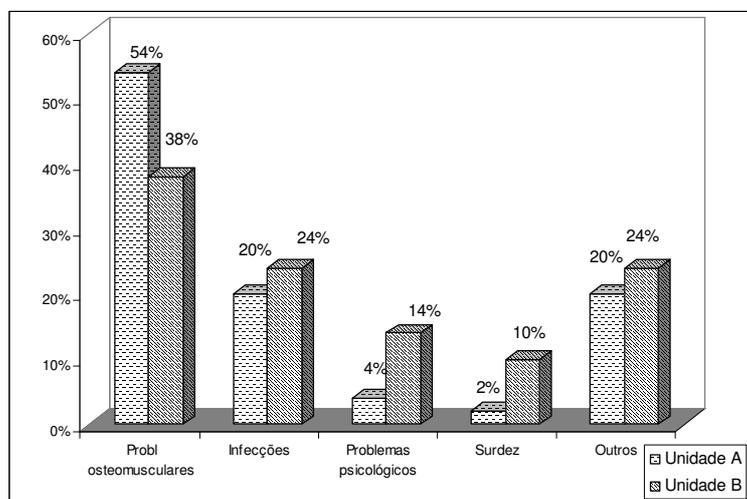


Figura 9 - Distribuição percentual de grupos de doenças em função do trabalho relatadas pelos trabalhadores nas Unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007

A relação sexo e doenças osteomusculares aponta para um número maior de mulheres acometidas pelos distúrbios. Dentre os 27 casos observados na **Unidade A**, 20 eram do sexo feminino o que corresponde a 27% do total de mulheres com faixa etária

³ Bursite – Inflamação da bolsa serosa, em relação às articulações ósseas (COSTEIRA, 2001)

⁴ Tendinite – Inflamação do tendão ou na inserção entre o tendão e o músculo (COSTEIRA, 2001)

entre 24 e 58 anos; 5 eram do sexo masculino o que corresponde a 19% do total dos homens com faixa etária entre 29 e 49 anos. Na **Unidade B**, entre os 7 casos relatados, 6 eram referentes ao sexo feminino (12% do total de mulheres), com idade entre 28 a 33 anos, e 1 (14% do total de homens) com idade de 27 anos.

Quanto à função desempenhada pelos acometidos por doenças osteomusculares, observa-se na **Unidade A** que 15 são copeiras (75% do total das mulheres portadoras do distúrbio); na **Unidade B**, apenas 7 trabalhadores apresentaram tais problemas e, entre estes, 6 são mulheres, das quais 3 trabalham como copeiras (50% das portadoras da doença).

Analisando-se a estrutura física, os equipamentos e os utensílios das unidades pesquisadas, verifica-se que a **Unidade A** dispõe de carros de transporte de refeições antigos e de manutenção incerta uma vez que muitos deles têm reparos com soldas, peças adaptadas e fazem ruído ao serem empurrados, dificultando seu transporte. Na **Unidade B**, os carros de distribuição são mais novos e com manutenção constante. Entretanto o hospital não dispõe de elevadores entre os andares; somente rampas o que também dificulta o desempenho da atividade e pode contribuir para o percentual elevado de doenças osteomusculares nesta unidade. É ainda possível argumentar que as doenças osteomusculares podem ser devidas a fatores peso das bandejas, idade das copeiras, número de vezes em que são distribuídas as refeições, ergonomia entre as prateleiras dos carros de transporte de bandejas e a estatura do manipulador, dentre outros motivos.

Considerando-se esses aspectos, avaliou-se o peso da refeição disposta nas bandejas entregues aos pacientes para se estimar uma possibilidade de risco em potencial para o acometimento de doenças osteomusculares. Nas duas unidades a distribuição de refeições segue o mesmo fluxo e utiliza utensílios similares. No entanto, as bandejas utilizadas na **Unidade A** são à base de aço inoxidável, material caro, mas com alta durabilidade. Na **Unidade B** estas mesmas bandejas à base de material plástico e, naturalmente, de menor peso.

A rotina de distribuição de refeições servidas aos pacientes é de 5 a 6 vezes ao dia; cada copeira deve servir a 20 pacientes, segundo as referências de cálculo utilizado para estabelecer o número de servidores necessários ao setor. Na entrega da refeição quente ao paciente, além da bandeja tem-se a refeição acondicionada em legumeiras⁵ de

⁵ Legumeira – Nome dado ao recipiente onde é acondicionada a refeição a ser servida ao paciente.

metal e seus complementos; salada em descartáveis, sobremesa que pode ser servida em prato de louça se for fruta, ou em embalagem descartável se for à base de doces, suco, em copo descartável, e também utensílios como prato e talheres.

A aferição de cada item foi realizada imediatamente antes da montagem da bandeja em balança utilizada para pesar ingredientes de receitas e identifica-se que, quanto ao peso apenas das bandejas, a de aço inox utilizada na **Unidade A** teve em média 1,060kg enquanto a de material plástico utilizada na **Unidade B** pesou, em média, 0,400kg. O peso total médio obtido na **Unidade A** da bandeja pronta para entrega foi de 3,800kg e para a **Unidade B** de 3,070kg.

As bandejas seguem em carros de inox, dispostas em prateleiras de alturas variadas; a copeira executa movimentos de elevação e abaixamento dos braços e de sustentação do peso das bandejas. No turno da manhã servem-se o desjejum, a colação e o almoço e no turno da tarde a merenda, o jantar e a ceia. A diferença entre o almoço e o jantar é que este conta com um acréscimo de uma tigela de louça contendo sopa (0,610kg) no lugar da salada (0,100kg) servida no almoço. Em um turno de 12 horas uma copeira serve 6 refeições e, no caso de faltas sem a possibilidade de reposição de pessoal, arca com um número bem maior de pacientes a serem servidos.

Trabalho realizado por Reis *et al.* (2000) em ambulatório de doenças ocupacionais mostra que as categorias profissionais com maior número de atendimentos foram as de faxineiro e de cozinheiro, com diagnósticos frequentes de doenças músculo-esqueléticas. O estudo aponta para o fato de que o grupo mais acometido pelas DORT neste ambulatório no período da pesquisa foi de mulheres com menos de 40 anos de idade. Tendo em vista que o diagnóstico destes distúrbios implica em afastamento do trabalho, a preocupação torna-se maior, levando-se em consideração que esta é uma faixa etária produtiva, onerando os custos para a empresa e para o Estado.

O acometimento de lesões por esforço repetitivo (LER), hoje denominadas DORT, tem merecido atenção pela frequência de diagnósticos realizados assim como pela natureza abrangente. Por seu alcance, são consideradas como problema de saúde pública, não escolhendo o tipo de trabalhador a ser acometido, não respeitando fronteiras sobre a categoria profissional. Estes acontecimentos demandam a criação de práticas de saúde para trabalhadores e requerem para seu tratamento e prevenção a participação de diferentes profissionais: médicos, fisioterapeutas, psicólogos, engenheiros (SATO, 2001).

Atividades desenvolvidas em UANs se caracterizam por intensa manipulação de utensílios, equipamentos, alimentos e por longos períodos de pé ou por levantamento de pesos. Para a realização dessas tarefas o indivíduo utiliza principalmente as articulações e, por serem os movimentos repetitivos, a coluna e os membros inferiores são muito requisitados e levam ao aparecimento das doenças osteomusculares (CAROTTO, 2006).

Reis *et al* (2000) identificaram um percentual acima de 50% de doenças osteomusculares com destaque para a síndrome do túnel do carpo. Identificaram ainda que a cada 10 diagnósticos, 9 estavam relacionados a doenças músculo-esqueléticas. Dentre as diversas funções ocupacionais desse universo 30% se relacionam a função de cozinheiro.

Iguti e Hoehne (2003) relatam que as lombalgias⁶ são responsáveis por 15% a 20% das notificações feitas de doenças relacionadas ao trabalho, de maneira geral. Relatam ainda que em algumas das unidades de produção pesquisadas 81% dos interrogados apresentaram pelo menos um episódio de lombalgia. Dentre as ocupações citadas como as mais afetadas pela patologia encontram-se as funções de estoquista, auxiliares de limpeza e cozinheiras. Como fatores contribuintes para o aumento da incidência os autores apontam a jornada de trabalho, com mais de 20 horas semanais, o tipo de serviço, que é braçal, trabalhadores de baixa escolaridade, funções com maior demanda de esforço físico e faixa etária, entre 50 e 64 anos. O risco foi aumentado nas funções onde o trabalho era realizado de pé, em atividades estáticas, movimentos repetitivos e levantamento de pesos. Os autores relatam ainda que as mulheres têm predisposição maior para lombalgias.

Considerou-se nesta pesquisa que a referência à dor nas costas ou problema de coluna passariam a ter seu resultado interpretado como lombalgia. Na **Unidade A** de um total de 50 doenças citadas, tendo como causa o trabalho desenvolvido na unidade, 26% (13) dos manipuladores relatam ter sido acometido por este tipo de problema. Na **Unidade B**, de 21 acometimentos, apenas 10% (2) dos trabalhadores relatam o problema; um desempenha a função de copeira e o outro a função de cozinheiro (Tabela 10).

⁶ Lombalgia – Dor na região lombar (COSTEIRA, 2001).

Tabela 10 - Número de trabalhadores com relato de lombalgia em função do trabalho nas Unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.

Função	Unidade A		Unidade B	
	n	%	n	%
Copeiras	9	18%	1	5%
Operacional	3	6%	-	-
Auxiliar de cozinha	1	2%	-	-
Cozinheiro	-	-	1	5%
Total	13	26%	2	10%

O estudo de Silva *et al* (2004), apud Gadelha (2006), observou uma prevalência de 4,2% de lombalgia na população estudada. Comparando-se os percentuais encontrados nas diversas funções desempenhadas pelos manipuladores dessa pesquisa, excetuando-se aqueles que desempenham função operacional da **Unidade B** e os auxiliares de cozinha na **Unidade A**, os valores superam o relatado pelo referido autor. Do total de 26.645 doenças do trabalho notificadas no ano de 2006 pelo Ministério da Previdência, com o diagnóstico de sinovite⁷ e tendossinovite⁸, foi registrado um número de 5.772 (22%). Nas unidades pesquisadas, de um total de 71 doenças citadas como causa o trabalho, 10% (7) trabalhadores queixaram-se do problema; 5 eram da **Unidade A** e 2 da **Unidade B**. Este número representa um percentual menor que a média citada pelo órgão oficial.

Para os casos de dorsalgias⁹, os dados oficiais para o ano de 2006 indicam 1.902 casos (7%) relatados em função do trabalho. Nas unidades pesquisadas considerou-se dorsalgia o relato sobre, enxaqueca, lesão por esforço repetitivo e fibromialgia¹⁰, obtendo-se um número de 27 (54%) situações na **Unidade A** e 7 (32%) na **Unidade B**, totalizando 34 citações espontâneas que representam 48% do total de doenças atribuídas ao trabalho, valor quase sete vezes superior ao da média registrada. É possível supor que os valores oficiais possam estar subestimados por falta de notificação adequada.

⁷ Sinovite – Inflamação de membranas sinoviais (COSTEIRA, 2001).

⁸ Tendossinovite - Inflamação da bainha do tendão (COSTEIRA, 2001).

⁹ Dorsalgia – Dor (COSTEIRA, 2001).

¹⁰ Fibromialgia – dor muscular e tendinosa difusa crônica em pontos dolorosos de localização anatômica. específica, sendo generalizados os sintomas de dor.

Carotto (2006) cita a ocorrência de dermatites de contato, lesões de tendão dos dedos, síndrome do túnel do carpo¹¹, queimaduras e epicondilites¹² como as ocorrências ocupacionais encontradas em trabalhadores do setor de alimentos. Estas patologias estão relacionadas diretamente com as atividades de rotina; entretanto nenhum caso foi relatado pelos entrevistados nessa pesquisa, ou por desconhecimento desta nomenclatura ou por terem sido citados como tendinite.

A segunda causa mais citada de doenças em função do trabalho foram as infecções. Para as **Unidades A e B** obtiveram-se valores de 20% (14) e 24% (7) respectivamente (Figura 9, pág. 55), destacando-se a sinusite como afecção mais relatada: 4 casos na **Unidade A** e 3 na **Unidade B**. Além desta foram citadas outras doenças como catapora, pneumonia, conjuntivite, gripe, infecção intestinal. Partindo-se do princípio de que as unidades são hospitalares não se pode afirmar onde os trabalhadores foram infectados, tendo-se em vista que a função distribuição de refeições faz com que o trabalhador tenha contato com os pacientes.

As condutas para os casos de infecções respiratórias, intestinais ou de qualquer ordem seguem a RDC n.º 216 (BRASIL, 2004) que obriga o afastamento do trabalhador da atividade que o mantém em contato direto com o alimento, por ser ele veículo de contaminação para os alimentos. Portanto trabalhadores com lesões e ou sintomas de enfermidades que possam comprometer a qualidade higiênico-sanitária dos alimentos devem ser afastados da atividade fim enquanto persistirem essas condições de saúde.

Com um percentual de 22% (14) na **Unidade A** e 24% (9) na **Unidade B** ficaram outras patologias que não se enquadravam nos grupos citados, como diabetes, problemas ginecológicos, irritação nos olhos e entre outros de menor representatividade (Figura 9, pág. 55). A surdez foi destaque nas doenças referidas por ser considerada deficiência física; esta questão foi abordada por 1 trabalhador da **Unidade A**, com a função de copeira, e por 2 trabalhadores da **Unidade B**, com função de copeira e garçom, que atribuíram o problema ao **barulho** no setor de trabalho.

No ano de 2006 foram registrados 2.930 (11%) casos de doenças ocupacionais relativas ao ouvido (externo, médio, interno, audição e equilíbrio), de um total de 26.645. Nesta pesquisa os 3 relatos representam 4% (72) do total trabalhadores que relataram doenças relacionadas ao trabalho.

¹¹ Síndrome do túnel do carpo - neuropatia resultante da compressão do nervo mediano no canal do carpo, estrutura anatômica que se localiza no punho.

¹² Epicondilite – Inflamação do epicôndilo (tuberosidade acima do côndilo) (COSTEIRA, 2001).

Mesmo estando abaixo da média oficial (11%) não se deve desconsiderar este número (4%) dada a característica da atividade ocupacional. É possível que muitos outros casos de surdez não tenham sido contemplados na pesquisa oficial talvez por falta de associação ao serviço desenvolvido. Entretanto é possível afirmar que o ruído caracteriza alguns setores de trabalho das UANs, caracterizado nessa pesquisa quando 80% (80) e 63% (45) dos trabalhadores, respectivamente nas **Unidades A e B**, classificaram o barulho em suas unidades com fator de risco. O ruído não traz apenas o risco para o aparelho auditivo; Lima (1999) verificou que trabalhadores expostos a altos níveis de ruídos, maior de 65 decibéis (Db) apresentavam 75% mais chances de acidentarem-se. Segundo Iazzetta (2007) uma conversa normal tem entre 50 a 70Db; o tráfego intenso de carros alcança 80Db; o ambiente da UAN não é silencioso e em vários momentos pode superar este valor, por exemplo, quando são ligados equipamentos, no pico da distribuição ou ainda no setor de lavagem de painéis e utensílios.

A perda auditiva pode ser induzida por exposição contínua a ruídos decorrentes de atividade ocupacional. A suscetibilidade de cada indivíduo assim como o tipo do ruído e o tempo de exposição a ele são fatores que podem aumentar o risco ao trabalhador. A perda auditiva decorrente da atividade ocupacional está entre as doenças ocupacionais de maior prevalência e requer cuidado por ter como agravante a irreversibilidade da situação (HARGER, 2004).

Além das situações relatadas, foram citados problemas psicológicos, que englobaram depressão e síndrome do pânico entre outros e que atingiram o percentual de 4% (1) na **Unidade A** e 14% (3) na **Unidade B**. A **Unidade B** é de natureza privada e estes valores podem ser atribuídos a possível pressão que o funcionário pode sentir no desempenho de sua função, visto que uma falha pode comprometer a saúde do paciente e a permanência do trabalhador na unidade.

O surgimento de DORTs leva ao aumento do absenteísmo e neste contexto as condições de trabalho foram consideradas pelos pesquisados no trabalho de Isosaki (2005). Segundo o autor, que entrevistou trabalhadores faltosos e assíduos, além das melhorias necessárias para as condições operacionais, o grupo de assíduos relatou a necessidade das chefias correspondentes imporem mais rigor aos faltosos, porque tal situação leva a sobrecarga de trabalho.

No ano de 2006, sinovite e tenossinovite com 21,7%; lesões no ombro, com 16,2% e dorsalgia com 7,1% foram as doenças relatadas em função do trabalho com

maior incidência dentre os 50 itens do Código Internacional de Doenças (CID). As partes do corpo mais atingidas foram o ombro (15,8%), o dorso, incluídos os músculos dorsais, coluna e medula espinhal (12%) e o ouvido – externo, médio, interno, audição e equilíbrio (11%) (MPAS, 2007).

Estes números podem ser maiores; Oliveira (1992) já alertava para a falta de fiscalização nas empresas, assim como notificação e tratamento de dados coletados sobre doenças e acidentes e o estabelecimento das suas relações com o trabalho desenvolvido. Tradicionalmente os acidentes de percurso atendidos em serviços de emergências da rede pública não são notificados como tal.

5.5.3 Acidentes de Trabalho

Observou-se que na **Unidade A** 33% (33) do total da amostra responderam que já haviam sofrido acidentes de trabalho; na **Unidade B**, 30% (21) responderam afirmativamente.

Apesar de nas duas UANs se ter um número de mulheres superior ao de homens, o percentual de acidentados foi proporcionalmente maior para o sexo masculino em ambas as unidades. O percentual de mulheres que relataram ter se acidentado foi de 32% (24) na **Unidade A** e 29% (9) na **Unidade B** enquanto o percentual de homens acidentados foi de 35% (14) e 32% (7), respectivamente. Caixeta e Barbosa-Branco (2005) realizaram uma pesquisa sobre acidentes ocupacionais com uma equipe de enfermagem e o uso de materiais perfurantes e observaram que o maior percentual de acidentes ocorreu com profissionais do sexo feminino.

A natureza dos acidentes é variada e por isso eles foram agrupados para uma melhor compreensão (Figura 10). As situações mais citadas foram quedas, queimaduras, cortes. As quedas representaram um percentual de 31% (10) e 29% (6) nas **Unidades A e B**, respectivamente, para os acidentes de trabalho. Na **Unidade A**, 73% dos trabalhadores identificaram o piso como potencial fator de risco, enquanto na **Unidade B**, 42% (Tabela 8, página 45). Tais dados sugerem o efeito protetor dos sapatos antiderrapantes ou do piso adequado no planejamento físico funcional da unidade.

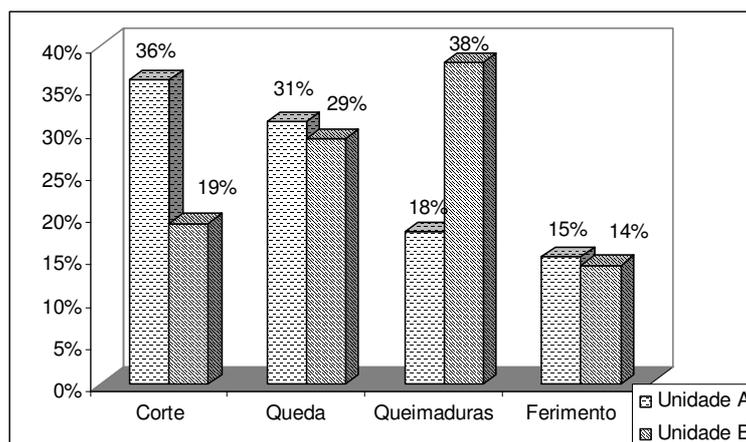


Figura 10 - Distribuição percentual por grupo de acidente sofrido relatado por trabalhadores nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.

As queimaduras representaram um total de 18% (6) na **Unidade A** e de 38% (8) na **Unidade B** para os acidentes relatados em função do trabalho, enquanto os cortes apresentaram percentual de 36% (11) e 19% (4) nas **Unidades A e B**, respectivamente (Figura 10). Dos 503.890 acidentes notificados no MPAS em 2006, 6.147 (1%) foram de queimaduras e corrosão em membro superior incluindo punho e mão. Para ambas as situações é possível considerar uma subnotificação dos dados especialmente se relacionados às UANs uma vez que apenas em situações graves os funcionários são encaminhados para o médico do trabalho para obtenção da licença médica.

As ocorrências de DO ou de acidentes de trabalho no setor de alimentação, quando citadas pelo MPAS, não especificam os tipos de estabelecimentos onde houve as ocorrências e por isso a comparação com os dados oficiais pode não ser estabelecida e provavelmente é possível que os dados sejam subestimados.

A luminosidade do ambiente pode interferir nas condições de trabalho, limitar o campo visual dos funcionários e assim se relacionar aos acidentes ocupacionais. Com relação a este parâmetro não se observa diferença na estrutura física das duas unidades. No entanto é importante considerar que possivelmente os resultados obtidos se devam a algum outro fator não identificado, tais como as condições dos equipamentos ou utilização de EPIs.

Relacionando-se os acidentes ocupacionais com os setores de trabalho observa-se um perfil diferente entre as duas unidades. Na **Unidade A** 50% (8) dos trabalhadores do setor de higienização informaram já ter sofrido acidente de trabalho e 55% (11) dos trabalhadores do setor de pré-cocção e cocção também relataram ter sofrido acidentes em função da atividade desempenhada. Na **Unidade B** os trabalhadores do setor de

recebimento e armazenamento foram os que mais sofreram acidentes entre os trabalhadores da UAN, 75% (3); os técnicos de nutrição relataram não haver sofrido acidentes de trabalho nesta unidade. Em 3 dos 5 setores avaliados, o percentual observado foi igual ou superior a 50% ou mais. Na **Unidade B** o setor de recebimento e armazenamento apresentou o maior percentual de trabalhadores acidentados 75% (3), nos demais setores da unidade os valores observados foram menores que 50% e no setor administrativo não foi encontrado nenhum trabalhador que tenha relatado ter sofrido acidente durante o trabalho (Tabela 11).

Tabela 11- Distribuição percentual dos trabalhadores por função com relato de acidente de trabalho nas Unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.

Setor	Unidade A			Unidade B		
	Trabalhadores do setor – n	Acidentados	%	Trabalhadores do setor – n	Acidentados	%
Pré-cocção e cocção	20	11	55	12	4	33
Higienização	14	7	50	6	1	16
Recebimento e Armazenamento	6	3	50	4	3	75
Distribuição	44	10	23	39	13	33
Administração	16	2	12	9	0	-
Total	100	33	33	70	21	30

Santana (2003) comparou a ocorrência de acidentes não fatais entre trabalhadores do sexo feminino e masculino com carteira de trabalho assinada e trabalhadores do mercado de trabalho informal. O autor verificou que não houve diferença significativa entre eles, apesar da diferença dos grupos no que diz respeito à caracterização demográfica, social e ocupacional. Trabalhadores do mercado informal normalmente são encontrados em empresas não regulamentadas, realizando serviços de rua ou serviços de caráter temporário ou autônomo, ficando esta modalidade para os trabalhadores com menor grau de qualificação profissional. Os acidentes de trabalho causam preocupação porque em todo mundo estão entre as principais causas de morte ocupacional (SANTANA *et al.* 2007). Mesmo não identificando diferenças a autora observa que tais grupos encontram-se em situações de risco e podem se transformar em

vítimas de acidentes de trabalho, merecendo atenção maior por parte dos gestores e dos órgãos fiscalizadores.

Especialistas atribuem uma grande parcela de acidentes de trabalho a hábitos inseguros de trabalho. Talvez porque os riscos estejam vinculados à construção de heróis, divulgados pela mídia, principalmente a televisão onde são enaltecidos aqueles que ousam, arriscando a vida em suas atividades profissionais. É por este motivo que treinamento formal, em sala de aula, enfocando princípios de segurança, conhecimento de condições inseguras continua a ser importante e necessário (ASFAHL, 2005).

Em 2006, o número de acidentes de trabalho teve um decréscimo de 1,5% em relação a 2005. As principais conseqüências dos acidentes de trabalho foram as incapacidades temporárias com menos de 15 dias e com mais de 15 dias, com percentual de 56,5% e 25,3%, respectivamente. Neste mesmo ano os 50 itens do CID que tiveram maior incidência nos acidentes de trabalho foram ferimento do punho e da mão (S61), 13,6%; fratura ao nível do punho ou da mão (S62), 6,9% e traumatismo superficial do punho e da mão (S60), 5,7%. As partes do corpo com maior incidência de acidentes de motivo típico foram o dedo com 29,3%; a mão (exceto punho ou dedos) com 9,2% e o pé (exceto artelhos) com 7,4% (MPAS, 2007).

Sant'ana (1994), em pesquisa realizada em três unidades de atendimento a coletividade sadia, cita que as principais causas de acidentes são utensílios cortantes, líquidos quentes, pisos escorregadios e equipamentos. Acredita-se que estes estejam contemplados na categoria ferimentos de punho e mão, pelo órgão oficial, mas há de ser observado que muitos destes pequenos acidentes, de ocorrência quase diária, não são na maioria das vezes comunicados aos gestores para encaminhamento ao serviço médico e posterior notificação como acidente de trabalho.

Burton (2006) identificou em sua pesquisa com 7.026 indivíduos estadunidenses, em sua maioria mulheres com idade média de 38 anos, com várias funções ocupacionais que a redução dos riscos no trabalho pode levar a melhora da produtividade. Entre outros fatores, o autor pesquisou a jornada, os movimentos repetitivos e as atividades mentais.

O acidente ocupacional pode ocorrer por condição insegura ou por ato inseguro; o primeiro remete a responsabilidade do risco à empresa, e o outro ao trabalhador. Diante destas condições perguntou-se aos manipuladores sobre de quem seria a culpa pelos acidentes relatados: se sua culpa, da empresa ou de outros. No caso da escolha incidir sobre “outros” ele era argüido sobre quem seriam os “outros”.

O trabalho, à medida que apresenta elementos de risco à saúde, deixa de ser fonte de satisfação das necessidades humanas, de sobrevivência e de manutenção de relações sociais, passando a ser fonte de adoecimento (THEODORO, 2007).

5.5.4 A Culpa

Aos acidentes de trabalho é associada a figura de um culpado, e a pesquisa procurou conhecer quem seria o responsável, segundo os respondentes, pelos acidentes sofridos por eles. Os resultados obtidos mostram que na **Unidade A** 48% (16) dos trabalhadores assumiram a culpa pelo acidente, 45% (15) culpam a empresa e 6% (2) referiram a culpa a “outros”. Na **Unidade B**, 33% (7) assumiram a culpa, 14% (3) culpam a empresa e 52% (11) alegaram ser de “outros” a culpa pelo acidente (Figura 11).

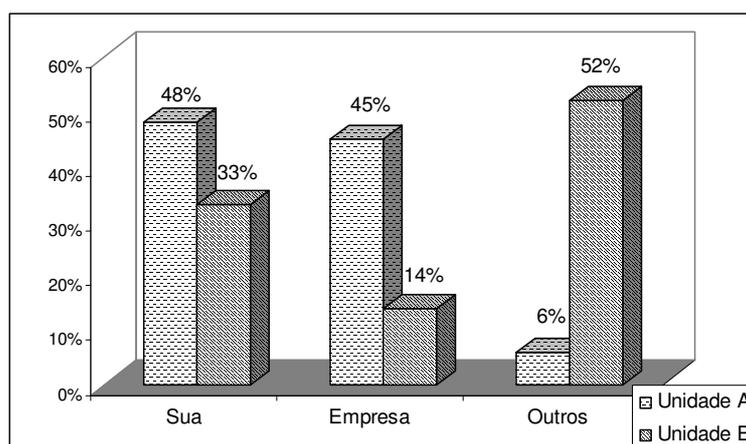


Figura 11 – Distribuição percentual dos culpados pelos acidentes de trabalho citados pelos trabalhadores nas Unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.

Observa-se um elevado percentual de culpa atribuída a “outros” pelos trabalhadores da **Unidade B**; isso provavelmente se deve ao fato da empresa oferecer treinamento, o que de certa forma, faz com que o trabalhador sinta que não foi responsável pelo acidente ocorrido com ele. Na **Unidade A**, a maior parte dos trabalhadores da amostra se divide entre atribuir a culpa a si mesmo ou à empresa. Quando perguntados sobre quem seriam os “outros” verifica-se que nas duas unidades pesquisadas a atribuição da culpa recai principalmente sobre os colegas (Figura 12).

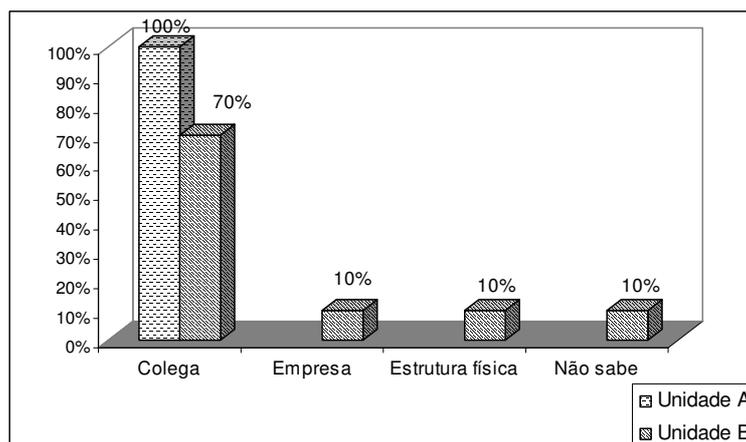


Figura 12 – Distribuição percentual das respostas sobre a identidade dos “outros” citados como causadores dos acidentes pelos trabalhadores nas Unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.

Na **Unidade A**, 100% (2) atribui aos colegas a culpa pelos acidentes sofridos, enquanto na **Unidade B** esse percentual é de 70% (7). Diante disto convém considerar que além das questões estruturais, operacionais, legais, a responsabilidade deve ser um item a ser acrescentado no conteúdo das atividades de treinamento especialmente para atividades exercidas em grupo.

Oliveira (2003) considera que o raciocínio de que o trabalhador é indisciplinado, negligente, imperito ou imprudente, induz o avaliador a erro na interpretação de seus dados. A descrição de ato inseguro, em alguns casos, serviria apenas para ocultar procedimentos operacionais inadequados ou para responsabilizar o trabalhador pelo acidente com ele ocorrido. Da mesma forma o autor alerta para o fato de não se tomar como verdade a premissa de que o trabalhador nunca erra. Sem o treinamento apropriado, a forma rotineira e inadequada se transforma no procedimento de trabalho que inviabiliza a implementação de práticas adequadas. O autor ainda afirma que grande parte dos acidentes de trabalho tem sua origem no comportamento do trabalhador. Este comportamento que muitas vezes é passivo perante o risco, torna-se, assim, um agravante principalmente nos casos onde o risco foi inadequadamente avaliado ou não passou sequer por qualquer tipo de avaliação (OLIVEIRA, 2003).

Lima (1999) observou que os trabalhadores que mais freqüentemente sofriam acidentes de trabalho apresentavam menor grau de escolaridade, exerciam ocupações não qualificadas e não recebiam treinamento para realizar as tarefas que exerciam. Somados a estes fatores, tinham renda mensal baixa, jornadas semanais longas e pouco tempo na função.

Para Oliveira (2003) o comportamento do trabalhador frente a um acidente de trabalho deve ser avaliado com cuidado e mesmo que este comportamento tenha sido o causador do acidente, deve-se considerá-lo como causa secundária. Segundo o autor o que se deve valorizar é o que pode ter levado tal trabalhador a esta ação de risco. Quais seriam os determinantes que levariam esses trabalhadores a se expor, direta ou indiretamente a riscos ocasionados pelo seu trabalho, se tais riscos foram decorrentes de erros no ambiente de trabalho, das relações de trabalho ou ainda de sua vida pessoal.

O ritmo acelerado de trabalho é causa de um maior número de acidentes podendo levar a mortes ou a um maior número de trabalhadores com perturbação mental (OLIVEIRA, 1997). Nas UANs o ritmo das atividades requer reflexões tendo em vista que poucas são as atividades que podem ser antecipadas uma vez que todas as refeições têm horários pré-determinados e devem ser servidas imediatamente após a sua elaboração para evitar riscos ao indivíduo. Tal situação requer não apenas uma condição estrutural adequada, mas o planejamento e o número de funcionários compatíveis com a demanda.

Vilela, Iguti e Almeida (2001) analisaram 71 ocorrências de acidentes de trabalho e verificaram que 80% (57) foram atribuídos a atos inseguros cometidos pelos trabalhadores; a centralização no indivíduo pode ser devido ao paradigma saúde e segurança do trabalho que culpa o trabalhador pelo acidente.

Para Asfahl (2005) é ingenuidade pensar que a proteção ao trabalhador tem somente objetivos humanitários; essa questão pode aparecer apenas como fator de lucro para a empresa porque pode ocorrer a redução nos lucros anuais por ocorrências de acidentes ou doenças com seus trabalhadores.

O número elevado de licenças médicas ou acidentes de trabalho compromete a produtividade e qualidade do que é produzido não somente por inativação do funcionário atingido, mas por paralisar o serviço de outros funcionários durante o processo produtivo, quer seja para socorrer quem foi atingido ou apenas para olhar o ocorrido.

A publicação *Accident preventium manual for industrial operations* da *National Safety Council*, citada por Asfahl (2005), indica condições onde o custo com o acidente pode ser pouco visível; entre tais situações, encontram-se ainda os custos advindos do desgaste de equipamentos com o acidente, com as “horas extras” devido ao afastamento de trabalhadores acidentados, com o treinamento dos novos contratados. Caixeta e Branco-Barbosa (2005), verificando a ocorrência de acidentes de trabalho em equipes

de enfermagem, identificaram que o treinamento não interferiu, na amostra estudada, no coeficiente de acidentalidade.

No mundo milhares de pessoas se tornam incapazes, mutiladas ou até mesmo morrem em função dos acidentes ocorridos no trabalho. As causas variam desde erros do próprio trabalhador a condições impróprias para o desempenho da função (OLIVEIRA, 2003). Os acidentes de trabalho ocorrem em maior número com trabalhadores jovens, portanto, a falta de atenção em lidar com situações de risco por parte de gestores, pode se refletir na economia do país, tendo em vista que os jovens estão no início de sua contribuição econômica (SANTANA *et al* 2007).

Para alguns pesquisadores, no entanto, a prevenção de acidentes ainda é uma questão que requer atenção específica para melhorar a qualidade individual e coletiva do trabalho. Facchini *et al.* (1997) ao desenvolverem materiais educacionais para chamar a atenção dos trabalhadores sobre os riscos a que estão expostos verificaram que tais ícones devem sempre ser primeiramente avaliados pelo grupo em questão a fim de que se tenha a certeza da compreensão deles sobre aquele símbolo. Isto reforça a importância do envolvimento de cada grupo na implantação e implementação destes materiais.

Asfahl (2005) cita abordagens da OSHA que podem servir para reduzir estes riscos e a supervisão talvez seja a mais utilizada. Todavia, quando aplicada, deve ser eficaz no sentido de também atribuir punições severas a todos os que não seguem os procedimentos de segurança e de proteção recomendados ou normatizados.

Mesmo sem planejamento as unidades trabalham no sistema de supervisão. O nutricionista é responsável pela execução de todas as atividades assim como pelos manipuladores. Embora a supervisão tenha como objetivo a produção do alimento seguro e cumpra a legislação pertinente observa-se que do ponto de vista do combate a acidentes e doenças ocupacionais ela não é tão eficiente, tendo-se como hipótese o fato de que os manipuladores não recebem o treinamento adequado para o assunto.

Asfahl (2005) ressalta ainda a importância de uma abordagem quantitativa e analítica que subsidie políticas de prevenção de acidentes ocupacionais neste segmento, considerando situações de risco, de perigo, probabilidade de ocorrência, epidemiologia das ocorrências para assim se coletarem dados fidedignos. No entanto reconhece-se que o número de ocorrências notificadas como relacionadas ao trabalho ainda não corresponde à realidade. Provavelmente isso se deve ao desconhecimento de que a

doença em questão tenha sido adquirida no trabalho, pois nem todas são claramente diagnosticadas.

Santana *et al* (2007) referem-se ao sub-registro dessas informações. Uma apuração feita nos Estados Unidos mostrou que este sub-relato estaria estimado entre 33% e 69%, sendo maior entre trabalhadores autônomos e do setor público. No Brasil os autores relatam que esta falta de registro pode atingir 90% dos casos de acidentes ou doenças ocupacionais, variando de acordo com a região, e apontam como uma das causas a falta de questionamentos a respeito do acidente pelo atendente de saúde.

O setor de serviços foi responsável por 45,7% dos acidentes, excluídos os dados de atividade "ignorada". Nos acidentes típicos, os subsetores com maior participação nos acidentes foram produtos alimentares e bebidas, com 10,6%, e saúde e serviços sociais, com 8,3% do total (MPAS, 2007).

Programas de segurança ao trabalhador, vigentes nas empresas, têm normalmente baixo desempenho, baixo orçamento e visam apenas o cumprimento da legislação vigente. Têm por finalidade maior evitar multas e aborrecimentos quando essas empresas são fiscalizadas. Muitas não contam nem com este tipo de programa, tendo em vista que as fiscalizações são raras pois não há número suficiente de profissionais para a visita técnica de todas as empresas (OLIVEIRA, 2003).

Para Machado (1994) o acidente de trabalho quando encarado como forma de violência pode levar a relações de maior importância do estudo na área de saúde do trabalhador.

No trabalho em pauta, quando solicitados espontaneamente a citar medidas de segurança adotadas pela empresa que visassem à proteção do trabalhador, ou a sua própria segurança, a maior parte 95% (161) dos trabalhadores não conseguiu listar algumas medidas e, dentre os que citaram algum item, a resposta se referiu ao uso de EPIs. Apenas um trabalhador citou a realização de treinamento específico como medida de segurança.

Qualquer programa de proteção à segurança e à saúde do trabalhador, deve contar com a participação e o compromisso dos envolvidos. A segurança está diretamente ligada a programas implementados com esta finalidade entretanto para que possam ser avaliados devem considerar aspectos culturais, ou seja, devem considerar “a forma como as partes interessadas vislumbram e abordam a questão”, sem desprezar as ferramentas que serão utilizadas para identificar e avaliar estes riscos. No Brasil não é comum que altos executivos de grandes empresas estejam envolvidos no

desenvolvimento ou na manutenção de programas de segurança voltados a trabalhadores, ficando este envolvimento restrito a casos onde o acidente possa de algum modo interferir com a imagem da empresa em questão (OLIVEIRA, 2003).

Nesta pesquisa o tratamento estatístico dos dados obtidos com relação à “experiência anterior, acidentes de trabalho e doenças ocupacionais” não mostra significância ($p = 0,1168$); isto pressupõe que mesmo que as funções anteriores tenham sido bem diferentes das atuais não contribuíram para o aumento do risco ocupacional entre estes trabalhadores. Sobre a relação “treinamento, acidentes de trabalho e doenças ocupacionais” os resultados obtidos na amostra em estudo não tiveram significância ($p = 0,1319$), indicando que o trabalhador, treinado ou não, tem a mesma possibilidade de ser vítima de acidentes de trabalho ou doenças ocupacionais.

Como no Brasil se estima que uma entre cinco refeições servidas é consumida em restaurantes, lanchonetes, cozinhas industriais ou hospitais (AKUTSU *et al.*, 2005), é possível avaliar o universo de trabalhadores para o setor e a possibilidade de uma maior ocorrência de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais que podem não apenas comprometer a saúde individual como também onerar os custos do Estado.

Sant’ana (1994) alerta que a interação do homem e o meio ambiente onde se desenvolve o seu trabalho pode ser benéfica ou maléfica à saúde caso os riscos deste ambiente ultrapassem os limites estipulados para a tolerância.

5.6 A SATISFAÇÃO DO TRABALHADOR

A satisfação no trabalho pode ter influência direta na vida pessoal ou profissional do trabalhador gerando conseqüências a sua saúde mental e física manifestadas como condições gerais de vida (MARQUEZE, 2005).

5.6.1 Satisfação com a Função e com a Empresa

Sobre a satisfação com a função que exercem 66% (113) dos trabalhadores nas unidades pesquisadas responderam que estavam satisfeitos. Na **Unidade A**, 75% (75) se dizem muito satisfeitos ou satisfeitos; na **Unidade B** este percentual foi de 84% (60). Os pouco satisfeitos e nada satisfeitos somam 25% (25) e 15% (11), respectivamente, nas **Unidades A e B** (Figura13).

Considerando-se negativas as respostas “pouco satisfeito” e “nada satisfeito” observa-se que $\frac{1}{4}$ dos trabalhadores da **Unidade A** estão insatisfeitos com a atual função. No entanto não foi objeto da pesquisa identificar o porquê da insatisfação, mas alguns relatos apontam para a questão do *status* relacionado à função exercida, apesar de observado que os relatos foram feitos por profissionais com formação de nível médio. É possível depreender que a insatisfação com a função, nas duas unidades, muitas vezes se deve ao fato dos trabalhadores sentirem-se capazes de realizar serviços de maior complexidade ou responsabilidade.

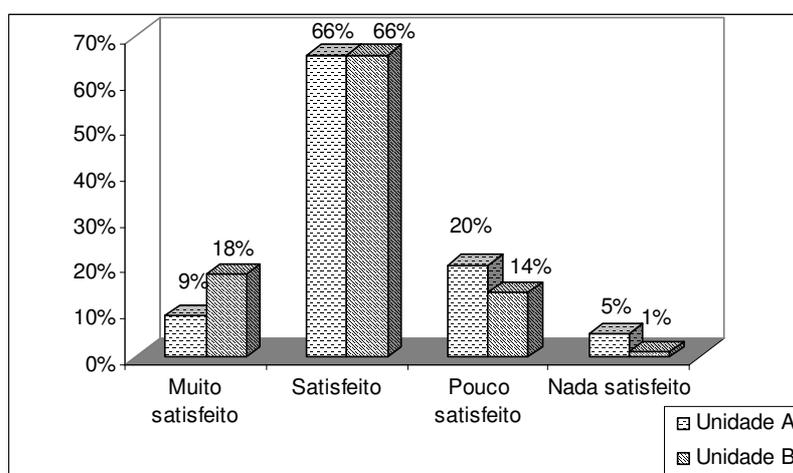


Figura 13 – Distribuição percentual das respostas dos trabalhadores sobre satisfação com a função exercida nas Unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.

Quando indagados sobre a satisfação com a empresa para a qual trabalham, e utilizado o mesmo critério de negatividade, na **Unidade A** 75% (75) dos manipuladores se mostram pouco e nada satisfeitos com a empresa, na **Unidade B** este percentual foi de 41% (29) (Figura 14). Apenas 25% (25) encontra-se satisfeito com a empresa na **Unidade A** e 59% (41) na **Unidade B** (Figura 14).

Nas duas unidades pesquisadas os dados sobre a insatisfação com a empresa foram maiores que a insatisfação com a função. Sobre as possíveis causas de insatisfação com a empresa para a qual trabalham, mesmo não sendo o objeto da pesquisa, está o salário, com valor aproximado nas duas unidades, e a segurança trabalhista. É possível se acreditar que o maior percentual de satisfação dos trabalhadores da **Unidade B** se deva a, entre outros fatores, carteira de trabalho assinada pelo empregador, o que sugere a estabilidade e a segurança e pelos benefícios indiretos como a cesta básica que contribuem para a complementação do salário.

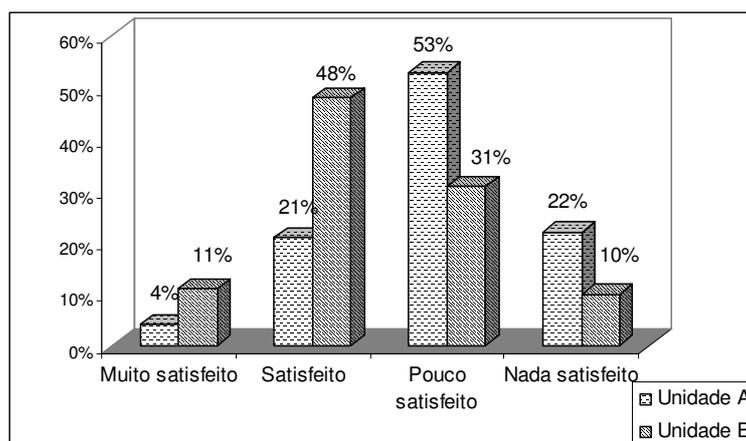


Figura 14 - Distribuição percentual das respostas dos trabalhadores sobre satisfação com a empresa nas Unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.

De acordo com Locke (1969), apud Marqueze (2005), esta satisfação está ligada à avaliação feita pelo próprio trabalhador sobre o seu trabalho, assim como a outros fatores, que podem inclusive incluir o relacionamento do grupo.

5.6.2 Satisfação e Nível de Escolaridade

Quando comparados os níveis de escolaridade e a satisfação com a função, percebe-se a semelhança entre os resultados obtidos nas duas unidades pesquisadas, mesmo tendo cada unidade características diferentes, gestão própria e terceirizada; em ambas o maior número de trabalhadores encontra-se satisfeito, independentemente do nível de escolaridade, sugerindo inclusive, que quando interrogados sobre a função desempenhada não são considerados os benefícios ou insatisfações de qualquer natureza (Figuras 15 e 16).

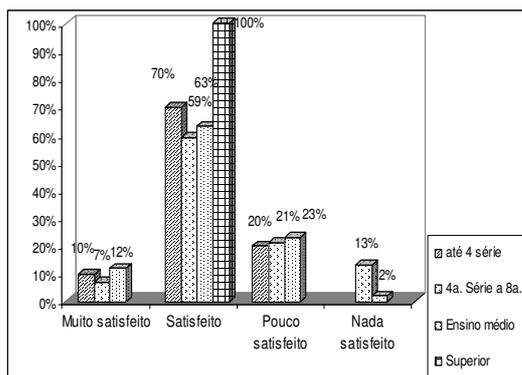


Figura 15 – Distribuição percentual das respostas dos trabalhadores sobre a satisfação com a função desempenhada e o nível de escolaridade na **Unidade A** no período de julho a setembro de 2007

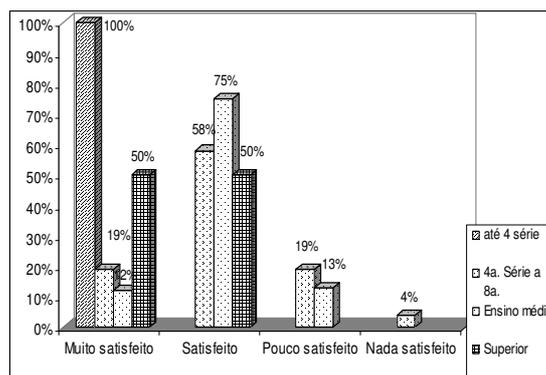


Figura 16 – Distribuição percentual entre as respostas dos trabalhadores sobre a satisfação com a função desempenhada e o nível de escolaridade na **Unidade B** no período de julho a setembro de 2007.

Quando comparadas às faixas de escolaridade em relação à satisfação com a empresa pode se perceber uma diferença entre as duas unidades (Figuras 17 e 18): um maior percentual encontra-se pouco ou nada satisfeito na **Unidade A**, exceto para a faixa de escolaridade de 4^a. a 8^a. série onde se encontra o maior grau de satisfação com a empresa, 31% (9), que mesmo assim não chega a atingir a metade dos trabalhadores deste nível de escolaridade. Na **Unidade B** observa-se que os trabalhadores se percebem satisfeitos em maior percentual, independentemente do nível de escolaridade. Convém ressaltar que o resultado de 100% (1) de muito satisfeito na **Unidade B**, para a faixa de “até a 4^a. série” se deve ao fato de só existir um trabalhador com este grau de escolaridade.

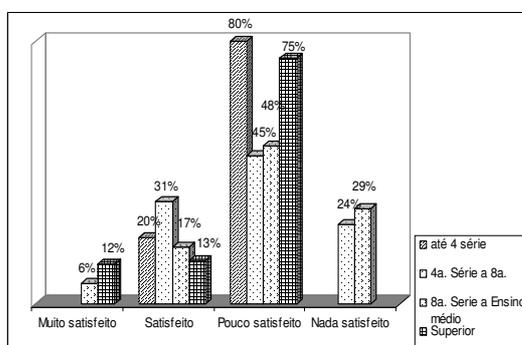


Figura 17 – Distribuição percentual das respostas dos trabalhadores sobre a satisfação com a empresa e o nível de escolaridade na **Unidade A** no período de julho a setembro 2007

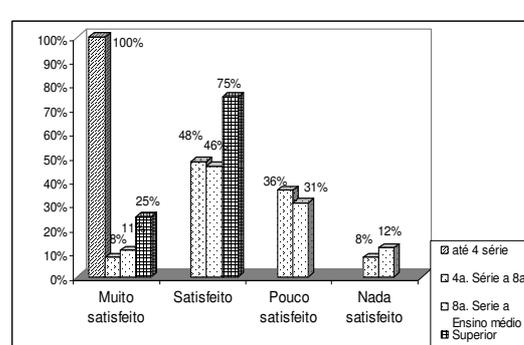


Figura 18 – Distribuição percentual das respostas dos trabalhadores sobre satisfação com a empresa e o nível de escolaridade na **Unidade B** no período de julho a setembro 2007.

Bertin (2004) identificou que todos os participantes de sua amostra se disseram satisfeitos com o serviço desempenhado, a despeito das condições encontradas para desempenho deste trabalho.

5.6.3 Satisfação com a função e a empresa e sexo

Sobre a relação entre a satisfação desempenhada e o sexo verifica-se que na **Unidade A** não há diferença com os resultados anteriores, quando analisados os dados sobre a satisfação com a função e com a empresa. Ambos percebem-se, em sua maior parte, satisfeitos com a função e insatisfeitos com a empresa em que trabalham. Com respeito à função, tanto homens (17) como mulheres (48), com um percentual de 65% se mostram “satisfeitos”. Nesta mesma unidade os “pouco satisfeitos” estão em maior proporção, sejam homens 42% (11) ou mulheres 56% (41) (Figuras 19 e 20).

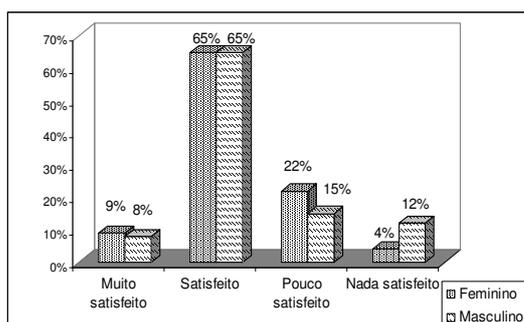


Figura 19 – Distribuição dos percentuais de respostas dos trabalhadores por sexo sobre a satisfação com a função na **Unidade A** no período de julho a setembro 2007.

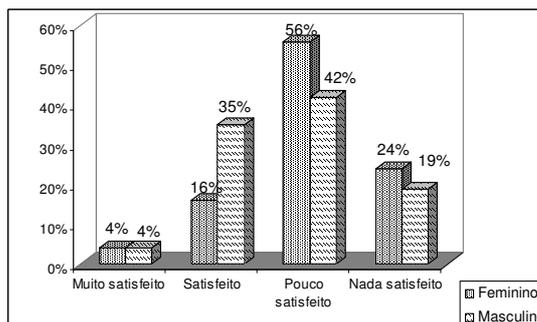


Figura 20 – Distribuição dos percentuais de respostas dos trabalhadores por sexo sobre a satisfação com a empresa na **Unidade A** no período de julho a setembro 2007.

Na **Unidade B**, os dados obtidos com relação à função indicam que homens 59% (55) e mulheres 70% (59) estão “satisfeitos” com a atividade desempenhada. Ao se mensurar a satisfação com a empresa, apesar dos percentuais mais baixos que os encontrados nas respostas sobre a satisfação com a função, homens e mulheres também se dizem satisfeitos: os homens 55% (12) mais satisfeitos do que as mulheres 45% (22) (Figuras 21 e 22).

O trabalho quando não realiza as potencialidades do trabalhador pode ser motivo de opressão para este indivíduo e, portanto deve se constituir num meio de levar o

homem a sua realização. Porém, a procura cada vez maior pela lucratividade, pode fazer com que este desempenhe funções que nunca houvera desejado e a estas ele pode jamais se habituar (BOSI, 2000). Para Bertin (2005) o trabalho não é nocivo para quem o desempenha, mas pode se tornar nocivo pela forma como é desempenhado ou organizado.

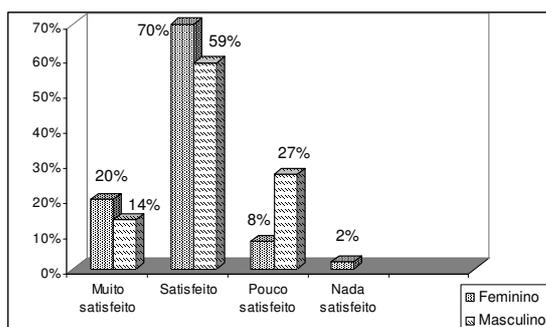


Figura 21 – Distribuição dos percentuais de respostas dos trabalhadores por sexo sobre a satisfação com a função na **Unidade B** no período de julho a setembro 2007.

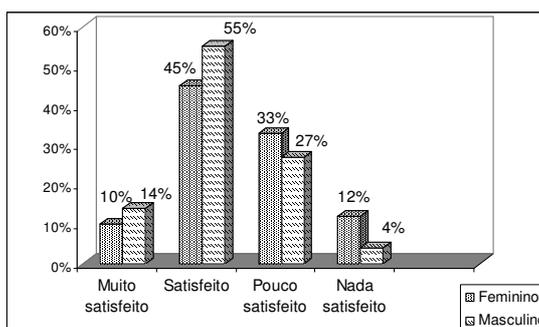


Figura 22 – Distribuição dos percentuais de respostas dos trabalhadores por sexo sobre a satisfação com a empresa na **Unidade B** no período de julho a setembro 2007.

5.6.4 Satisfação e Doenças Adquiridas no Trabalho

Relacionando-se as respostas dos trabalhadores para as questões sobre doenças por causa do trabalho e a satisfação com a função desempenhada e satisfação com a empresa, observa-se que os “muito satisfeitos” com a função – 33% (3) na **Unidade A** e 25% (2) na **Unidade B** – relataram ter ficado doentes por causa do trabalho. Para aqueles “muito satisfeitos” com a empresa o percentual obtido foi de 2% (1) na **Unidade A** e zero na **Unidade B**.

Os percentuais de respostas afirmativas para a relação entre o acometimento de doenças ocupacionais e satisfação foram calculados em cada uma das opções de respostas oferecidas. Quando observado o item “satisfeitos” com a função, o percentual de acometimentos aumenta com relação ao item “muito satisfeitos” nas **Unidades A e B**. O percentual de trabalhadores “pouco satisfeitos” ou “nada satisfeitos” com a função e com a empresa aumentou nas duas unidades entre os que relataram ter adoecido por causa do trabalho (Figuras 23 e 24).

Entre os “nada satisfeitos” os percentuais alcançam valores de 100% (5) dos “nada satisfeitos” com a função e 73% (16) dos “nada satisfeitos” com a empresa na **Unidade A**, mostrando assim uma relação direta entre os que se dizem “nada satisfeitos” e as doenças ocupacionais. Na **Unidade A** é possível identificar que quanto maior o grau de insatisfação com a função, ou com a empresa, maior o número de trabalhadores com doenças ocupacionais (Figura 23).

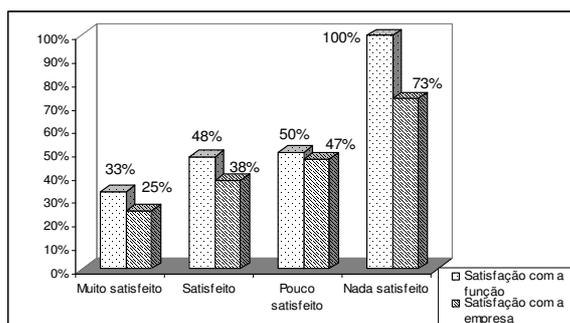


Figura 23 – Distribuição dos percentuais de respostas dos trabalhadores sobre satisfação com a função e a empresa e a alegação de adoecimento por causa do trabalho na **Unidade A** no período de julho a setembro 2007.

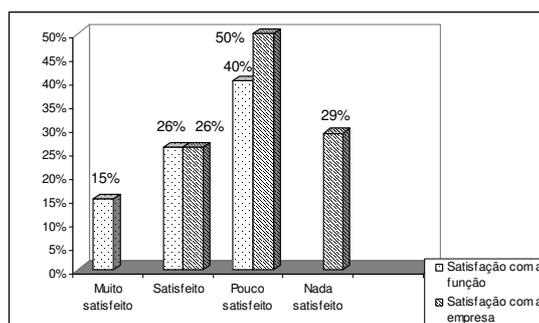


Figura 24 – Distribuição dos percentuais de respostas dos trabalhadores sobre satisfação com a função e a empresa e a alegação de adoecimento por causa do trabalho na **Unidade B** no período de julho a setembro 2007.

Na **Unidade B** não houve trabalhador “nada satisfeito” com a função e, entre os que relataram estar “nada satisfeitos” com a empresa, 29% (2) referiram ter adoecido por causa do trabalho. Os maiores percentuais foram obtidos entre os que se disseram “pouco satisfeitos” com a função e com a empresa. Com relação à satisfação com a função apenas um trabalhador desta unidade respondeu como não sendo “nada satisfeito” e não relatou doença por causa do trabalho. Entretanto dos “pouco satisfeitos” com a função 40% (4) relatou ter adoecido por causa do trabalho assim como 50% (11) dos “pouco satisfeitos” com a empresa, percentuais superiores aos muito satisfeitos e satisfeitos (Figura 24).

De posse destes dados verifica-se uma possível relação entre a satisfação com fatores relacionados ao trabalho desenvolvido – função desempenhada e empregador – e a associação feita pelo trabalhador ao sentir que adoeceu por causa do trabalho

5.6.5 Satisfação e Acidentes de Trabalho

Analisando-se os dados encontrados para a **Unidade A**, verifica-se que os maiores percentuais de trabalhadores acidentados estão entre os “insatisfeitos” com a empresa e/ou função: nesse universo, o maior percentual de acidentados insatisfeitos com a função foi de 45% (9) dos que se disseram “pouco satisfeitos” com a função e 41% (2) dos “nada satisfeitos” com a empresa. Nesta UAN não houve trabalhador “muito satisfeito” com a empresa que relatasse ter se acidentado no trabalho (Figura 25). Na **Unidade B** os maiores percentuais de acidentados ficaram com os trabalhadores que responderam estar “pouco satisfeitos” com sua função e/ou sua empresa a – 40% (4) e 45% (10). Nesta unidade nenhum dos respondentes “nada satisfeitos” com a função ou com a empresa relatou ter se acidentado no trabalho (Figura 26). Por se tratarem de percentuais obtidos sobre o número de respondentes de cada opção sobre a satisfação estes não foram somados.

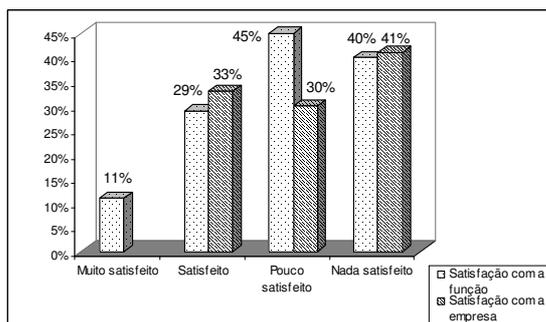


Figura 25 – Distribuição dos percentuais de respostas dos trabalhadores sobre a satisfação com a função e a empresa entre os trabalhadores que relataram de ter sofrido acidente de trabalho na **Unidade A** no período de julho a setembro 2007.

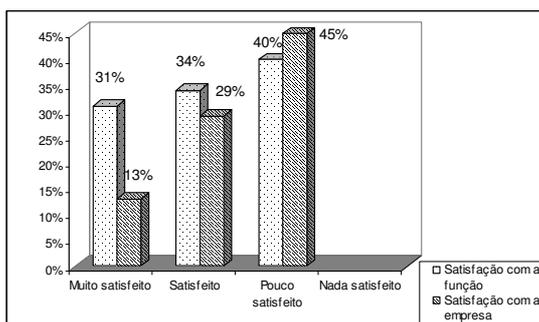


Figura 26 – Distribuição dos percentuais de respostas dos trabalhadores sobre a satisfação com a função e a empresa entre os trabalhadores que relataram de ter sofrido acidente de trabalho na **Unidade B** no período de julho a setembro 2007.

Quando a função desempenhada é considerada como importante pela sociedade e pela organização do serviço, a valorização e o reconhecimento são vivenciados pelo trabalhador despertando assim o prazer no desempenho do trabalho (FERREIRA, 2001). Com relação ao trabalho realizado em unidades de alimentação, verifica-se que historicamente pouco valor foi sempre dado as funções ligadas à cozinha; a discriminação social reflete provavelmente a insatisfação com uma função considerada como inferior inclusive por quem a desempenha.

Esta falta de valorização pode ser consequência da história do desenvolvimento social e econômico do país que sempre demonstrou que as atividades associadas à alimentação são extensão do serviço doméstico e desempenhadas por escravos (FREYRE, 1992).

Para Ferreira (2006) quando o trabalhador não julga importante o seu trabalho, ele não se sente valorizado, nem importante para a sociedade; esta imagem negativa influencia o seu desempenho profissional e sua cidadania, transformando o prazer do trabalho em sofrimento. BOSI (2000) também considera que o trabalho não deve ser visto como uma imposição, mas algo que possibilite a realização do trabalhador.

Assim como na pesquisa de Bertin (2005) os indivíduos pesquisados sentiram-se valorizados pela identificação da importância de sua atividade, refletida no interesse demonstrado sobre seu trabalho, sua opinião e seu conhecimento. Lanzillot (1994), apud Bertin (2004), ressalta que trabalhadores deste setor de maneira geral são procedentes de estratos sociais da população menos favorecidos e dentro de organizações esperam oportunidades de melhoria pelo serviço desempenhado. Quando estas não surgem, geram a insatisfação com o local de trabalho.

Trabalho realizado por Isosaki (2005) com trabalhadores de UANs mostra que quando os participantes foram questionados sobre a falta ao trabalho, aqueles que disseram nunca faltar justificam sua assiduidade com as respostas “gostam do que fazem” ou “têm preocupação com o serviço”, aventando a satisfação do funcionário e o seu envolvimento no setor, independentemente da sobrecarga ou não de trabalho.

Marqueze (2005) afirma que a relação entre a satisfação no trabalho e a saúde do trabalhador não pode ser facilmente determinada. Entretanto a investigação deste fator pode sugerir ao pesquisador questões que possam beneficiá-lo. Ele identificou que mais significativo é a falta de reconhecimento e o modo como é avaliado o serviço prestado. Bertin (2005) recomenda que sejam despendidos maiores esforços visando a identificação dos fatores que levam o trabalhador à insatisfação enfatizando que estes podem interferir na realização das metas traçadas. Destaca a necessidade das empresas perguntarem a seus funcionários sobre o seu sentimento, a satisfação e as dificuldades no desenvolvimento das atividades, apesar do receio de gerar expectativas no grupo.

O governo brasileiro desde o ano 2000 dispõe de um programa – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – que tem por meta melhorar as relações entre os profissionais de hospitais visando melhorar o atendimento à população (MS, 2006). Bertin (2005) conclui que para a melhoria do desempenho de uma UAN é

necessário que os gestores reconheçam o valor de cada trabalhador e de suas habilidades. Muito embora não seja objeto da pesquisa é possível afirmar que os gestores imediatos, nutricionistas, mostram-se sensíveis ao problema da valorização e existem UANs que dispõem de programas que visam a mudança deste *status*. Certamente um maior conhecimento dessas questões pode promover uma melhoria na satisfação de trabalhadores com relação aos diferentes fatores que compõe seu trabalho.

Os resultados obtidos na análise descritiva não foram suficientes para estabelecer relações entre as variáveis sexo, idade, nível de escolaridade, tempo de serviço, setor de trabalho, treinamento e satisfação com as doenças ocupacionais e os acidentes de trabalho relatados. Foram então realizados outros testes estatísticos para identificar se alguma(s) destas variáveis estaria(m) relacionada(s) a ocorrência do que se pretendeu investigar.

Os dados obtidos permitem inferir que a satisfação com a empresa e o acidente de trabalho são potenciais fatores de risco para a ocorrência de doença ocupacional (Tabela 12).

Tabela 12 - Ocorrência de doença por causa do trabalho nas Unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.

Resultados da Regressão Logística						
Parâmetros		GL	Estimativa	Erro Padrão	Estatística de Qui-Quadrado	p-Valor
	Nada Satisfeito	1	2.7471	1.1186	6.0311	
Satisfação_	Pouco Satisfeito	1	2.1345	1.0772	3.9263	0.0475
Empresa	Satisfeito	1	1.4038	1.0922	1.6522	0.1987
Acidente_	Sim	1	0.8370	0.3513	5.6767	0.0172
Trabalho						

Para se estudar os possíveis fatores de risco associados à ocorrência de doenças por causa do trabalho e da ocorrência de acidentes durante o trabalho procedeu-se ao ajuste de dois modelos de regressão logística múltipla com processo de retirada e inclusão de variáveis baseado no teste condicional da razão de verossimilhança. Utilizou-se um nível de significância de 5%.

Desse modelo é possível afirmar que existe uma relação linear entre as variáveis sobre a ocorrência de doença por causa do trabalho com a satisfação com a empresa e a satisfação com o trabalho, ou seja, trabalhadores nada satisfeitos e que não sofreram

acidentes de trabalho são aqueles com maior probabilidade de terem doenças do trabalho.

Tabela 13 - Acidente relatado durante o trabalho nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.

Resultado Regressão Logística					
Parâmetro	GL	Estimativa	Erro Padrão	Estatística de Qui-Quadrado	p - Valor
Cocção/Higienização Pré	1	2.1249	0.8049	6.9686	0.0083
Setor_de_Trabalho Distribuição	1	1.2715	0.7946	2.5607	0.1096
Recebimento/Armazenamento	1	2.3511	0.9960	5.5722	0.0182
Doença_Trabalho Sim	1	0.8534	0.3621	5.5554	0.0184
Tempo_Empresa	1	0.00632	0.00278	5.1832	0.0228

Deste modelo pode-se afirmar que existe relação linear entre as variáveis sobre a ocorrência de acidente durante o trabalho com o setor de trabalho, o tempo de empresa e a ocorrência de doença do trabalho. Trabalhadores do setor de recebimento e armazenamento que tiveram doença por causa do trabalho e com maior tempo de empresa são aqueles com a maior probabilidade de sofrerem acidentes durante o trabalho (Tabela 13).

6 ESTIMATIVA DAS RAZÕES DE CHANCES

A tabela 14 contém as estimativas das razões de chances e os respectivos intervalos de 95 % de confiança

Tabela 14 - Estimativa de chances da ocorrência de Doenças ocupacionais nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.

Odds Ratio – Doenças ocupacionais			
Efeito	Pontos	Intervalos de confiança	
Satisfação_empresa Nada Satisfeito x Muito Satisfeito	15.597	1.741	139.697
Satisfacao_empresa Pouco Satisfeito x Muito Satisfeito	8.453	1.023	69.816
Satisfação_empresa Satisfeito x Muito Satisfeito	4.071	0.479	34.620
Acidente_Trabalho Sim x Não	2.310	1.160	4.598

Dos dados obtidos se pode concluir que trabalhadores nada satisfeitos com a empresa têm 16 vezes mais chances de terem doenças por causa do trabalho do que trabalhadores muito satisfeitos. Já os trabalhadores pouco satisfeitos com a empresa têm 8 vezes mais chances de terem doenças por causa do trabalho do que trabalhadores muito satisfeitos. Neste caso não existe diferença quanto a ter doença por causa do trabalho entre trabalhadores satisfeitos e muito satisfeitos. Ainda é possível identificar que os trabalhadores que sofreram acidentes de trabalho têm 2 vezes mais chances de terem doenças por causa do trabalho do que trabalhadores que não sofreram acidentes.

Entre os trabalhadores nada satisfeitos com a empresa e que já sofreram acidentes de trabalho a prevalência estimada de ocorrência de doença ocupacional é de 88 %, as estimativas de razões de chances estão mostradas na tabela 15.

Tabela 15 - Estimativas de chances de acidentes e setor de trabalho nas unidades pesquisadas no período de julho a setembro de 2007.

Odds Ratio – Acidentes			
Efeito	Estimativa	Intervalo de confiança	
Setor_de_trabalho Cocção/Hig./Pre x Administração	8.372	1.728	40.549
Setor_de_trabalho Distribuição x Administração	3.566	0.751	16.925
Setor_de_trabalho Recebimento/ Armazenamento x Administração	10.497	1.490	73.938
Doença_Trabalho Sim x Não	2.348	1.155	4.773
Tempo de empresa	1.006	1.001	1.012

Diante do exposto verifica-se que os trabalhadores dos setores de cocção, higienização e pré-preparo tem 8 vezes mais chances de sofrerem acidentes durante o trabalho do que trabalhadores do setor de administração. Trabalhadores dos setores de Recebimento e Armazenagem têm 10 vezes mais chances de sofrerem acidentes durante o trabalho do que trabalhadores do setor de administração.

Não existe diferença quanto a ter acidente durante o trabalho entre trabalhadores dos setores de Distribuição e administração. Já os trabalhadores que tiveram doenças por causa do trabalho têm 2 vezes mais chances de terem acidentes durante o trabalho do que trabalhadores que não tiveram doenças por causa do trabalho.

O fato de que, para cada aumento de uma semana de trabalho nas empresas, a chance de sofrer um acidente durante o trabalho aumenta em 0,6 % é um indicativo de que existem riscos neste ambiente de trabalho, como afirma a literatura sobre o assunto. Portanto são necessários cada vez mais estudos para o conhecimento da população de trabalhadores de UANs para a tomada de medidas que possam reduzir esta chance de acidentes. A literatura específica para a área registra a importância de se adequar o número de funcionários para o setor, a descrição de seus cargos, o tipo de avaliação para o serviço, a produtividade e a seleção de trabalhadores capacitados, mas esquece de alertar para as medidas a serem tomadas para a manutenção da saúde dos trabalhadores e isto pode estar ocorrendo por falta de conhecimento das pessoas que trabalham neste segmento.

No Brasil, há poucos estudos sobre custos de acidentes de trabalho ou do seu impacto sobre a produtividade (SANTANA, 2006). Isosaki (2005) recomenda uma maior frequência de estudos dessa natureza e uma ação mais específica da medicina do trabalho. Observa-se que são priorizados de maneira geral os estudos sobre a produção do alimento seguro, esquecendo-se assim do indivíduo que o manipula ou distribui.

Theodoro (2007) relata em seu trabalho que na maioria dos casos a ênfase do estudo está no cliente, na gerência para melhoria da gestão no setor e raramente o trabalhador não é objeto de estudo.

*As pessoas querem, sim, trabalhar, mas
sonham com um emprego que seja ético,
divertido, útil – um emprego que faça
sentido (Estelle Morin).*

Segundo esta Professora de Comportamento Organizacional pela HEC Montreal e Ph.D. em Psicologia Organizacional e Industrial, que iniciou seus estudos sobre o tema em 1992, a ausência desses atributos de qualidade está fazendo com que os trabalhadores enlouqueçam; afirma ainda que no Canadá, as companhias de seguro já ameaçam parar de pagar as despesas com saúde mental caso as empresas não comecem tomar medidas preventivas.

Em outras palavras, ninguém quer ficar doente ou acidentarse em seu trabalho, muito menos tornar-se um incapaz ou apenas mais um número nas estatísticas de óbitos, por este motivo, se deve otimizar as condições estruturais, ambientais e comportamentais para minimizar este tipo de ocorrência.

7 CONCLUSÕES

Os dados obtidos respondem aos questionamentos desta pesquisa delimitados em seus objetivos específicos. Observa-se que quanto às variáveis demográficas dos trabalhadores, os dados obtidos confirmam os resultados esperados porque nesse setor ainda há o predomínio do sexo feminino; que o nível de escolaridade vem aumentando, acompanhando as exigências para atuação no setor. Entretanto apesar da qualificação obtida por este trabalhador na escola formal, isto não implica em capacitação para o trabalho que se desenvolve em uma UAN.

Identificadas as variáveis relativas a condições de contratação para o trabalho percebe-se que a experiência anterior não é requisito obrigatório, mas desejável, não ocorrendo para a grande maioria nenhum teste de conhecimento ou de aptidão, teórico ou prático. Constatou-se que a habilidade adquirida pelos trabalhadores para o desempenho de suas funções ainda se restringe aos treinamentos realizados nas unidades e que sem avaliação adequada para verificação do aprendizado estes não podem ser considerados adequados.

O desconhecimento de potenciais riscos ocupacionais no ambiente de trabalho é um fato na população estudada, que pode gerar maiores exposições a situações de riscos, ocasionando a elevação do número de doenças ocupacionais ou acidentes de trabalho.

As doenças relatadas pelo universo da amostra são verificadas em outros trabalhos realizados com diferentes populações diferentes. Investigados os acidentes, constatou-se que, para essa amostra, os acidentes ocorreram por inobservância de regras de segurança e pelo aumento da exposição ao risco estando, provavelmente, entre as causas por esta exposição o desconhecimento do risco.

Observou-se também que os trabalhadores se percebem mais satisfeitos com o desempenho de suas funções do que com a com a empresa contratante; este fato possivelmente se deve a fatores como remuneração e reconhecimento ou valorização.

Relacionadas às doenças ocupacionais e acidentes de trabalho no universo dessa amostra, verifica-se a importância do conhecimento sobre as possíveis causas desses problemas tendo em vista os desdobramentos que podem levar o trabalhador à incapacidade para o desempenho das funções laborais ou à morte com o comprometimento da sua qualidade de vida ou de seus dependentes.

Conclui-se que os objetivos propostos para esta pesquisa foram alcançados, apesar da amostra ter se limitado a duas unidades, e que é importante considerar não apenas a exigência quanto ao nível de escolaridade, mas ainda a capacitação para o exercício da função e a orientação para a prevenção da saúde face aos potenciais fatores de riscos para o trabalhador associados ao desempenho laboral.

Com respeito à satisfação observa-se a necessidade de se identificar os motivos que tornam insatisfeitos esses trabalhadores. Para tanto, propõe-se a realização de um estudo multicêntrico, no qual a amostra expresse os anseios desse grupo de trabalhadores, aprofundando os quesitos do instrumento – questionário, e ampliando a investigação sobre a satisfação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMIDES, M.B.C.; CABRAL, M.S. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. São Paulo, São Paulo em Perspectiva, vol. 17, n1, jan./fev. 2003.
- ABREU, E.S.de; SPINELLI, M.G.N.; ZANARDI, A.M.P.; Gestão de Unidades de Alimentação e Nutrição: um modo de fazer. São Paulo, Editora Metha LTDA, 2003.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA, (BRASIL). RDC 216, Brasil, Brasília, DF, 15 de setembro de 2004.
- ALBUQUERQUE, L.G. de; FRANÇA, A.C.L.; Estratégias de recursos humanos e gestão da qualidade de vida no trabalho: o stress e a expansão de vida no trabalho: o stress e a expansão do conceito de qualidade total. São Paulo, Revista de Administração, v.33,n2.p.40-51, abr/jun 1998.
- AKUTSU, R., BOTELHO, R.A., CAMARGO, E.B., SÁVIO, K.E., ARAÚJO, W.; Adequação das boas práticas de fabricação em serviços de alimentação. Campinas, SP. Rev. Nutrição. Vol. 18 no. 3 maio/ jun., 2005.
- AKUTSU, R. C. Valores e Bem-estar dos Nutricionistas Brasileiros. 166 f. Tese. (Doutorado em Ciências da Saúde) Faculdade de Saúde - Universidade de Brasília. Brasília, 2008
- ALVES, R.B.; Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde : aproximações possíveis e desafios. Rio de Janeiro, RJ. Cad. De Saúde Pública. vol. 19 p. 319-322 jan/ fev. 2003.
- AMICK, B.C. et al.; Predictors of successful work role functioning after carpal tunnel release surgery. USA, Journal. Occup Environ Med - JOEM, vol. 46, no. 5, may 2004.
- ASFAHL, C. R.; Gestão de segurança do trabalho e de saúde ocupacional. Industrial safety and health management São Paulo: Reichmann & autores editores, 2005.
- BARATA, R. B.; RIBEIRO, M. C. S. A.; MORAES, J. C.; Acidentes de trabalho referidos por trabalhadores moradores em área urbana no interior do Estado de São Paulo em 1994. In: CONCEIÇÃO, P.S. de A. *et al.* Acidentes de trabalho atendidos em serviço de emergência. *Cad. Saúde Pública*, vol.19, n.1, p.111-117. jan./fev. 2003.
- BATISTA FILHO, M. e RISSIN, A. A Transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad Saúde Publica*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1):S181-S191, 2003
- BENEDICTO, M.de L.; REGGIOLLI, M.R. Manual de dietas para restaurante industrial. São Paulo, Editora Atheneu, 1997.
- BERTIN, C.H.de F.P.; Percepções sobre o trabalho de um grupo de manipuladores de alimentos de um serviço de nutrição e dietética. Tese (Doutorado em Ciências) Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 2005.
- BOSI, M.L.M.; Trabalho e subjetividade: cargas e sofrimento na prática da nutrição social. São Paulo, Rev. Nutr. no. 2, mai./ago. 2000.
- BRASIL, Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília, DF: Senado Federal, 1943. www.trabalho.gov.br, Acesso em 05 de fevereiro de 2006.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1990. 210 p.
- BRASIL. Constituição Federal – Coletânea de legislação administrativa. Odete Medauar (organizadora). Giselle de Melo Braga Tapai (coordenadora). Editora Revista dos Tribunais. 4.^a ed.ver, atual. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2004.

- BRASIL, Correio Brasiliense. Caderno de Economia, Brasília, DF; 1º. de maio de 2007.
- BRASIL, Lei no. 8213, artigo 19, Brasília, DF: Senado Federal, 24 de julho de 1991.
- BRASIL, Lei Orgânica de Saúde, n.º 8080, Brasília, DF: Senado Federal; 1990.
- BRASIL, Normas Regulamentadoras, 1978. Brasília, DF, www.trabalho.gov.br, Acesso em 14 de nov 2006.
- BRASIL, Súmula 331, Supremo Tribunal Superior-TST, 2000. Brasília, DF, http://dji.com.br/normas_inferiores/enunciado_tst/tst_0331a0360.htm. Acesso em 14 de jun de 2008.
- BRITO, J.; Uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador com ótica no gênero. Rio de Janeiro, R.J. Cad. de Saúde Pública, vol. 13, supl. 2, 1997.
- BURTON, W.N. e cols.; The association between health risk change and preseneism change. , USA, Journal. Occup Environ Med - JOEM, vol 48, no3, p. 252-263, mar. 2006.
- CAIXETA, R. de B.; BARBOSA-BRANCO, A.; Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. Rio de Janeiro, R.J. Cad. de Saúde Pública, vol. 21, nro 3 mai/ jun 2005.
- CAMPOS, FRANCISCO EDUARDO DE; WERNECK, GUSTAVO AZEREDO FURQUIM; TONON, LÍDIA MARIA (organizadores). Vigilância Sanitária. Belo Horizonte: Coopmed. Cadernos de Saúde. 2001, 129p.
- CAMPOS, R. História do Brasil. São Paulo: Atual Editora, 1996
- CAROTTO, R.A.; MENDES, I.F. Queixas, Doenças Ocupacionais e Acidentes de Trabalho em Trabalhadores de Cozinhas Industriais. São Paulo, SP. Rev. Bras. de Saúde Ocupacional. vol. 28 no. 107/ 108, 2006.
- CASCUDO, L.C.; História da alimentação no Brasil. São Paulo: Global, 2004
- CHEREM, A.J.; A prevenção do pathos: uma proposta de protocolo para diagnóstico dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. Dissertação (Mestre em Engenharia de Produção) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1997.
- CICONELLI, R.M. et al.; Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36) São Paulo, SP. Rev. Bras. de Reumatologia, vol. 39 no. 03 mai./jun. 1999.
- CERVO, A.L.;BERVIAN, P.A.; Metodologia científica. São Paulo: Prentice Hall, 1996.
- CFN - CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS; Código de ética. Disponível em <http://www.cfn.org.br> Acesso 17 de abril de 2006.
- CONCEIÇÃO, P.S. de A. Acidentes de trabalho atendidos em serviço de emergência. Cad. Saúde Pública, vol.19, n.1, p.111-117. jan./fev. 2003.
- COSTA, E. C. Vigilância Sanitária – Proteção e Defesa da Saúde. Editora Hucitec. Sociedade Brasileira de Vigilância de medicamentos. São Paulo, 1999.
- COSTEIRA, O.; Termos e expressões da pratica médica. Rio de Janeiro: Farmoquímica, 2001. 262p.
- DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "Prevenção numa hora dessas?" In: CONCEIÇÃO, P.S. de A. *et al.* Acidentes de trabalho atendidos em serviço de emergência. Cad. Saúde Pública, vol.19, n.1, p.111-117. jan./fev. 2003.
- ELIAS, R. Braços para fazer um país. Nossa História. Vera Cruz, São Paulo, n.24, p. 14-19 out. 2005.

- FACHINI, L.A.; DALL`AGNOL, M.M.; FASSA, A.G.; LIMA, R. da C.; Ícones para mapas de riscos: uma proposta construída com os trabalhadores. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 13 nro. 3.ju./ set. 1997.
- FARIAS, J.B. Tradições preservadas. Nossa História. Vera Cruz, São Paulo, n.24, p. 30-32 out. 2005.
- FERREIRA, C.M.C.; MENDES, A.M.; Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. Estudos em Psicologia (Natal). Natal, RN. vol.6 ano I, jan./jun. 2006. Disponível em www.scielo.org em set, 2007.
- FRANÇA, A.C.L.; Qualidade de vida no trabalho: conceitos, abordagens, inovações e desafios nas empresas brasileiras, Revista Brasileira de Medicina Psicossomática. Rio de Janeiro, vol. 1, no. 2, abr./mai./jun. 1977.
- FREYRE, G.; Casa Grande e Senzala: introdução à história da sociedade patriarcal no Brasil. 28ª. São Paulo, SP. ed. Record, 1992. 569 p.
- GADELHA, A.P.G.; Impacto previdenciário e ocupacional da incapacidade para o trabalho por doenças osteomusculares em sete ramos de atividade, Brasil 2002. Dissertação. (Mestre em Saúde Pública) Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, 2006.
- GAMBARDELLA, A. M. D.; FERREIRA, C. F.; FRUTUOSO, M. F. P. Situação Profissional de Egressos de um Curso de Nutrição. Revista de Nutrição, Campinas, v. 13, n. 1, p. 1-5, 2000.
- GANDRA, Y.R. et al.; Avaliação de Serviços de Nutrição e Alimentação. São Paulo: Sarvier, 1983.
- GOES, J.A.W. et al.; Capacitação dos manipuladores de alimentos e a qualidade da alimentação servida. Rev. Higiene dos Alimentos. São Paulo, vl. 15 n. 82, 2003.
- HARGER, M.R.H.; BARBOSA-BRANCO, A.; Efeitos auditivos decorrentes da exposição ocupacional ao ruído em trabalhadores de marmorarias no Distrito Federal. Rev. da Associação Médica Brasileira. São Paulo, vol. 50 no. 4 Oct./Dec, 2004.
- IAZZETA, Universidade de São Paulo - USP, www.cca.usp.br/prof/iazzetta/tutor/acustica/intensidade/db.html, Acesso em 15 de fevereiro de 2008.
- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 2000.
- IGUTI, A.M.; HOEHNE, E.L.; Lombalgias e trabalho. Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo, n. 28 v. 107/108. 2003.
- INSTITUTO DE HOSPITALIDADE, ServSafe princípios de segurança alimentar: tradução de Eduardo Lyra. Rio de Janeiro, 2000. 400p.
- ISOSAKI, M.; Absenteísmo entre trabalhadores de serviços de nutrição e dietética de dois hospitais em São Paulo. Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo, v. 28 p. 127/128.
- JUNIOR, M.F. Saúde no Trabalho: Temas básicos para o Profissional que Cuida da Saúde dos Trabalhadores. São Paulo: Roca, 2000. 357p.
- LANDSBERGIS, P.A.; The changing organization of work and the safety and health of working people: a commentary. , USA, Journal Occup Environ Med - JOEM, v.45, n.1, p. 61-72 jan. 2003.
- LAUDARES, J.B.; TOMASI, A.; *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 24, n. 85, p. 1237-1256, dezembro 2003. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br> Acesso 28 de jan 2008.
- LEAL, M.L.de M S.; A história da gastronomia. Rio de Janeiro: Editora SENAC Nacional. 1998 144p.

- LEMOS, M.P.; Contribuições da ergonomia na melhoria da qualidade higiênico-sanitária de refeições coletivas: um estudo de caso [dissertação on line]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1999. Disponível em: <http://www.ibict.br/bdtd>. Acesso 25 de ago 2006.
- LIMA, R.C.; Percepção de exposição a cargas de trabalho e riscos de acidentes em Pelotas, RS. Rev. Saúde Pública, vol.33, n.2, p.137-146. abr. 1999.
- LOBO, L.; FERNANDES, C.A.; A cozinha Brasileira. São Paulo: Circulo do livro.2001
- MACHADO, J.M.H.; GOMEZ, C.M.; Acidentes de trabalho: Uma expressão da violência social. Rio de Janeiro, RJ. Cad. Saúde Pública v. 10 (supl.1) p.74-87. 1994
- MARQUEZE, E.C.; MORENO, C.R.de C.; Satisfação no trabalho – uma breve revisão São Paulo, SP. Rev. Bras. de Saúde Ocupacional v. 30 n.112. p. 69-79, 2005.
- MARTINS, S.P. Direito do trabalho. São Paulo, 22^a. Ed. SP: Ed. Atlas, 2006. 875p.
- MATOS, C.H.de; PROENÇA, R.P.; Condições de trabalho e estado nutricional de operadores do setor de alimentação coletiva: um estudo de caso. Campinas, SP. Rev. de Nutrição v.16 n 4 out./nov. 2003.
- McCUNNEY, R.J.; Health and productivity: A role for occupational health professionals, USA, Journal. Occup Environ Med.; n. 43 p. 30-35, 2001.
- MENDES, R.; DIAS, E.C.; Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Campinas, SP. Rev. Saúde Pública, vol.25, n.5. out. 1991.
- METZNER, R.J.; FISCHER, F. M. Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos e doze horas. Campinas, SP. Rev. Saúde Pública, vol.35, n.6, p.548-553. dez. 2001.
- MEZOMO, I.F. de B.; Os serviços de alimentação: Planejamento e administração. São Paulo: Manole. 2002 413p.
- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL – MSPS - (Brasil) - www.previdencia.gov.br, Acesso em 17 de dez. 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS – (Brasil) - www.saude.gov.br Acesso em 28 de fev. 2008.
- MINISTÉRIO DO TRABALHO – MT (Brasil) - www.trabalho.gov.br, Acesso em 14 de nov. 2006.
- MOHEN, D. C. L.; e cols; Job insecurity as a risk factor for common infections and health complains. , USA, Journal Occup Environ Med -JOEM, vol. 45 n. 2, p. 123-129. feb, 2003.
- MONDINI L.,MONTEIRO C.A. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962 -1988). Rev. de Saúde Pública vol 28 n.6 p. 433-9.1994
- MONTEIRO, M.S.; ILMARINEN, J.; GOMES, J.da R.; Capacidade para o trabalho, saúde e ausência por doença de trabalhadoras de um centro de pesquisa por grupos de idade. São Paulo, SP Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional. vol 30, n 112 p.81-90. 2005
- MORENO, C.R. de C., FISHER F.M., ROTENBERG, L.; A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas, São Paulo, SP. São Paulo em perspectiva, vol.17 n. I, jan./mar. 2003.
- MORIN, E.; TONELLI, M. J.; PLIOPAS, A.L.V.; O trabalho e seus sentidos, Porto Alegre, RS. Psicol. Soc. Vol. 19 no.spe, 2007
- MURTA, G.S.; TRÓCCOLI, B.T.; Avaliação de intervenção em estresse ocupacional, Brasília, DF. Psic.: Teor. e Pesq. vol.20 n.1 Jan./Apr. 2004.
- NUNES, R. M.; Identificação das necessidades de capacitação de manipuladores de alimentos nos pit dogs. Município de Araguaína – TO 2002. Dissertação. (Mestre em Saúde Pública, Educação em Saúde) Faculdade de Ciências da Saúde- Universidade de Brasília. Brasília 2006.

- OLIVEIRA, J.C. de; Segurança e saúde no trabalho: uma questão mal compreendida. São Paulo,SP: São Paulo em perspectiva v.17 n.2. Abr./jun. 2003.
- OLIVEIRA, M.H.B de; VASCONCELOS, L.C.; Política de saúde do trabalhador no Brasil: Muitas questões sem respostas. Rio de Janeiro,RJ. Cad. Saúde Pública vol. 8. p.150-158. abr/jun, 1992.
- OLIVEIRA, N.F.W.; NERY, M.; Administração em serviços de nutrição. São Paulo: Âmbito cultural edições, 1982.
- OLIVEIRA, S.; A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. Rio de Janeiro, RJ: Cad. Saúde Pública v.13 n.4. Out./dez. 1997.
- OPAS/ OMS, HACCP: Instrumento Essencial para a inocuidade de alimento. Buenos Aires. Argentina: OPAS/ INPAZ, 2001.
- PAYNE-PALACIO, J. West's and Wood's Introduction to Foodservice. New York: MacMillan, 1994, 7.ed.
- PORTO, M.F. de S.; FREITAS, C.M.de; Análise de riscos tecnológicos ambientais:perspectivas para o campo da saúde do trabalhador. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ. Vol. 13 Supl. 2 p. 59-72, 1997
- PERSONA, D.; PERSONA, M.E.R.; Manual de segurança ocupacional. São Paulo, SP: Exacta Saúde Ocupacional S/C Ltda, 1998.
- PROENÇA, R.P.C.; Novas tecnologias para a produção de refeições coletivas: recomendações de introdução para a realidade brasileira. Revista de Nutrição, Campinas 12(1): 43-53, jan/abr, 1999.
- PROENÇA, R.P.C.; Desafios contemporâneos com relação a alimentação humana. São Paulo, SP: Revista Food Service, jan/fev 2002.
- QUINTANA, M.; Almanaque cardápio de alimentação. São Paulo: Columbus cultural, 1993 p.74.
- RABELO, F; BRESCIANI FILHO, E.; OLIVEIRA, C.A.B. de; Treinamento e gestão de qualidade. São Paulo,SP: Rev. de Administração de Empresas vol.35, no. 3, pág. 13-19, mai/jun 1995.
- REIS, R. J., PINHEIRO; T.M.M. NAVARRO, A.; Martin, M. M.; Perfil da demanda atendida em ambulatório de doenças profissionais e a presença de lesões por esforços repetitivos, São Paulo, SP: Rev. Saúde Pública vol. 34 n.3, Jun. 2000
- ROZENFELD, S. (organizadora). Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.
- SALIM, C. A.; Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. São Paulo, SP. São Paulo em Perspectiva vol. 17 no. 1. jan./ mar., 2003.
- SANTOS, M.J.V.; História do Brasil. São Paulo: Atica 1990.
- SANT'ANA, M.H.P. S.; AZEREDO, R. M.C.; CASTRO, J.R.; Estudo ergonômico em serviços de alimentação. Rio de Janeiro, RJ. Saúde em Debate, no. 42 mar.1994.
- SANTANA, V. S., BARBERINO, J.L.; Exposição ocupacional ao ruído e hipertensão arterial. São Paulo, SP. Rev. Saúde Pública vol.29 no.6 dez.1995.
- SANTANA, V.; MAIA, A. P.; CARVALHO, C.; LUZ, G.;Acidentes de trabalho não fatais: diferenças de gênero e tipo de contrato de trabalho. Rio de Janeiro, RJ. Cad. Saúde Pública vol. 19 no. 2 jan./ abr. 2003.
- SANTANA, V.; ARAÚJO-FILHO, J. B.; ALBUQUERQUE-OLIVEIRA, P. R.; BARBOSA-BRANCO, A.; Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. São Paulo, SP. Rev. Saúde Pública vol.40 no.6 dez. 2006.

SANTANA, V. S.; ARAÚJO-FILHO, J. B.; SILVA, M. ; ALBUQUERQUE-OLIVEIRA, P. R.; BARBOSA-BRANCO, A.; NOBRE, L.C. da C.; Mortalidade, anos potenciais de vida perdidos e incidência de acidentes de trabalho na Bahia, Brasil. Rio de Janeiro, RJ. Cad. Saúde Pública. vol.23 no.11 Nov. 2007.

SÃO PAULO, www.bibliotecavirtual.sp.gov.br Acesso em 12 de novembro de 2007.

SATO, L.; LER: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. Rio de Janeiro, RJ. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, vol. 17(1): 147-152, jan-fev 2001.

SILVA, A.C. da; De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição. São Paulo, SP. Estudos avançados, vol. 19 no.1 abr 1995.

SILVA, C. A. N. da; O significado do trabalho, www.falnatal.com.br/revistanova/a2v3.php . acesso em 30 de dezembro de 2007.

SILVA NETO, M.; Diagnóstico situacional da utilização das ferramentas de segurança na produção de alimentos nas cozinhas das unidades de alimentação e nutrição dos hospitais de Brasília, DF. Dissertação. (Mestrado em Nutrição Humana) Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília. Brasília 2006.

SOLMUCCI Jr, P.; Entrevista com presidente da entidade no encontro da ABRASEL, disponível em www.abrasel.com.br acesso em 15 de janeiro de 2008.

TEIXEIRA, S.; MILET Z.; CARVALHO, J.; BISCANTINI, T.M.; Administração Aplicada às Unidades de Alimentação e Nutrição. São Paulo: Atheneu, 2003.

THEODORO, J.A.; Sentido do trabalho para funcionários de organizações de luxo: estudo de caso em um restaurante de São Paulo. Dissertação. (Mestrado em Hospitalidade, área de concentração Planejamento e Gestão Estratégica em Hospitalidade) Universidade Anhembi Morumbi São Paulo 2007.

UnB – UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA; Departamento de Nutrição; Projeto Perfil de Recursos Humanos de Unidades de Alimentação e Nutrição do DF. Brasília 2005

VASCONCELOS, A.F., Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. São Paulo, SP. Cad. de Pesquisas em Administração, vol.08 no.1 jan./mar.

VASCONCELOS, F.A.G.; O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. Campinas, SP. Revista de Nutrição, vol. 15 no.2 may/aug.2002.

VIEIRA, S.; HOUSSNE, W.S., Metodologia Científica para a área de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001 – 3ª. reimpressão 192p.

VILELA, R.A.G.; IGUTI, A.M.; ALMEIDA, I.M.; Culpa da vítima: um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes do trabalho. Rio de Janeiro, RJ. Cad. de Saúde Pública, vol.20 (2) p. 570-579 mar/abr. 2004.

ZACARIAS H. Isabel; AWAD R., Carmen; BRUNSER T., Oscar; KIRSCHBAUN K. Aida. Educación sanitária a manipuladores de alimentos. Rev. Méd. Chile; 119(11): 1334-40, nov. 1991.

9 APÊNDICES

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DA PESQUISA - QUESTIONÁRIO
MODIFICADO

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DO PROJETO “PERFIL DE TRABALHADORES DE
UAN NO DF”

ANEXO 2 – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Apêndice 1**Questionário – Recursos Humanos** No. _____

A pesquisa a ser realizada nesta empresa busca definir o perfil dos funcionários de Unidades de Alimentação. Trata-se de uma pesquisa da Universidade de Brasília. Os resultados serão analisados fora da empresa. O anonimato será mantido. Sinta-se bastante à vontade para responder. Contamos com a sua colaboração.

I – caracterização da população em estudo

- 1- Sexo: () masculino () feminino
- 2- Idade: () 18 a 24 anos () 25 a 34 anos
() 35 a 45 anos () mais de 45 anos
- 3- Escolaridade: () até 4ª série () de 4ª a 8ª série
() ensino médio () superior
- 4- Tempo de empresa: _____
- 5- Setor de trabalho: () Recebimento e armazenamento
() Pré preparo () Cocção () Higienização
() Distribuição () Administração
- 6- Recebeu treinamento para desenvolver sua função:
() Sim () Não
- 7- Qual? _____
- 8- Quem orientou o treinamento?
() o proprietário da empresa () nutricionista () auxiliar de nutrição
() um funcionário com a mesma função que você exerce
() outros: _____

- 9- Que função/cargo você exerce? _____
- 10- Trabalhou em outra empresa anteriormente? () SIM () NÃO
- 11- Caso SIM, quanto tempo? _____
- 12- Especifique que tipo de empresa? () pública () privada
- 13- Qual tipo de serviço desenvolvido pela empresa? _____
- 14- Qual função/cargo que você exercia? _____
- 15- Que tipos de testes você fez para entrar nesta empresa?
() nenhum () entrevista () questionário () testes práticos
() outro: _____
- 16- Você recebeu por escrito quais atividades iria desenvolver na função que exerce? () SIM () NÃO
- 17- Ao ser contratado, fez algum exame de saúde? () SIM () NÃO
- 18- De quanto em quanto tempo faz exames?
() de 6 em 6 meses () de ano em ano () de 2 em 2 anos () não são exigidos () não sei
- 19- Qual seu vínculo empregatício com a empresa?
() contratado pela empresa que trabalha () contratado de outra empresa () concursado () outro: _____
- 20- Quantas horas você trabalha por dia? _____

- 21- Quantos dias na semana você trabalha? _____
- 22- Qual seu turno de trabalho? () manhã () tarde () noturno
() manhã e tarde
- 23- Você faz “horas extras”? () SIM () NÃO
- 24- Você recebe remuneração extra se faz “horas extras”?
() SIM () NÃO
- 25- Você gosta de fazer “horas extras”? () SIM () NÃO
- 26- Quantas horas você tem de almoço? () 1 () 2 () mais de 2
() menos de 1 () não tem

II – riscos ocupacionais

- 27- A empresa fornece plano de saúde?
() integral () parcial () não fornece
- 28- Que benefícios a empresa proporciona? () cesta básica () prêmios () auxílio creche () outros: _____
- 29- Você utiliza algum equipamento de proteção individual?
() SIM () NÃO
- 30- Caso SIM, qual? _____
- 31- Marque os itens que você acha que são Equipamentos de Proteção Individual
() Uniforme () Luvas térmicas () Luvas de aço () Sapatos ou botas que não escorregam () Mascaras () Aventais plásticos
- 32- Você exerce atividade de chefia ou encarregado?
() SIM () NÃO
- 33- Caso SIM, de quantas pessoas você é chefe? _____
- 34- Qual seu grau de satisfação com a função no trabalho?

() nada satisfeito () pouco satisfeito () satisfeito () muito satisfeito

- 35- Qual seu grau de satisfação com a empresa que você trabalha?
() nada satisfeito () pouco satisfeito () satisfeito () muito satisfeito

36- O que representa risco à saúde do trabalhador no seu setor de trabalho?

- () Ambiente de trabalho () Equipamentos () Iluminação
() Piso (tipo) () Barulho () Temperatura (calor ou frio) () Umidade () Utensílios (facas) () outros _____

37- Já tirou atestado para tratamento de saúde: () Sim () Não

38- Se tirou porque foi? _____

39- Você acha que já ficou doente por causa do trabalho:

() Sim () Não

40- Em caso de SIM, qual e quais foram as doenças _____

41- Já sofreu acidente durante o trabalho: () Sim () Não

41- Em caso de SIM, qual foi _____

42- De quem foi a culpa pelo acidente?

() Sua () da empresa () outros (Quem?) _____

43- Cite as 3 medidas de segurança que você conhece no seu ambiente de trabalho

Apêndice 2 - Termo de Consentimento

Nº. _____

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
 FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
 PROJETO – Qualidade ocupacional do trabalhador de UAN

Pesquisadores responsáveis:

Dra. Wilma Araújo

Nutr. Katya Pereira Bastos Sasaki

TERMO DE CONSENTIMENTO

A saúde do trabalhador

Recebi orientação e declaro estar ciente dos objetivos desta pesquisa, que visa, principalmente, verificar o conhecimento dos trabalhadores de Unidades Produtoras de Refeições sobre segurança e saúde no ambiente de trabalho.

A nutricionista responsável pela pesquisa está desenvolvendo dissertação de mestrado na Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (UnB) e estará à disposição para qualquer problema ou dúvida relacionada a esta pesquisa.

Nut^a. Katya Pereira Bastos Sasaki CRN 127/01.

Dessa forma, aceito participar de livre e espontânea vontade da mesma, no que diz respeito ao fornecimento de informações.

Fui informado (a) que os dados que forneci terão garantia de sigilo por parte dos pesquisadores.

_____ Data: ___/___/___
 Assinatura do paciente/representante legal

_____ Data: ___/___/___
 Assinatura do responsável pelo estudo

Nº. _____

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
 FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
 PROJETO – Qualidade ocupacional do trabalhador de UAN

Pesquisadores responsáveis:

Dra. Wilma Araújo

Nutr. Katya Pereira Bastos Sasaki

TERMO DE CONSENTIMENTO

A saúde do trabalhador

Recebi orientação e declaro estar ciente dos objetivos desta pesquisa, que visa, principalmente, verificar o conhecimento dos trabalhadores de Unidades Produtoras de Refeições sobre segurança e saúde no ambiente de trabalho.

A nutricionista responsável pela pesquisa está desenvolvendo dissertação de mestrado na Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (UnB) e estará à disposição para qualquer problema ou dúvida relacionada a esta pesquisa.

Nut^a. Katya Pereira Bastos Sasaki CRN 127/01.

Dessa forma, aceito participar de livre e espontânea vontade da mesma, no que diz respeito ao fornecimento de informações.

Fui informado (a) que os dados que forneci terão garantia de sigilo por parte dos pesquisadores.

_____ Data: ___/___/___
 Assinatura do paciente/representante legal

_____ Data: ___/___/___
 Assinatura do responsável pelo estudo

- 25- Quando iniciou o trabalho nesta empresa, participou de algum treinamento?
 SIM NÃO
- 26- Qual? _____
- 27- Quem orientou o treinamento?
 o proprietário da empresa nutricionista auxiliar de nutrição
 um funcionário com a mesma função que você exerce
 outros: _____
- 28- Você foi orientado por escrito sobre quais atividades iria desenvolver na função que exerce?
 SIM NÃO
- 29- Ao ser contratado, fez algum exame de saúde?
 SIM NÃO
- 30- Com que frequência os exames são exigidos?
 de 6 em 6 meses de ano em ano de 2 em 2 anos
 não são exigidos não sei
- 31- Qual seu vínculo empregatício com a empresa?
 contratado pela empresa que trabalha
 contratado de outra empresa
 concursado outro: _____
- 32- Quantas horas você trabalha por dia? _____
- 33- Quantos dias na semana você trabalha? _____
- 34- Qual é a sua jornada de trabalho?
 manhã tarde noturno manhã e tarde
- 35- Você faz “horas extras”?
 SIM NÃO
- 35- Caso SIM, você recebe remuneração?
 SIM NÃO
- 36- Quantas horas você tem de almoço?
 1 2 mais de 2 menos de 1 não tem

- 37- A empresa fornece plano de saúde?
 integral parcial não fornece
- 38- Que benefícios a empresa proporciona?
 cesta básica prêmios outros: _____
- 39- Você utiliza algum equipamento de proteção individual?
 SIM NÃO
- 40- Caso SIM, qual? _____
- 40- Você exerce atividade de chefia ou encarregado?
 SIM NÃO
- 41- Caso SIM, de quantas pessoas você é chefe? _____
- 42- No último ano você foi avaliado pelo(a) nutricionista da empresa (peso, altura, ...)?
 SIM NÃO
- 43- Nos últimos 12 meses você participou de alguma atividade (palestra, exposição de cartazes, outras) sobre saúde e alimentação promovidas pelo restaurante da empresa (Serviço de Nutrição)?
 SIM NÃO
- 44- Qual? _____
- 45- Qual seu grau de satisfação com a função que você exerce?
 nada satisfeito pouco satisfeito
 satisfeito muito satisfeito
- 46- Qual seu grau de satisfação com a empresa que você trabalha?
 nada satisfeito pouco satisfeito
 satisfeito muito satisfeito

Agradecemos a sua colaboração!

ANEXO 2

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto: 023/2007

Título do Projeto: "Percepção dos trabalhadores de duas unidades produtoras de refeição hospitalares em relação ao adoecimento e condições para o desenvolvimento seguro do trabalho".

Pesquisadora Responsável: Katya Pereira Bastos Sasaki

Data de Entrada: 30/03/2007.

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamentam a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu APROVAR o projeto 023/2007 com o título: "Percepção dos trabalhadores de duas unidades produtoras de refeição hospitalares em relação ao adoecimento e condições para o desenvolvimento seguro do trabalho". Analisado na 3ª Reunião ordinária, realizada no dia 10 de abril de 2007.

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 30 de junho de 2007.


Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP/FS-UnB

Campus Universitário Darcy Ribeiro
Faculdade de Ciências da Saúde
Cep: 70.910-900

