

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**ERGONOMIA E QUALIDADE NA ORGANIZAÇÃO DO
TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE:
Um estudo de caso no setor de Vigilância Sanitária.**

LEANDRA ULBRICHT

FLORIANÓPOLIS - SC

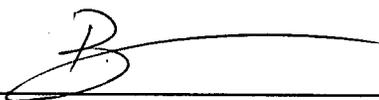
1998

LEANDRA ULBRICHT

**ERGONOMIA E QUALIDADE NA ORGANIZAÇÃO DO
TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE:**

Um estudo de caso no setor de Vigilância Sanitária.

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre em Engenharia de Produção, especialidade em Ergonomia, aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção.



**Prof. Ricardo Miranda Barcia, Ph.D.
Coordenador do P.P.G.E.P.**

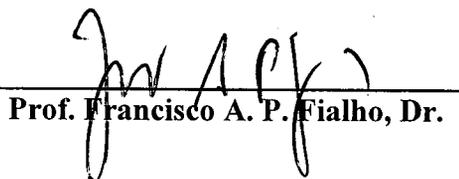
Banca Examinadora:



**Prof.ª Leila Amaral Gontijo, Dr.ª
Orientadora**



Prof. Neri dos Santos, Dr.



Prof. Francisco A. P. Fialho, Dr.

“Os antigos que desejaram demonstrar suas virtudes ilustres por todo o império, primeiro organizaram bem seus próprios Estados. Desejando organizar bem seus próprios Estados, primeiro regularam suas famílias. Desejando regular suas famílias, primeiro cultivaram suas personalidades. Desejando cultivar suas personalidades, primeiro corrigiram seus corações. Desejando corrigir seus corações, primeiro procuraram ser sinceros em seus pensamentos. Desejando ser sinceros em seus pensamentos, primeiro aumentaram ao máximo seu conhecimento. Esse aumento de conhecimento baseava-se na investigação das coisas”.

Confúncio

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que compartilharam este período de minha vida e de inúmeras maneiras me ajudaram. Mesmo sendo difícil o trabalho de listar pessoas, gostaria de agradecer especialmente:

- Aos meus pais, pelo incentivo, pelo auxílio nas inúmeras traduções e pelo teto, não somente para mim como para toda a família, em recente expansão.
- Ao Eduardo pela sua paciência, suas aulas de inglês e pela colaboração neste trabalho.
- A professora Leila pelo conselho premunitório, sem o qual não teria sido possível terminar em tempo hábil esta dissertação e pela orientação e atenção durante todas as fases deste estudo.
- Aos professores Neri e Fialho pela participação na banca e pelas suas contribuições para a melhoria deste trabalho.
- As amigas Ana e Ruth, pelo apoio e aos seus amigos, amigos de seus amigos, parentes, e tantos outros que foram mobilizados por elas na constante procura de material.
- Aos amigos Ernesto e Ricardo que participaram ativamente no estudo de caso, mesmo estando tão distante de seus pontos de estudo.
- A Divisão de Vigilância Sanitária de Florianópolis pela cooperação no estudo de caso.
- Ao pessoal da secretaria, que mesmo em meio de toda correria sempre dispuseram de alguns minutos de atenção.
- A minha chefia pelo apoio e constantes liberações, que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

A todas as pessoas que contribuíram de alguma forma para a elaboração deste estudo.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	v
LISTA DE TABELAS	v
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO GERAL	1
1.1. APRESENTAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	1
1.2. ORIGEM DO TRABALHO	3
1.3. OBJETIVOS	4
1.3.1. Objetivo Central	4
1.3.2. Objetivos Específicos	5
1.4. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO TRABALHO	5
1.5. HIPÓTESES	7
1.5.1. Hipótese Central	7
1.5.2. Hipóteses Secundárias	7
1.5.3. Hipótese de Trabalho	7
1.6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	8
1.7. LIMITAÇÕES DO TRABALHO	8
1.8. DESCRIÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS CAPÍTULOS	9

CAPÍTULO II - A VIGILÂNCIA SANITÁRIA E A QUESTÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS	11
2.1. INTRODUÇÃO	11
2.2. QUALIDADE NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE - Uma necessidade	12

2.3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A VIGILÂNCIA SANITÁRIA	16
2.3.1. Histórico do Desenvolvimento da Saúde Pública	17
2.3.2. A Constituição e a Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8080/90	20
2.3.3. Recursos Humanos no SUS	22
2.4. VIGILÂNCIA SANITÁRIA E A QUESTÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO	22
2.4.1. A Comunidade e o Serviço de Vigilância Sanitária	24
2.5. A DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS	26
2.5.1. O Setor de Fiscalização	26
2.6. OS CLIENTES	27
2.6.1. Ouvindo os Clientes Externos da Divisão de Vigilância Sanitária de Florianópolis	28
2.7. CONCLUSÃO	33
CAPÍTULO III - A ERGONOMIA E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	36
3.1. INTRODUÇÃO	36
3.2. DEFININDO A ERGONOMIA	37
3.3. A EVOLUÇÃO DO TRABALHO	38
3.3.1. O Trabalho Humano	40
3.4. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO, CARGA MENTAL E SAÚDE	41
3.4.1. Fadiga	43
3.4.1.1. Evolução Histórica do Fenômeno “Fadiga”	43
3.4.1.2. A Fadiga Psíquica	45
3.4.1.3. Os Aspectos da Fadiga	46
3.4.1.4. O Ritmo Artificial do Trabalho	47
3.4.1.5. Ansiedade no Trabalho	48
3.5. CONCLUSÃO	49
CAPÍTULO IV - A ERGONOMIA E A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO	50
4.1. INTRODUÇÃO	50
4.2. ENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS	52

4.3. UM AMBIENTE PARA A PRODUÇÃO DA QUALIDADE	53
4.3.1. A Importância da Motivação dos Recursos Humanos	56
4.3.2. Hierarquia das Necessidades	58
4.4. O ESTUDO DE CASO	60
4.4.1. Análise Ergonômica do Trabalho	61
4.4.1.1. Análise da Demanda	62
4.4.1.1.1. Delimitação da Demanda	63
4.4.1.2. Análise da Tarefa	64
4.4.1.2.1. Descrição da Tarefa	65
4.4.1.2.2. A Tarefa Efetiva (ou Redefinida)	66
4.4.1.3. Análise das Condições Ambientais	66
4.4.1.3.1. Ambiente Arquitetônico	66
4.4.1.3.2. Ambiente Térmico	67
4.4.1.3.3. Ambiente Sonoro	67
4.4.1.3.4. Ambiente Luminoso	67
4.4.1.3.5. Condições Biológicas de Trabalho	67
4.4.1.4. Exigências Mentais	67
4.4.1.5. Exigências Físicas	69
4.4.1.6. Ambiente Organizacional	69
4.4.1.7. Análise da Atividade	71
4.4.1.7.1. A Equipe de Vistoria	71
4.4.1.7.2. A Elaboração do Roteiro de Vistorias	71
4.4.1.7.3. O Deslocamento até os Locais de Vistoria	72
4.4.1.7.4. O Serviço Interno	72
4.4.1.7.5. A Vistoria Propriamente Dita	73
4.4.1.7.6. O Preenchimento dos Autos	74
4.4.1.7.7. A Saída do Estabelecimento	75
4.4.1.7.8. Procedimentos de Retorno ao Serviço	75
4.5. DIAGNÓSTICO	75
4.5.1. Quanto ao Treinamento	75
4.5.2. Organizacional	76
4.5.2.1. Ambiente da Fiscalização	76
4.5.2.2. Variáveis Externas	77

4.6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	77
4.6.1. Quanto ao Treinamento	77
4.6.2. Organizacional	78
4.6.3. Ambiental	78
4.6.3.2. Variáveis Externas	79
CAPÍTULO V - CONCLUSÕES GERAIS	80
5.1. CONCLUSÕES GERAIS	80
5.2. SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	82
ANEXOS	83
REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	103
BIBLIOGRAFIA	106

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Gasto total de cada país com a saúde por habitante ao ano em dólares	12
Figura 2: Idade das pessoas entrevistadas	24
Figura 3: Nível de escolaridade das pessoas entrevistadas	24
Figura 4: Atividades desenvolvidas pela vigilância sanitária descritas pelos entrevistados.....	25
Figura 5: Conhecimento da Legislação Sanitária	28
Figura 6: Função da Vigilância Sanitária em Florianópolis	29
Figura 7: Postura dos Fiscais Sanitaristas	30
Figura 8: Maiores Problemas	70
Figura 9: Problemas Organizacionais	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Procedimentos positivos da Vigilância Sanitária de Florianópolis	32
Tabela 2: Procedimentos negativos da Vigilância Sanitária de Florianópolis	33
Tabela 3: Essência do 5S	55
Tabela 4: Hierarquia das Necessidades	58
Tabela 5: Funções Atribuídas aos Diferentes Órgãos	84

RESUMO

Este trabalho estuda a partir de conceitos de ergonomia e qualidade, a importância do fator humano para a melhoria contínua rumo à qualidade na prestação de serviços em saúde. Para isto estudou-se a relação entre a organização do trabalho com a qualidade final do serviço prestado.

O Estudo de caso foi realizado em uma unidade do Sistema Único de Saúde - Serviço de Vigilância Sanitária que, após a promulgação da Constituição de 1988, com a instituição do SUS, sofreu uma mudança radical rumo a um modelo descentralizado a ser executado pelos municípios e com a participação da comunidade.

Como ferramenta utilizou-se a Análise Ergonômica do Trabalho para traçar um diagnóstico da situação do serviço estudado, onde verificou-se que a inadequação da organização do trabalho e a deficiência no desenvolvimento dos recursos humanos, aumenta a carga cognitiva a que estão sujeitos estes funcionários na realização de suas atividades diárias.

Os resultados da pesquisa demonstraram que a população em geral desconhece os serviços prestados pela vigilância sanitária apontando a necessidade de uma maior divulgação destes serviços para a comunidade que deve participar dos Conselhos de Saúde. Demonstrou também que este serviço apesar de bem avaliado pelos comércios fiscalizados, não consegue atender a algumas de suas necessidades e expectativas.

São propostas da pesquisa a necessidade de uma reestruturação deste serviço aliada a necessidade do desenvolvimento dos seus recursos humanos, para elevar a qualidade de vida no trabalho destes funcionários e conseqüentemente a qualidade final do serviço prestado para a população.

ABSTRACT

From concepts of ergonomics and quality, this work studies the importance of human resources to continuous improvement at public health services. Relations between labour organization and final service were studied.

The case study was realized in a subsystem of Brazilian Health System (SUS) - Sanitary Inspection Service. After 1988's Constitution, when SUS was created, the Brazilian Health System was hardly affected by this new decentralized model administrated by cities and its community.

Ergonomics Work Analysis was used as a tool in order to make a diagnostic of the studied service. As result it showed that a bad labour organization and some deficiencies on human resources development increase cognitive load for those employees exposed during daily work.

The research results showed that people do not know services performed by Sanitary Inspection Service and more community participation in Health Council is necessary. In spite of a good evaluation of inspected stores, it was also demonstrated that some of their needs and expectations are not achieved.

As result of the research, it is proposed a reform of this service combined to development of its human resources, in order to improve life quality in work place and as consequence increase final service quality performed to population.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO GERAL

1.1. APRESENTAÇÃO DA PROBLEMÁTICA:

Uma das maiores preocupações do momento em todo mundo é a questão da qualidade. As empresas preocupadas com sua sobrevivência, não têm medido esforços para se adaptar às novas exigências do mercado. Isto significa dizer que o dinamismo e a crescente competitividade no mundo dos negócios colocam em risco a vida das empresas que não questionarem seus métodos tradicionais de gerenciamento.

O conceito de Qualidade Total, segundo o Dr. Armand Feigenbaum significa “Mobilização total dos recursos humanos para a qualidade.”

Sabemos que vários são os fatores que interferem de maneira positiva e/ou negativa na qualidade. Fatores: mercadológicos, econômicos, sócio-econômicos, culturais e muitos outros são responsáveis pela avaliação dos níveis de qualidade de um serviço/produto. São considerados fatores substanciais, aqueles que na sua maior variação desencadeiam mudanças no desempenho da qualidade. São eles: a tecnologia e os recursos humanos. Diz o Dr. Kaoru Ishikawa, cientista da qualidade, “Qualidade se obtém por meio das pessoas, e não unicamente pela via tecnológica”. (Barros, 1993).

Neste contexto, no Brasil, o setor de serviços é o setor da economia que mais tem demorado para absorver estas mudanças ocorridas no cenário mundial. Restringindo o foco para as empresas públicas, segundo Monteiro (1991), alguém um dia, muito bem intencionado e mal compreendido, classificou as entidades públicas como instituições sem fins lucrativos. A partir deste conceito subentendeu-se que os órgãos públicos não tem dono, não pensam no futuro e são vistos como Instituições que visam prejuízo.

O novo cenário econômico mundial, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a criação do Código de Defesa do Consumidor e a crescente conscientização do povo

brasileiro tem forçado as instituições de saúde a rever sua postura frente à sociedade em geral.

Os desafios que enfrentam atualmente os Serviços de Saúde são muito complexos, pois devem contornar terríveis déficits, aumento de demanda, novas doenças, utilização inadequada, subutilização e irracionalidade na distribuição dos recursos; acabando por gerar uma descrença cada vez maior na sua capacidade em suprir adequadamente às necessidades da população.

Este novo cenário tem levado as chefias dos inúmeros setores a uma cobrança intensiva dos funcionários para que gerem serviços com qualidade. Contudo não se visualiza uma preocupação com o aspecto humano do serviço prestado e, por estes serviços não oferecerem um nível desejável de qualidade de vida no trabalho para seus funcionários, acabam por perder na qualidade do serviço prestado, apesar de seus esforços.

As pesquisas realizadas com a finalidade de se tomar conhecimento das expectativas dos funcionários e clientes, no que diz respeito à qualidade de vida no trabalho e à qualidade do serviço prestado, vêm sendo a cada dia mais valorizadas e utilizadas pelas grandes organizações de um modo geral, pois é impossível produzir com qualidade sem um bom nível de condições ambientais e de relações no trabalho.

A Ergonomia tem pelo menos duas finalidades: a melhoria e a preservação da saúde dos trabalhadores, e a concepção e o funcionamento satisfatórios do sistema técnico, do ponto de vista da produção e da segurança. Com isso, a ergonomia tem permitido a melhoria das condições de trabalho, a partir da análise das atividades desenvolvidas pelo homem para realizar tarefas que são prescritas em uma determinada situação de trabalho.

A realidade não é algo que se apresenta indiscutivelmente igual a todas as pessoas. O que cada pessoa chama de realidade reflete seu ponto de vista, sua forma singular de perceber e interpretar o real e somente um estudo ergonômico de uma situação de trabalho pode elucidar a forma adequada de ação para uma instituição, em função das suas peculiaridades.

Ao se traçar um diagnóstico sobre a situação real de um prestador de serviços é possível planejar ações de melhoria contínua em busca da qualidade.

1.2. ORIGEM DO TRABALHO:

A saúde tem sido considerada, desde a mais remota antigüidade, como um bem inalienável e uma aspiração de todo ser humano. De fato, a carta das Nações Unidas assegura que «estar em boa saúde é um dos direitos fundamentais do ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica e social».

Uma das atribuições do Sistema Único de Saúde é a Vigilância Sanitária, cujas ações são desenvolvidas no Brasil no sentido de fiscalizar o cumprimento da legislação destinada a proteger a saúde pública, identificando e controlando os permanentes fatores de risco. Porém, com uma peculiaridade muito importante: ela atua, preferencialmente, sobre os riscos provenientes das condutas humanas privadas.

As reformas oriundas da promulgação da Constituição de 1988, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), e posteriormente com a Lei Orgânica da Saúde nº. 8080/90, levaram a uma mudança radical na Vigilância Sanitária, onde a nova ordem jurídica, numa perspectiva democrática, estabeleceu um modelo descentralizado, a ser executado pelos Municípios e com participação da comunidade.

Esta fase de transição que se desenvolveu na linha da Municipalização e da Democratização das ações de Vigilância Sanitária, estimula um verdadeiro desafio: a construção de uma nova Sociedade e de um novo Estado, e em consequência de modificações profundas no modelo de administração vigente.

Não podemos pensar em Ciência e Tecnologia como fator de desenvolvimento de um país se não pensarmos na Qualidade de Vida da população. O desenvolvimento de uma nação não se mede apenas pelo PIB ou pauta de exportações mas sim, e, principalmente, pela qualidade de vida da população, e ela depende basicamente do atendimento às suas necessidades diárias de suprimento de alimentos e da manutenção adequada da sua saúde.

Este trabalho foi motivado:

- pela inquietação provocada pelas municipalizações de ações;
- pelo próprio conteúdo das ações de Vigilância Sanitária que devem satisfazer dois tipos de consumidores externos: a população, que precisa conhecer os serviços prestados por este órgão para que possa provê-lo com os recursos necessários para a realização de suas ações por meio dos conselhos de saúde; e os “vistoriados” que precisam visualizar a

Vigilância Sanitária como um órgão orientador, diminuindo assim a carga psíquica que envolve uma vistoria;

- pela observação de que nas organizações de serviços, algumas pessoas não visualizam que têm um produto e que este produto é o serviço e a constatação de que se permanecerem as atuais formas de gerenciamento, dificilmente acontecerá uma mudança nos indicadores de saúde e desperdício que tem caracterizado a baixa produtividade desta área em nosso país; e

- pela atual onda de descrédito que os servidores públicos têm sido submetidos aliada aos arrochos de salários e críticas veementes da população, de que constituem-se verdadeiros parasitas do sistema.

Pretendemos com esta abordagem apresentar uma variante em que as condições de trabalho, que engloba tudo o que influencia o próprio trabalho, não só o posto de trabalho, mas seu ambiente até nas relações com a produção e salários (Wisner, 1987), afetam a qualidade e a produtividade.

A ergonomia é considerada um conjunto de conhecimentos interdisciplinares, que servem tanto para aumentar a eficácia do sistema produtivo, como para diminuir a carga de trabalho a qual é submetido um determinado indivíduo. Por isto é a área de conhecimento que vem orientando os estudos das trocas regulamentadoras entre o ambiente profissional e o trabalhador, onde além de melhorar a qualidade e incrementar a produtividade, atingirá seu alvo principal que é a qualidade de vida no trabalho.

1.3. OBJETIVOS:

1.3.1. Objetivo Central:

O presente estudo pretende, a partir de conceitos de ergonomia e qualidade, mostrar a importância do fator humano para a melhoria contínua rumo à qualidade.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- 1º. Realizar um estudo de caso utilizando a análise ergonômica do trabalho para traçar um diagnóstico e contribuir para a melhoria das condições de trabalho de um serviço de vigilância sanitária municipalizado;
- 2º. Avaliar como a forma de organizar o trabalho neste serviço poderia influir sobre as condições de trabalho dos funcionários e no resultado final do serviço prestado.
- 3º. Pretendemos desmistificar o preconceito de que a implantação da qualidade total é cara, mostrando que o aumento da produtividade, pode se dar com os mesmos recursos existentes, apenas melhorando a eficiência das pessoas e a eficácia do processo produtivo, ou seja, reduzindo o que chamamos de contraprodutividade. Segundo Smith (1993), a contraprodutividade é uma reação negativa a alguém ou a alguma coisa no ambiente pessoal de trabalho.
- 4º. Propor ferramentas que possam contribuir para a melhoria do serviço estudado.

1.4. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO TRABALHO:

É importante que este trabalho ofereça um enfoque social, demonstrando que é através das melhorias das condições do trabalhador, que a sua qualidade de vida no trabalho atinge um nível melhor e que, por consequência afetará sua produtividade, trazendo-lhe satisfação no emprego, além de outras vantagens para si e sua família.

Anualmente uma parte da população é afetada por doenças veiculadas por alimentos, sendo a mais comum a Gastroenterite Alimentar também conhecida por Toxiinfecção. A presença destas moléstias se deve geralmente a falhas na manipulação dos alimentos e menos freqüente a contaminação destes alimentos em sua origem.

Para que uma ação sanitária possa ser desenvolvida com vistas a prevenção de doenças, é indispensável que as causas envolvidas no processo sejam identificadas. Só então torna-se possível a efetivação de medidas capazes de antagonizá-las ou interceptá-las. Essa é, em essência, a filosofia da prevenção postulada por Perkins (1938), na célebre frase “enfrentar ou interceptar uma causa conduz a prevenir ou fazer cessar seu efeito”.

Porém a prática tem mostrado grande dificuldade em vincular a ação de vigilância à prevenção e resolução de problemas sanitários, consolidando-se a impressão de que seus órgãos dedicam-se a tarefas de menor importância, não claramente identificadas como ações de saúde.

Diariamente os funcionários deste serviço devem vistoriar uma série de estabelecimentos produtores de alimentos, entre outros, que vão desde pequenos bares até grandes indústrias e realizar o atendimento dos contribuintes. Sua rotina está baseada na demanda, que prioriza as ações de fiscalização, e enfrentam a falta de treinamento, deficiência de recursos humanos, falta de automóveis para o deslocamento, falta de verbas, entre outros problemas. Desta atividade é comum nos depararmos com problemas de relacionamento no serviço e reclamações de diversas patologias por parte dos funcionários.

Estas deficiências mostram a necessidade de adequar urgentemente o modelo de Vigilância Sanitária, em busca da eficiência, eficácia e efetividade, de modo a que possa corresponder às necessidades da população consumidora e utilizadora dos produtos e serviços, e das empresas que os fornecem ou produzem.

Ao consumidor, o novo modelo deverá assegurar não só sua efetiva participação, mas a maior garantia de qualidade dos produtos e serviços; para o fiscal sanitário sua tarefa deve se tornar “ergon” realização e não “ponein” sofrimento.

Pelo exposto, verificamos que se faz necessária uma maximização de todos os recursos recebidos, porque as falhas da administração em não planejar o futuro e prever problemas vem ocasionando desperdício de mão de obra, de materiais e de tempo, e todos estes fatores elevam o custo do serviço prestado e levam ao desgaste dos funcionários que não conseguem cumprir a contento a sua tarefa.

Contudo a população entrega seu bem estar às barreiras protetoras formadas pelo controle de qualidade realizados pelos serviços de Vigilância Sanitária. Portanto qualquer erro na identificação das prioridades no setor de alimentos, pode ocasionar um surto por doenças transmitidas pelos alimentos resultando em diversas internações e inúmeras cobranças por parte da população sobre as falhas deste serviço.

Assim, concluímos que é por demais importante que a ergonomia seja abordada dentro deste contexto, envolvendo todos os funcionários de nosso sistema de saúde visando melhorar permanentemente a maneira como o trabalho é realizado. Não podemos

também perder de vista que a melhoria contínua, que caracteriza o sistema de Gerência da Qualidade Total, é um processo de educação e treinamento, cujo pleno êxito depende da correta aprendizagem e aplicação dos métodos e conceitos que a fundamentam.

1.5. HIPÓTESES:

A partir do problema elaborado estabeleceremos as seguintes hipóteses:

1.5.1. Hipótese Central:

Os serviços de vigilância sanitária são desenvolvidos sob um clima organizacional bastante tenso, porque a organização não oferece os meios para que o trabalho seja executado com segurança e tranquilidade.

1.5.2. Hipóteses Secundárias:

1ª. A irritabilidade dos fiscais é originada pelo despreparo em lidar com o público em geral, o que acaba por gerar uma tensão cumulativa que é associada a carga de trabalho destes profissionais.

2ª. A tensão durante as vistorias poderia ser amenizada, se os vistoriados fossem esclarecidos quanto a legislação sanitária e os objetivos da Vigilância Sanitária.

3ª. A forma de organizar o trabalho neste prestador de serviços agrava o problema quanto ao clima organizacional, afetando inclusive a qualidade final do serviço prestado à população.

1.5.3. Hipótese de Trabalho:

A Análise Ergonômica do Trabalho seria uma ferramenta eficaz para melhorar a qualidade de vida no trabalho ao traçar um diagnóstico dos problemas neste setor de serviços, uma vez que realiza-se em situações de trabalho real permitindo uma narração dos procedimentos adotados.

1.6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:

O estudo possui um caráter qualitativo e terá como seqüência os seguintes passos:

- * Primeiramente realizou-se uma análise bibliográfica focalizando a problemática abordada, o histórico da saúde pública até a promulgação da Constituição de 1988 e as mudanças do Sistema de Saúde Brasileiro a partir da Constituição de 1988;
- * Em seguida foi realizada uma pesquisa básica empírica com a finalidade de levantar as ações pertinentes aos Serviços de Vigilância Sanitária e pesquisar junto a uma população aleatória escolhida ao acaso, o conhecimento desta a respeito da Vigilância Sanitária;
- * Pesquisar junto aos gerentes dos grandes supermercados do município de Florianópolis, devido a sua maior importância epidemiológica, o nível de qualidade dos serviços prestados pela vigilância sanitária estudada;
- * Fazer um estudo de caso aplicando a Análise Ergonômica do Trabalho no serviço escolhido com o objetivo de tomar consciência dos problemas levantados;
- * Traçar recomendações baseadas na análise efetuada, com o objetivo de melhorar as condições de trabalho dos fiscais sanitaristas e melhorar a qualidade do serviço prestado para a população.

1.7. LIMITAÇÕES DO TRABALHO:

A própria limitação do sistema de obtenção da Qualidade Total no setor de serviços (por meio da melhoria contínua e da implantação de novas metodologias e ferramentas que vem sendo utilizadas amplamente na indústria), devido as suas características peculiares, especialmente a mensurabilidade dos resultados, a intangibilidade, e a “produção” do serviço de forma instantânea, geralmente na presença do cliente.

As funções altamente complexas executadas pelo serviço em questão e o tempo disponível para conclusão deste trabalho, restringem a intervenção a um único prestador de serviços, a um único posto de trabalho (fiscais sanitaristas) e suas questões cognitivas do trabalho e a pesquisa com consumidores externos somente na área de alimentos.

Deter-se somente nos aspectos de relação da Qualidade e Ergonomia, não aprofundando a questão da implantação de um programa de qualidade, por considerar-se uma área em si.

Outra limitação refere-se a definição precisa dos atributos da qualidade devido a flutuações que ocorrem nas necessidades dos indivíduos, sejam eles funcionários ou clientes de um serviço. Teboul (1991), afirma que “as expectativas não só podem variar de um cliente para outro, como um mesmo cliente pode mudar de opinião, de uma hora para outra.”

Outra questão a ser levantada é quanto as duas espécies de qualidade: a qualidade objetiva que segundo Moller (1994), exprime o conteúdo tangível do serviço e a qualidade subjetiva, que exprime o conteúdo emocional do serviço. Neste trabalho procuramos dar uma ênfase maior a qualidade subjetiva, por ser ela o verdadeiro termômetro do serviço. Portanto o que tratamos neste trabalho diz respeito a comportamentos, que possuem como resultado o clima organizacional.

Para obter-se qualidade é necessário criar um ambiente de trabalho favorável, assim cita-se neste estudo uma única ferramenta para este fim, porém existem outras que poderiam ser exploradas.

1.8. DESCRIÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS CAPÍTULOS:

Capítulo I – Introdução Geral: Procura-se mostrar a importância crescente do setor de serviços e onde relacionamos a qualidade com a ergonomia, os dois pontos base na realização deste trabalho.

Capítulo II - A Vigilância Sanitária e a Questão da Qualidade em Serviços: Apresenta a importância da qualidade em serviços de saúde e uma revisão bibliográfica acerca do desenvolvimento da saúde pública no Brasil e dos serviços de Vigilância Sanitária até os dias atuais. Mostra a estrutura do serviço escolhido para o estudo de caso e uma pesquisa com os clientes externos deste serviço.

Capítulo III – A Ergonomia e a Organização do Trabalho: Enfoca a importância da organização do trabalho para a saúde mental dos trabalhadores e como os conhecimentos em ergonomia são utilizados para melhorar as condições de trabalho.

Capítulo IV – A Ergonomia e a Qualidade de Vida no Trabalho: Enfoca a importância da qualidade de vida dos funcionários para o bom funcionamento das organizações e como ela pode influenciar a produtividade e a qualidade dos serviços prestados. Neste capítulo apresenta-se o estudo de caso no qual utilizou-se a Análise Ergonômica do Trabalho para a obtenção de um diagnóstico da situação do trabalho no serviço de Vigilância Sanitária.

Capítulo V – Conclusões Gerais: Encerra esta dissertação e sugere alguns pontos para futuros trabalhos.

CAPÍTULO II

A VIGILÂNCIA SANITÁRIA E A QUESTÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS

2.1. INTRODUÇÃO:

A missão básica de qualquer organização, e principalmente das públicas, é o pleno atendimento à sociedade na qual ela se insere e no contexto da Qualidade Total a materialização mais perfeita desta relação ocorre com o pleno atendimento aos clientes. Neste sentido, a qualidade torna-se um fator estratégico para as organizações, uma vez que influencia o planejamento estratégico e requer a fixação de diretrizes e objetivos institucionalizando a preocupação em fazer certo da primeira vez. Com isso a organização passa a redefinir estratégias, voltando-as aos clientes (internos e externos), envolver todos os recursos e melhorar continuamente.

Atualmente o modelo de administração pública utilizada não atende mais às exigências dos seus clientes – a população. O excesso de burocracia, centralização das decisões, baixa qualificação em algumas áreas, insuficiência ou excesso de funcionários dependendo do setor, deficiências nos processos gerenciais, são algumas causas que têm contribuído para esta realidade.

Devido a esta situação o Sistema de Saúde pública no Brasil encontra-se em um estado caótico, denúncias de fraudes frequentes, profissionais que faltam ao serviço, filas intermináveis, burocracia, desperdício (como por exemplo os medicamentos vencidos), ingerências políticas, são algumas das razões apontadas para a instalação deste estado. Por isto acredita-se que a implantação de Programas de Qualidade possa contribuir para reverter este quadro.

2.2. QUALIDADE NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE – UMA NECESSIDADE:

Com um orçamento de 19 bilhões de reais por ano os especialistas consideram que os recursos financeiros são insuficientes para a regularização do Sistema de Saúde brasileiro. Porém mais uma vez, temos um Brasil de contrastes. O número de leitos/hab. é semelhante ao da Espanha e o número de médicos/hab. é semelhante ao da Inglaterra (que é um exemplo de saúde pública eficiente), a atenção de alto custo é oferecida a todos os brasileiros e existem falhas grosseiras no atendimento simples e banal.

Realmente os recursos financeiros são insuficientes. O Brasil gasta R\$ 260,00 reais por ano por cidadão, o que representa 7% da renda per capita do país. Contudo o Canadá, considerado o país com o melhor sistema de saúde do mundo investe US\$ 1900 por habitante o que equivale a pouco mais de 9% da renda per capita dos canadenses. A Costa Rica gasta US\$ 230/habitante, o que representa 8% da renda per capita e também o sistema funciona bem. Já os Estados Unidos que investem um trilhão de dólares ao ano (9% da renda per capita dos americanos), possuem um sistema de saúde precário, que exclui 40 milhões de americanos.

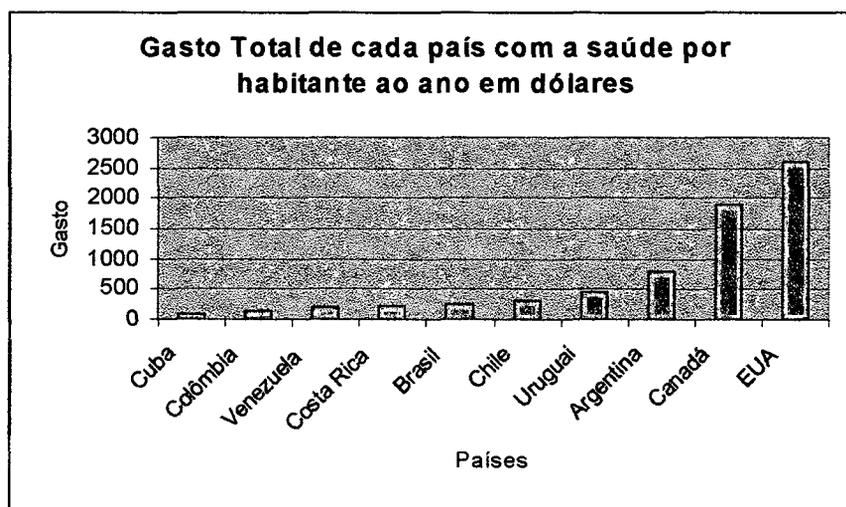


Figura 1: Gasto total de cada país com a saúde por habitante ao ano em dólares (Fonte: Revista Veja nº 13:1998).

✧ Para elucidar este quadro podemos dizer que o Brasil gasta muito mal o pouco que tem, e isto explica a nova epidemia de Dengue, o surto de sarampo (que pulou de 760 casos em 1996 para 26.000 em 1997), os insucessos das campanhas de vacinação (em 1996 foram vacinadas 3,4 milhões de crianças e em 1997 este número caiu para 2 milhões) e a inclusão do Brasil na lista de países ameaçados pela tuberculose.

Pode-se citar alguns dos principais problemas do sistema de saúde:

- o processo abrupto de urbanização do país que elevou a demanda por hospitais nas cidades;
- o período de transição epidemiológica pela qual se atravessa e onde se convive com doenças típicas de países ricos como os problemas cardíacos e de países pobres como a malária, a cólera, sarampo, entre outras;
- até hoje o SUS, que prevê a municipalização das ações, foi implantado apenas em 144 cidades (em um total de 5000).
- os estoques que não são controlados nos almoxarifados o que causa a falta de produtos por um lado e o vencimento da validade, pelo outro. Se cada almoxarifado do país deixar vencer uma ampola de medicamento sequer, este já será um grande gasto.
- as denúncias de corrupção que somam-se dia a dia e não se vê a investigação dos culpados. Ora, como os funcionários ditos de carreira e em geral do baixo escalão, irão denunciar as fraudes cometidas por pessoas indicadas politicamente para os cargos se não vêem a apuração de responsabilidades ou os cofres públicos sendo ressarcidos. Este foi o motivo alegado para a extinção da CEME (após a descoberta do caso dos espermicidas).
- a estrutura da saúde está baseada em um sistema de indicações políticas para os cargos de chefia, tais como os delegados regionais de saúde, os secretários de saúde, chefes de posto de saúde, entre outros. Porém estas pessoas, geralmente não se encontram preparadas para exercer estas funções e até se ambientarem com o cargo gastam uma boa parte do mandato, o que acaba por gerar as frequentes reclamações das “políticas de saúde descontinuadas”.

Além disto, está ocorrendo no mundo todo um aumento dos gastos na área de saúde devido a modernização tecnológica e da crescente expectativa de vida da população.

Em vista deste quadro, para que os serviços de saúde atinjam o acordado na Assembléia Mundial de Saúde em 1977, ou seja que “a principal meta social dos governos e da OMS deveria ser alcançar, para todos os cidadãos do mundo, até o ano 2000, um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva” (Resolução OMS 30,43) e o compromisso dos governos que a atenção primária é o caminho para alcançar estes objetivos (Declaração de Alma Ata, 1978), deve-se implantar urgentemente um programa de qualidade nos sistemas de saúde do país, onde teremos funcionários capacitados e motivados, oferecendo serviços com qualidade para a população e gerando uma maior produtividade com menores custos.

Ron Zemke e Karl Albrecht (apud Rebelo, 1995:51), condensaram em dez pontos uma reflexão sobre as atividades de prestação de serviços, aqui aplicadas à realidade dos serviços de saúde:

- 1. Os serviços possuem um impacto econômico mais forte do que se pensava e sua Qualidade é pior do que se imaginava.** Muitos recursos são desperdiçados devido a sua má utilização, uma vez que muitas vezes as organizações estão mais preocupadas com a quantidade de serviços prestados e não com a efetividade de seus procedimentos. As instituições de serviço público em geral baseiam-se em orçamentos e não em receber pagamentos por seus resultados, em vista disso o sucesso de uma instituição pública é definida mais por se conseguir aumentar o orçamento (maximizar e não otimizar) do que por se obter resultados (Drucker, 1987).
- 2. Muitas organizações estão em posição defensiva com referência à Qualidade, por uma distorção do seu enfoque.** Devido a ausência de uma estrutura preocupada e comprometida com a satisfação do cliente, as freqüentes reclamações recebidas se dispersam não gerando ações corretivas. As reclamações precisam ser vistas como oportunidades para melhorias e não como ameaças.

3. **A administração precisa ver o impacto que os serviços trazem sobre o lucro para levá-los a sério.** Em uma instituição de saúde a direção precisa tomar consciência de que trabalhar com Qualidade pode gerar recursos, pela adequada prestação de serviços, pela redução de desperdícios e pela prevenção de moléstias.
4. **Quanto mais tempo a permanência no desempenho de atividades de prestação de serviços, maior a probabilidade de não compreender os clientes em suas diversificações.** As necessidades dos clientes são mutáveis e o povo brasileiro bastante criativo. Isto faz com que os serviços devam ser flexibilizados para atender a uma nova demanda (por exemplo: oriunda da nova onda de desemprego), que não deseja provas de conhecimento técnico e sim necessita que suas expectativas sejam atendidas.
5. **A prestação de serviços é profundamente diferente de atividades da qual vai resultar um produto manufaturado.** Em atividades de serviço a produção e o consumo são simultâneos, o cliente está fisicamente presente, o que faz que o “feedback” seja imediato e a qualidade direta e instantaneamente percebida. Isto torna o relacionamento interpessoal em serviços de saúde de suma importância, devido ao envolvimento emocional das pessoas ser uma grande carga.
6. **A maioria dos administradores ainda não cogitam em controlar a “Qualidade do Produto” quando este produto é um serviço.** A padronização dos serviços é crucial para alguns setores que prestam serviços em saúde, porém muitos administradores acreditam que o serviço faz parte da personalidade e do bom senso do funcionário que interage quase que independentemente com o cliente. Porém este comportamento parte do pressuposto que todas as pessoas possuem bom senso (que segundo Descartes é a coisa mais bem dividida do mundo, pois mesmo aqueles que são desprovidos dele se julgam bem aquinhoados) ou que cada caso é um caso (sem parâmetros comuns), acabando por distanciar os resultados das metas traçadas pela instituição (como corrigir se não existe acompanhamento?) e algumas sensações de injustiça por parte dos consumidores (dependendo de quem me atende é o meu tratamento).
7. **A melhoria do serviço começa no topo da pirâmide organizacional e os administradores devem fazer o que dizem.** As decisões da alta administração devem priorizar a qualidade, em qualquer tempo e em qualquer situação, de modo a mostrar por meio de ações que a sua filosofia é fornecer um serviço de qualidade.

8. **A prática e os métodos administrativos precisarão passar de uma diretriz unicamente de produção para uma orientação de “horas da verdade”.** Apesar do trabalho voltado para as pessoas nos serviços de saúde, os esforços devem ser orientados em função dos resultados a serem alcançados. Porque nada adianta produzir muito se não houver elevação do padrão de saúde e da qualidade de vida dos usuários.
9. **Os empregados são o primeiro objetivo; você precisa primeiro convencê-los da idéia “de otimização dos serviços”.** Se você desejar falir uma empresa, trate mal seus funcionários que eles farão o resto. Os profissionais devem se orgulhar do trabalho que realizam e da instituição na qual trabalham, devem ser treinados de forma a estarem aptos à prestar os melhores serviços e este esforço será imediatamente percebido pelos clientes.
10. **Os sistemas administrativos rígidos ou centralizados geralmente são inimigos de uma prestação de serviços.** Deve ser oferecido ao profissional de saúde um elevado grau de liberdade de atuação para poder atender plenamente o cliente, porém este deve conhecer os parâmetros comuns que norteiam a instituição para que os objetivos possam ser alcançados.

2.3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A VIGILÂNCIA SANITÁRIA:

A constituição apresenta a República Federativa do Brasil como Estado Democrático de Direito, no qual a soberania popular é exercida pelo sufrágio universal e pelo voto, inclusive com instrumentos de participação direta, como o plebiscito e o referendo. Na área da saúde, esses princípios fundamentais são reconhecidos como “direito de todos e dever do Estado”, garantido mediante políticas sociais e econômicas e pela instituição do Sistema Único de Saúde, formado por rede única, integrada por todas as esferas de Governo, sob diretrizes de descentralização e participação da comunidade, além de atendimento integral.

O Sistema Único de Saúde resultou de um movimento deflagrado por Sanitaristas, a partir da década de 70, hoje conhecido como Reforma Sanitária. Foi pensado como proposta de democratização da saúde: acesso a serviços de saúde dignos e gratuitos e

condições de vida compatíveis com uma vida saudável; o anseio por bons serviços, racionalidade administrativa e descentralização.

Dentro deste quadro institucional, existe uma atividade de saúde um pouco diferente dos serviços de rotina dos ambulatórios de saúde pública, mas que possui funções específicas importantíssimas na estrutura oficial de promoção, proteção e defesa da saúde que se pretende implantar: é a Vigilância Sanitária.

A Vigilância Sanitária atua na saúde pública de forma preventiva e pode ser definida como um conjunto de ações restritivas da liberdade e da propriedade, que visa prevenir, reduzir e eliminar riscos à saúde, decorrentes de problemas sanitários bem como, da produção e circulação de certos bens e serviços, como medicamentos, alimentos, água, exercícios de profissões ligadas às ciências da saúde, capazes de influir, por sua natureza, direta ou indiretamente, na saúde das pessoas.

No tocante aos *serviços de saúde*, o que se busca é a substituição do modelo assistencial antes existente, no *plano político-institucional* o que se procura consolidar é a redistribuição do poder, privilegiando a base local e no que diz respeito à *Vigilância Sanitária*, o que se pretende é estabelecer um novo modelo, orientado pelos princípios, diretrizes e normas do SUS.

2.3.1. Histórico do Desenvolvimento da Saúde Pública:

A Revolução Industrial e o Iluminismo (entre 1750-1830), lançaram fundações do movimento sanitário, mas este só impôs-se no fim do século XIX.

Em 1764 a política médica por meio de regulamentação administrativa, já havia surgido na Alemanha com Wolfgang Thomas Rau. De 1779 a 1817 Johann Peter Frank, conhecido como o pioneiro da saúde pública, publicava em 6 volumes, um plano das principais idéias para um código sanitário, idéia adotada por Franz Anton Mai que em 1800 apresentaria um esboço de código de saúde ao governo de um pequeno Estado da Alemanha.

No Brasil Ribeiro (1993), que estudou a Saúde Pública sob o pano de fundo do desenvolvimento do capitalismo, batizou-a com uma expressão extremamente

significativa ainda válida para os dias atuais: *História sem fim*, um problema que nunca tem solução definitiva.

A Vigilância Sanitária apesar de ser uma área de trabalho pouco conhecida no país, originou-se no Brasil durante período colonial subordinada às Câmaras Municipais. Seu objetivo era o de atender os interesses do mercado interno, controlando pesos, medidas e o estado de conservação dos alimentos, em um período onde o Brasil era um grande importador de gêneros e necessitava de controle para os artigos que importava.

As primeiras normas de saúde pública no Brasil parecem ter sido ditadas pelos interesses internacionais (1829 Regulamento da Inspeção de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro, 1889 Convenção Sanitária entre Brasil, Argentina e Uruguai), em 1851 o Governo Imperial baixava normas sanitárias de caráter mais abrangente, dispondo sobre empregados da repartição de saúde pública, polícia sanitária, exercício da medicina e inspeção da saúde de portos, tudo sob a direção e execução da Junta de Higiene Pública.

Com a República em 1890 são estruturados a Inspetoria Geral de Higiene e o Conselho de Saúde Pública, em seguida com a constituição de 1891 passa a delegar a saúde pública aos Estados e são criados os Códigos Sanitários dos Estados-Membros.

A revolução Pasteuriana (Louis Pasteur, 1822-1895), provando que as doenças infecciosas eram causadas por germes e realizando conquistas no campo da imunologia, arma a Saúde Pública brasileira com certezas científicas.

Até a década de 20 não se observa clara definição da política de saúde do Estado, mas preocupações isoladas, ora com uma doença, ora com outra (febre amarela, varíola, lepra, gripe espanhola, tracoma - doença crônica do olho de causa infecciosa, entre outras), porém a injunção é autoritária, prevendo os códigos em sua maioria, o livre acesso da autoridade a quaisquer locais, notadamente para ataque aos vetores.

O combate as endemias ganha um poderoso aliado internacional que é a Fundação Rockefeller, instituída em 1901 nos EUA, para combater as moléstias ditas debilitantes. Em 1902 foi instituída a Oficina Sanitária Panamericana (OSP), encarregada do saneamento dos portos e do regulamento da quarentena, uniformizando-a mundialmente. Nos anos seguintes, estas instituições expandiram suas atividades à América Central, Caribe e América Latina.

Em 1919 é aprovada por decreto a indenização por acidente e moléstia do trabalho e em 1921 com a reforma Carlos Chagas tem-se oficializado às prioridades em atenção médica. Estas reformas nas décadas de 20 e 30, ampliaram benefícios sociais trazendo a interferência coercitiva do Estado para implantá-las e executá-las.

No plano do discurso começa a mudar a concepção da política da saúde, cujo ponto central passa a ser a educação sanitária. Neste contexto, começam a crescer as funções de policiamento, surgindo em São Paulo, inspetorias de trabalho industrial, de domicílios, de alimentos, do exercício profissional (medicina, farmácia e arte dentária), e de verificação de óbitos, abrangendo atividades cada vez mais complexas.

Em 1930, as atividades de saúde passam do Ministério da Justiça e Negócios Interiores para o recém criado Ministério da Educação e Saúde, sendo deste período em 1942 a criação do Serviço Especial de Saúde Pública, que representa significativa ampliação da ação médico-sanitária no Brasil.

Somente em 1953, como reflexo da importância do setor, surge o Ministério da Saúde, que em 1954 estabelece normas gerais sobre defesa e proteção da saúde - dever do Estado e da Família, inclusive sobre Vigilância Sanitária; sendo que a regulamentação se deu em 1961, pelo “Código Nacional de Saúde”.

Em 1960 é aprovada a Lei Orgânica da Previdência (que excluía os trabalhadores rurais, as empregadas domésticas e os servidores públicos). O Estatuto do Trabalhador Rural cria em 1963 o FUNRURAL (Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural).

No início dos governos militares surgem vários decretos que autorizavam vultuosos créditos em favor de empresas francesas, alemãs, holandesas e norte-americanas, para a aquisição de material hospitalar; assinalando a partir de 1964 a predominância do discurso privatista da saúde.

Sob o regime militar surgem legislações que em 1966 regulamentava o seguro saúde privado e em 1967 implantava a Reforma Administrativa Federal que redefinia as competências dos Ministérios frente à saúde. No ano seguinte, o Plano de Coordenação das Atividades de Proteção e Recuperação da Saúde assume a dicotomia: medidas coletivas com o Ministério da Saúde e atenção médica curativa conveniada com o setor privado, através do INPS, criado em 1967.

Desde o começo da década de 70 foram surgindo estudos e pesquisas que condenavam o modelo de desenvolvimento do País, sob ditadura militar, pois concentrava renda, não distribuía benefícios sociais e apresentava um sistema de saúde de má qualidade.

Coincidindo com o ressurgimento dos movimentos sociais, na área dos profissionais de saúde surgiu o movimento sanitário. Segundo Rodrigues Neto (1994), este movimento utilizando os estudos e pesquisas realizados nos anos anteriores, começa a denunciar os efeitos do modelo econômico sobre a saúde da população e a irracionalidade do sistema de saúde então implantado.

2.3.2. A Constituição e a Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8080/90:

As cartas constitucionais desde a Primeira República não trataram a saúde com a relevância e explicitude que o tema já exigia há algumas décadas. De 1891 a 1988 as Constituições Republicanas, no máximo deferiram a instância do segundo plano de estatalidade (a legislação ordinária emanada pelo Congresso Nacional ou o regramento baixado por órgãos do Executivo), os assuntos referentes à saúde da população. Daí a insuficiência e a precariedade da normatividade consubstanciada na legislação vigente até 1990 e nos procedimentos das autoridades executivas sanitárias das três esferas de governo.

Somente na Constituição de 1988, a Saúde recebeu o “status” de direito individual e social e todo aparato constitucional e legal para promovê-la, efetivá-la e garanti-la; sendo incluída no Título da “Ordem Social” que a reconhece como direito de todos e dever do Estado, garantido não só pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, mas também mediante políticas sociais e econômicas direcionadas à redução do risco de doença e de outros agravos.

Entre as competências do Sistema Único de Saúde o constituinte enunciou: “executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador”.

Quanto a Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; descreve no artigo quinto os objetivos do SUS:

I - Identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - Formular política de saúde destinada a promovê-la no campo econômico e social;

III - Dar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integrada, tanto no que tange a ações assistenciais como preventivas.

No artigo sexto ela descreve que estão ainda incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde a execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, entre outras e define estes serviços como:

- **Vigilância Epidemiológica:** É um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos.
- **Vigilância Sanitária:** É o 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, abrangendo:
 - I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
 - II - o controle da prestação de serviços que se relacionem direta ou indiretamente com a saúde.
- **Saúde do Trabalhador:** É um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (Conforme tabela 5 em anexos).

Após a Constituição, foram dois longos anos de discussão e pressão para que se aprovasse a Lei Orgânica da Saúde (que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências) e se dessem os primeiros passos à implantação do SUS.

Com a aprovação destas legislações, o perfil estrutural da Vigilância Sanitária passa a ser o seguinte: a União legisla sobre as normas gerais; o Estado amplia e detalha a legislação sanitária; e o Município executa as ações. Mas as atividades de diretriz política, planejamento, financiamento, controle e gestão, devem ser organizadas em termos de sistema, à base de Planos de Saúde (em que se detalha a atividade de cada orçamento), Fundo de Saúde (conta especial e única, em cada esfera de governo, para controle dos recursos, amarrados ao Plano de Saúde) e Conselho (Municipal, Estadual e Nacional) de Saúde (como Órgão Deliberativo).

A atuação da Vigilância Sanitária deve ser programada e operacionalizada sob diretrizes de descentralização político-administrativa, municipalização das ações, utilização da epidemiologia para estabelecer prioridades e alocar recursos, e participação da comunidade.

2.3.3. Recursos Humanos no SUS:

Segundo o artigo 27 da Lei Orgânica da Saúde, a política de recursos humanos deve cumprir os seguintes objetivos: organização de um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal e valorização da dedicação exclusiva.

2.4. VIGILÂNCIA SANITÁRIA E A QUESTÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO:

Segundo Pilati (1995), a descentralização é antes de tudo uma estratégia de racionalização das decisões e dos recursos. Opera-se mediante uma efetiva

(re)distribuição do poder para as esferas inferiores da estrutura, dando-lhes autonomia e recursos, ao mesmo tempo em que se traça uma redifinição das competências e atribuições do nível central.

No caso do SUS, a descentralização é denominada de Municipalização e ocorre no contexto federativo, onde o município ocupa a posição de Unidade, com as mesmas prerrogativas de autonomia que os Estados-Membros e a própria União.

Jacobi (1992), afirma que quando se trata do Município a descentralização não representa só opção político-administrativa, mas também um processo de mudança qualitativa no plano territorial e “novas regras de convivência entre as instâncias de poder e a população em geral”.

A área da Vigilância Sanitária é também um dos setores importantes de desdobramento de etapas e de avanço da reforma imposta pelo SUS, na via da descentralização e da democratização. Porém as dificuldades são particularmente maiores.

Meia década depois da Lei Orgânica da Saúde (LOS), em 1994, o próprio Governo Federal admitia que a Vigilância Sanitária era uma das áreas que ainda permanecem com “significativas atividades executivas” nas mãos do Ministério da Saúde.

Rosas (1994), denuncia os equívocos da centralização da análise, registros e liberações de produtos na Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, área esta, crítica e crucial, que continua “necessitando de uma reformulação profunda”.

Não foram baixadas normas gerais específicas para orientar a estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, o que os municípios nesta fase de transição estão fazendo não é a construção da Vigilância Sanitária do SUS, mas a reprodução do sistema anterior a nível local porque são obrigados a elaborar seus códigos de saúde à base da legislação anterior.

O poder público municipal está mais próximo dos fatos da realidade sanitária e em condições de propiciar adequado e pronto atendimento ao indivíduo. Porém outra dificuldade em que a municipalização tem esbarrado é a permanência das atividades de execução nas equipes federais e estaduais, seja por questão de manutenção do poder, seja por dificuldade em redefinir as novas funções em tais esferas, o que em Vigilância

Sanitária acaba por gerar um fenômeno chamado de bifiscalização, onde cada esfera faz exigências baseadas em suas prioridades e diretrizes a um mesmo estabelecimento.

Castro (1992), já levantava problemas quanto ao baixo grau de participação dos conselhos e sua manipulação política pelos prefeitos, uma vez que os conselheiros geralmente são escolhidos a dedo pelo prefeito ou pela comunidade que desconhece o que é Vigilância Sanitária o que aumenta a desconfiança dos servidores perante a presença de representantes da comunidade nos centros de saúde.

2.4.1. A Comunidade e o Serviço de Vigilância Sanitária:

Para investigar o grau de desconhecimento da comunidade nas ações de Vigilância Sanitária foram entrevistadas 167 pessoas em Florianópolis, com o seguinte perfil: 79% haviam concluído o segundo grau e 51% possuíam entre 21 a 30 anos.

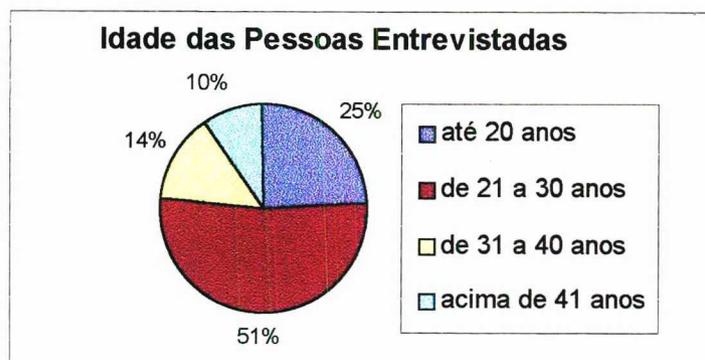


Figura 2: Idade das pessoas entrevistadas.

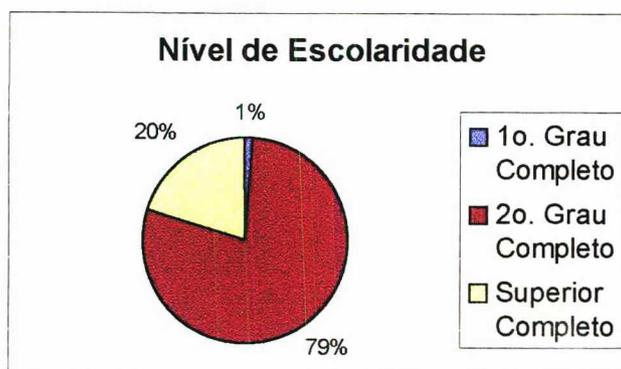


Figura 3: Nível de escolaridade das pessoas entrevistadas.

Quanto a descrição das informações: 97% das pessoas entrevistadas já tinham ouvido falar de vigilância sanitária, 92,2% afirmaram que o município de Florianópolis possuía o serviço e quando pediu-se para que as atividades desenvolvidas por este serviço fossem descritas obteve-se os seguintes resultados:

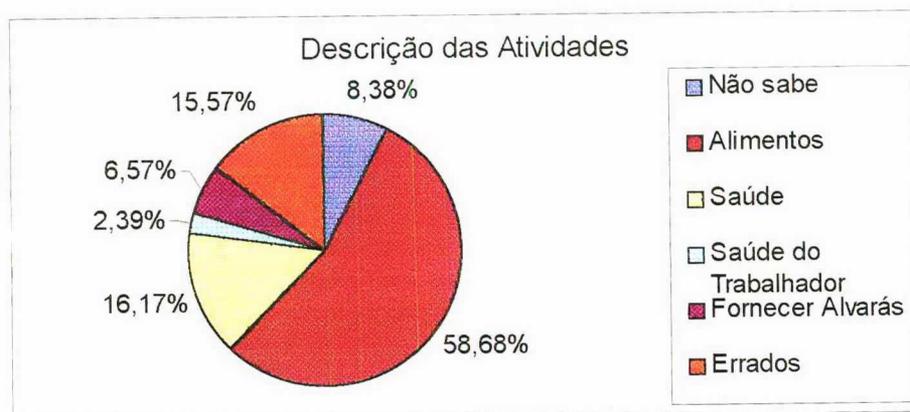


Figura 4: Atividades desenvolvidas pela Vigilância Sanitária descritas pelos entrevistados.

- 8,38% das pessoas não conheciam nenhuma das atividades desenvolvidas pelo serviço;
- 15,57% relacionaram serviços que não são prestados pela vigilância, como por exemplo as vistorias em abatedouros e laticínios;
- 58,68% citaram a atividade de fiscalização na área de alimentos, porém 26,95% consideravam que o único aspecto da vistoria se referia a questão da higiene;
- 15,57% se referiram a fiscalização na área de saneamento;
- 16,17% se referiram as vistorias na área de saúde (consultórios, hospitais, clínicas,...);
- 6,57% consideravam que o serviço existia para fornecer alvarás e
- somente 2,39% se referiram as vistorias quanto a saúde do trabalhador.

Esta pesquisa evidencia a necessidade de divulgação e esclarecimento para a população, que deve participar dos conselhos de saúde, das atividades desenvolvidas por este serviço. Pois sem conhecer a importância que as ações de Vigilância Sanitária representam para a saúde pública, principalmente quanto a prevenção, ficará difícil que verbas sejam liberadas para a adequada manutenção e desenvolvimento das suas atividades.

2.5. A DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS:

Esta Divisão pertence à estrutura da Prefeitura Municipal de Florianópolis e está subordinada a Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social desde a sua criação em dezembro de 1994, através da Lei nº 4565/94.

A DVS está localizada na Avenida Professor Henrique da Silva Fontes, nº 6.100. O Edifício possui um pavimento e cinco salas foram destinadas a esta divisão: fiscais, protocolo, chefia, advogado, secretária da chefia e análise de projetos de saneamento.

Também fazem parte da estrutura desta divisão um ambulatório (que atende a pessoas com doenças do trabalho) e uma oficina sanitária (que produz e fornece para a população carente módulos sanitários).

A Divisão conta com 35 pessoas assim subdivididas: a chefia, 11 Fiscais Sanitaristas de Nível Superior; 10 Fiscais Sanitaristas de Nível Médio, 03 Assistentes Administrativos, 01 Auxiliar de Serviços, 01 Pedreiro, 05 pessoas para o Serviço Operacional e 04 Motoristas.

2.5.1. O Setor de Fiscalização:

Esta divisão fiscaliza o setor de alimentos (todos os estabelecimentos que comercializam, manipulam ou fabricam alimentos), o meio ambiente (atendendo situações de zoonoses e de saneamento básico como: esgoto, lixo, entre outras.) e saúde do trabalhador (onde atua mais objetivamente na área de construção civil devido a grande incidência de acidentes nesta atividade).

Atendendo também a liberação de habite-se e do Alvará Sanitário e as denúncias referentes a sua área de atuação.

2.6. OS CLIENTES:

O Planejamento da Qualidade consiste no desenvolvimento de produtos e processos exigidos para atender as necessidades dos clientes e portanto compreende as seguintes atividades básicas: identificação dos clientes e de suas necessidades, desenvolvimento de um produto ou serviço que responda a essas necessidades e desenvolvimento de um processo capaz de fazer tal produto (Juran, 1990).

Os clientes são todas as pessoas afetadas pelo produto ou serviço e podem ser externos (aqueles que são a verdadeira razão de ser das organizações) e internos (são os que pertencem à organização e dos quais depende o atendimento do cliente externo).

Os clientes externos de um serviço de vigilância sanitária são de dois tipos: a sociedade em geral e os “vistoriados”, ou seja as pessoas que possuem qualquer tipo de comércio ou prestação de serviços sujeitas a fiscalização sanitária. A sociedade em geral espera da vigilância sanitária a ausência de fatores de risco ao consumir um produto ou serviço (fixando-se principalmente na questão da higiene das instalações). Os “vistoriados” esperam da vigilância sanitária um serviço compreensivo e amigável, o que por vezes é impossível; visto que ela é um órgão fiscalizador que deve tomar medidas consideradas antipáticas quando a saúde da população está em risco (como por exemplo a interdição de um local ou a inutilização de um bem).

A qualidade de serviços é dada pela comparação entre a percepção quanto ao serviço prestado e a expectativa que ele tinha previamente quanto ao serviço. Algumas organizações que prestam serviços estão procurando adotar uma postura pró-ativa, ouvindo regularmente seus clientes, de forma a se antecipar para superar as suas expectativas.

Além de comunicar-se com os clientes, existem outras maneiras de descobrir as necessidades deles. Como por exemplo sendo um cliente (principalmente para descobrir as necessidades dos clientes internos, pode-se fazer um treinamento com uma rotação que exponha as pessoas às muitas tarefas da organização, que não são perceptíveis em suas respectivas funções) ou simular o uso que os clientes fazem dos produtos.

Deve-se porém não perder de vista que a principal utilidade de descobrir as necessidades dos clientes:

- Externos: é levar as suas reações de volta (oferecer um “feedback”) para o projeto do produto ou serviço, para adequá-lo.
- Internos: como são as pessoas que dão vida ao processo, precisamos saber como elas se sentem (o que as atrapalha, que áreas do processo elas mais apreciam, o que as aborrece) para que ocorra um casamento homogêneo entre as pessoas, as metodologias, a organização do trabalho e os equipamentos, de forma a adequar o trabalho ao homem. Somente com o processo adequado às pessoas que o executam é que será possível a produção de acordo com o projeto.

2.6.1. Ouvindo os Clientes Externos da Divisão de Vigilância Sanitária de Florianópolis:

Para ter-se uma noção de como os clientes externos avaliam o serviço de vigilância sanitária estudado e quais são suas expectativas, foi realizada uma pesquisa no município de Florianópolis com os gerentes dos grandes supermercados da região.

Quanto aos aspectos referentes a legislação sanitária: 64,7% não a conheciam antes de serem vistoriados pela primeira vez, 94,12% não possuem cópia da legislação e apenas 29,41% possuíam a cartilha distribuída pela divisão.

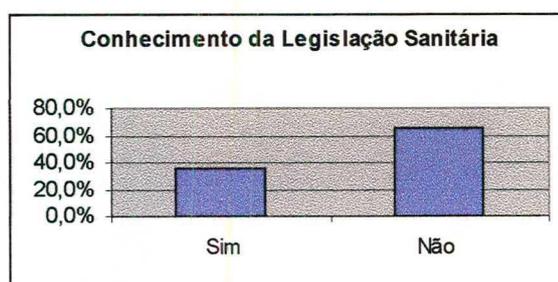


Figura 5: Conhecimento da Legislação Sanitária.

Com relação aos serviços prestados pela divisão 76,5% desconheciam que a divisão ministra cursos sobre manipulação de alimentos gratuitamente nos estabelecimentos que o requisitam. Dentre os que conheciam este serviço apenas 16,65% já haviam requerido alguma palestra. Os demais, apesar de possuírem problemas quanto ao treinamento de manipuladores de alimentos devido a sua alta rotatividade, não

requerem o treinamento por acreditarem que a diretoria da empresa é que deveria tomar a iniciativa.

Todos os entrevistados já haviam recebido algum tipo de autuação, porém somente 41,2% conseguiram localizá-los. Quando perguntados sobre o motivo mais freqüente para estas autuações, 100% dos gerentes não souberam responder por não terem o hábito de consultar os autos para verificar as principais falhas do estabelecimento e por conseqüência saná-las.

Verificando-se as informações constantes nos autos recebidos, 29,4% desconheciam que tem o direito de requerer prorrogação de prazo para sanar as irregularidades descritas vinte e quatro horas antes de vencer o prazo estipulado pelos fiscais no momento da vistoria. Dentre as prorrogações requeridas 100% se referiram a problemas referentes a inadequação da área física, apesar desta ser descrita detalhadamente na legislação sanitária.

Um bom indicador da qualidade dos serviços prestados foi o fato de 82,35% dos gerentes entrevistados acreditarem que os serviços fornecidos por esta divisão de vigilância sanitária cumprem a sua função.

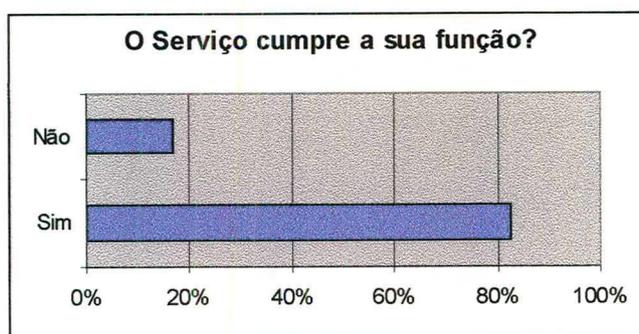


Figura 6: Função da Vigilância Sanitária em Florianópolis.

Os principais motivos levantados para os que responderam que os serviços não cumprem a sua função foram: falta de treinamento para os fiscais que não conhecem a legislação, grande intervalo entre as vistorias de rotina, as visitas ocorrem em sua maioria devido a denúncias e falta de um padrão de exigências para os vários tipos de estabelecimentos.

Na análise de quesitos específicos obtivemos os seguintes resultados:

1. Postura dos fiscais: Detectou-se um problema quanto a padronização da postura, pois 64,7% dos gerentes a definiram como “dependendo do fiscal é a postura”. A descrição mais freqüente refere-se a uma postura arrogante, sendo descritas também outras posturas como: fiscais sem bom senso, muito radicais, grosseiros, prepotentes e impositores.



Figura 7: Postura dos Fiscais Sanitaristas

2. Orientação passada durante a vistoria: A grande maioria dos gerentes (76,5%) a definiu como adequada enquanto 23,5% queixam-se de ter sido multados ou ter produtos apreendidos sem entender claramente o motivo. O principal motivo desta queixa deve-se as apreensões, onde os gerentes não conseguem entender porque por vezes os produtos seguem para doação e outras vezes os produtos seguem para inutilização, sendo que a principal expressão utilizada foi: “o produto para vender não está bom, mas para doar está?”.
3. Procedimento padrão entre equipes: 58,9% descrevem que as exigências requeridas pelos fiscais são semelhantes, independente da equipe que está realizando a vistoria. Neste ponto foram relatadas diferenciações de exigências entre os órgãos fiscalizadores como o Procon e o plantão da Vigilância Estadual.

Pediou-se para que os entrevistados relacionassem os tipos de serviços que eles gostariam que fossem prestados pela Divisão de Vigilância Sanitária analisada, e dentre os serviços principalmente descritos: 35,3% gostariam de receber mais cursos, palestras ou treinamentos; 29,4% gostariam de receber mais orientações durante as vistorias e

11,8% gostariam que quando houvesse alterações na legislação fossem elaborados comunicados e realizadas visitas somente de orientação.

Além destes, outros pontos foram relacionados como importantes:

- a necessidade de treinamento para os fiscais para que o trabalho seja baseado em riscos e na gravidade dos fatos encontrados;
- criação de selos para premiação dos que buscam o melhor, porque uma vez que todos os estabelecimentos são vistoriados o consumidor teria indicações dos que manteriam as melhores condições higiênico-sanitárias;
- multar menos;
- elaboração de manuais;
- reforço dos pontos positivos durante as vistorias, porque os “fiscais sempre apontam as irregularidades e elogiam muito pouco as coisas que estão boas”;
- fiscais deveriam ser mais humildes, pois muitos querem ser atendidos na hora que chegam no estabelecimento independente do gerente estar atendendo outras pessoas ou não;
- que fossem esclarecidos os objetivos da vigilância sanitária e o porque da sua atuação.

Quando solicitou-se que os gerentes apontassem os pontos positivos do serviço, apenas 16,65% dos entrevistados relataram não ver nenhum ponto positivo neste serviço, enquanto 83,35% descreveram os procedimentos apresentados na tabela 1.

Podemos notar que os fiscais são classificados de maneira diferente como: fiscais maleáveis, fiscais acessíveis e fiscais exigentes e rigorosos. Isto se deve as diferenças pessoais entre os fiscais (principalmente quanto a postura) e as necessidades particulares de cada vistoria. Foi muito oportuna a citação da presença de fiscais que oferecem soluções, pois evidencia um serviço que contribui em parceria para que as dificuldades sejam sanadas pelos estabelecimentos.

Os valores da tabela 1 somam mais que 100%, porque os gerentes tinham a liberdade para citar quantos pontos eles julgassem necessários.

%	Procedimentos Positivos
41,2	Visitas Periódicas: são importantes para que os estabelecimentos “andem na linha” e porque ajudam a detectar problemas que passam despercebidos na rotina do dia a dia.
29,4	Orientações: Porque aprendem muito com elas.
23,5	Grande cuidado com a saúde do consumidor.
11,8	Fiscais acessíveis e que executam adequadamente o serviço.
11,8	Fiscais exigentes e rigorosos: relatam que em visitas a outras cidades alguns produtos são comercializados de forma inadequada, que no município não são permitidas (como por exemplo a venda de tortas fora de refrigeração).
5,9	Fiscais maleáveis.
5,9	Vistorias discretas: Sem alvoroço para os consumidores e sem a presença da televisão.
5,9	Presença de fiscais que oferecem soluções: fornecem soluções de como melhorar e adequar os ambientes, do material a ser utilizado nas reformas, etc.

Tabela 1: Procedimentos positivos da Vigilância Sanitária de Florianópolis.

Para concluir o estudo pediu-se que fossem apontados os pontos negativos do serviço prestado e 29,41% dos entrevistados não visualizaram nenhum. Dentre os demais os principais pontos negativos levantados foram descritos na tabela 2.

Pela tabela 2, podemos perceber que os gerentes não identificam as duas vigilâncias que atuam no município de Florianópolis, uma vez que as análises são realizadas pela vigilância estadual e a ausência do retorno dos resultados acaba por comprometer a imagem da vigilância municipal e uma grande sensação de angústia pelas denúncias improcedentes que geram diversas vistorias no estabelecimento e pelo nível de exigência que precisam manter (e que acreditam não ser cobrado para os outros tipos de estabelecimentos).

%	Procedimentos Negativos
53	Problemas com relação aos fiscais: apontam a necessidade de treinamento e de um curso de relações humanas para os fiscais porque: são muito duros, não ouvem as justificativas, abordam inadequadamente os gerentes, são detalhistas demais, utilizam muito a autoridade e são arrogantes, etc.
29,4	Padrão de exigências para os vários tipos de estabelecimentos: acreditam que os grandes mercados são bem fiscalizados, porém os pequenos, as feiras livres e o mercado “fazem o que querem” (recebem carne de pampas/kombi, fracionam carne, vendem frios sem refrigeração, comércio de produtos sem procedência, etc.).
11,8	Grande intervalo entre as vistorias de rotina.
11,8	Não recebem os laudos dos produtos que são coletados para análise.
11,8	Não compreendem porque alguns produtos apreendidos são posteriormente doados.
5,8	Necessidade de divulgar mais a legislação.
5,8	Multas.
5,8	Necessidade de mais palestras: para orientação e antecipando problemas futuros.
5,8	Denúncias que não fossem verdadeiras gerassem advertências para os denunciantes.

Tabela 2: Procedimentos negativos da Vigilância Sanitária de Florianópolis.

2.7. CONCLUSÃO:

A crise econômica, a dívida externa e a organização dos serviços de saúde, trouxeram como uma de suas conseqüências, uma deterioração das condições de vida da população e uma redução substancial do gasto per capita em saúde, com o repasse progressivo ao orçamento familiar dos custos dos serviços e programas de saúde, acumulando uma “dívida sanitária” crescente que pesa sobre a população.

No Brasil os assuntos de saúde pública seguem os ciclos econômicos e seus problemas, até que, a partir da década de 50, começa a instaurar-se o processo que culminaria com o Sistema Único de Saúde: um modelo racionalizado de atendimento universal e integral.

A Lei Orgânica da Saúde consolida a nova estrutura e inicia-se o difícil processo de implantação do SUS, e da conquista do direito à saúde, nos moldes preconizados pela Constituição.

É inegável o impacto da reforma política da saúde nas estratégias de ação dos diferentes segmentos sociais afetados ou envolvidos na implementação do SUS. Ao definir uma verdadeira reestruturação no modo de funcionamento do sistema e da própria concepção do modelo assistencial, calcado no princípio do direito universal da cidadania, a reforma colocou em movimento uma nova relação Estado/Sociedade, Público/Privado, com reflexos importantes nas formas de representação e dos recursos políticos, sociais e institucionais que afetam distintos interesses, gerando novos conflitos.

Como subsistema do SUS, a Vigilância Sanitária passa a sofrer profundas modificações com a Lei 8080/90 principalmente com as questões da municipalização e da participação da comunidade, que deve converter o conselho de saúde num campo de negociação política, em que os representantes falem por segmentos inteiros e não opiniões pessoais.

Devido a isto é premente a implantação de programas de qualidade que possam contribuir para a construção de um eficaz sistema de saúde, que invista adequadamente cada centavo recebido. Para que seja viável, na estruturação do Programa de Qualidade é necessário que se faça um diagnóstico para que a cultura organizacional possa ser respeitada e que se crie um ambiente favorável à Qualidade.

Para que isto ocorra é necessário que se conheça quem são os clientes da organização e as suas necessidades e expectativas. Faz-se também necessário que estes funcionários possuam um canal aberto com os clientes, formando um “feedback”, para determinar se as decisões tomadas estão de fato compatíveis com os objetivos estabelecidos.

Os recursos financeiros existentes devem ser mobilizados de acordo com os objetivos traçados e não em função do inimigo do momento, como é comum na área da saúde. Sendo que os objetivos devem visar principalmente da área da prevenção, pois é muito mais saudável gastar para prevenir do que para curar.

Cabe a Vigilância Sanitária e Epidemiológica definir um sistema de informações (que irão dispor para estabelecer prioridades, medir impacto de ações e facilitar

participação), investir em recursos humanos e em ações voltadas à satisfação dos clientes, para que possa cumprir sua missão básica – o pleno atendimento, com qualidade, da comunidade.

Porém, para valorizar os recursos humanos é necessário compreender como estes organizam as suas tarefas. Entendendo o modo operatório dos funcionários as instituições poderão melhorar a forma de organizar o trabalho, diminuindo as sobrecargas e aumentando a satisfação dos trabalhadores. Assim, o próximo capítulo dedica-se a estudar esta relação do sujeito com a organização do seu trabalho.

CAPÍTULO III

A ERGONOMIA E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

3.1. INTRODUÇÃO:

A evolução técnica e social não mais permite ver o sujeito como um sistema simples de comportamento automático induzido. Para evitar os incidentes, é indispensável melhorar a produtividade e a qualidade de vida deste operador no trabalho (conhecendo as suas modalidades cognitivas), a fim de melhorar o dispositivo técnico, a organização do trabalho e a formação. A luta contra o erro (ou a falta de qualidade do serviço prestado), tornou-se o objeto central das preocupações ergonômicas.

Segundo Wisner (1994), a ergonomia nasceu da necessidade de responder a questões importantes levantadas por situações de trabalho insatisfatórias e muitas atividades têm hoje em dia um componente cognitivo intenso e complexo. Desta maneira deve ser realizada uma análise precisa das atividades mentais no trabalho. Esta análise deve ser vinculada não ao trabalho prescrito, e sim ao que eles realmente fazem para responderem às exigências do sistema.

É na organização do trabalho que devemos procurar as influências no modo de resistência dos trabalhadores, aos ataques ao seu funcionamento psíquico provocados pelo trabalho. Segundo Dejours (1992), quando a organização do trabalho entra em conflito com o funcionamento psíquico dos homens, “quando estão bloqueadas todas as possibilidades de adaptação entre a organização do trabalho e o desejo dos sujeitos”, então emerge um sofrimento patogênico.

Deve-se levar em conta três componentes da relação homem-organização do trabalho: a fadiga (que faz com que o aparelho mental perca a sua versatilidade), o sistema frustração-agressividade-reativa (que deixa sem saída uma parte importante da

energia funcional) e a organização do trabalho (que se opõe aos investimentos das pulsões e sublimações).

Quando se ocupa de uma tarefa o trabalhador procura arrumá-la numa ordem própria. A mesma tarefa, realizada por diferentes trabalhadores, nem sempre é realizada segundo um mesmo e único protocolo. A livre organização do trabalho é apenas uma organização do modo operatório, que leva em consideração, as atitudes individuais, as necessidades da personalidade, onde cada gesto harmoniza-se espontaneamente com as defesas comportamentais e caracteriais.

A organização do trabalho fixada externamente pelas chefias, pode, em certos casos, entrar em choque com o compromisso operatório favorável, que o trabalhador teria instituído espontaneamente. A organização do trabalho, neste sentido, pode comprometer imediatamente o equilíbrio psicossomático.

Clinicamente, o fracasso da relação entre funcionamento mental e a inadequação do trabalho (quanto aos aspectos ergonômicos e às necessidades da economia psicossomática), não se traduz imediatamente em uma doença somática. Primeiro aparece uma vivência de insatisfação que exprime-se principalmente como fadiga. Pode-se então, observar essa vivência subjetiva tornar-se uma queixa somática, mesmo não havendo uma doença autêntica.

3.2. DEFININDO A ERGONOMIA:

Segundo Iida (1990), a ergonomia é o estudo da adaptação do trabalho ao homem, envolvendo não somente o ambiente físico, mas também os aspectos organizacionais de como este trabalho é programado e controlado para produzir os resultados desejados. O autor ainda observa que esta adaptação ocorre sempre do trabalho para o homem, o que significa que a ergonomia parte do conhecimento do homem para fazer o projeto do trabalho, ajustando-o às capacidades e limitações humanas.

Para Laville (1976), “a ergonomia pode ser considerada como um conjunto de conhecimentos interdisciplinares” e define sua especificidade como sendo a “disciplina que procura a melhoria das condições de trabalho no sentido global do termo”, assim como, “o aumento da produtividade e da qualidade dos produtos, a serem produzidos” (Wisner apud Santos, 1995).

A definição de ergonomia adotada pelo Conselho da Sociedade de Ergonomia da França, no XXIV Congresso realizado em Paris, em 1988 enfoca o seguinte: pelos seus métodos e etapas, a ergonomia permite uma nova percepção do funcionamento da empresa, a partir da compreensão do trabalho do homem. Esta compreensão é necessária para conceber as situações nas quais o operador tem domínio: para seu equilíbrio físico, mental e psíquico e para a melhoria do sistema.

Noulin (1992) observa que o objetivo da Ergonomia é contribuir para a concepção ou a transformação das situações de trabalho, tanto com relação aos seus aspectos técnicos como sócio-organizacionais, a fim de que o trabalho possa ser realizado respeitando a saúde e segurança dos homens e com o máximo de conforto e eficácia.

3.3. A EVOLUÇÃO DO TRABALHO:

O período de desenvolvimento do capitalismo industrial caracteriza-se pelo crescimento da produção, pelo êxodo rural e pela concentração de novas populações urbanas. Isto levou no início do século XVIII a uma grande mudança nos processos industriais. A população mundial crescia aceleradamente, o mercado consumidor estimulava a produção em grande escala e induzia ao aprimoramento tecnológico.

A mão de obra tornava-se abundante devido tanto ao crescimento populacional como ao êxodo rural e neste contexto podemos reter alguns elementos marcantes: a duração do trabalho (que atingia entre 12 a 16 horas por dia), os salários muito baixos (geralmente insuficientes para assegurar o estritamente necessário), a moradia caracterizada como um ambiente com falta de higiene e promiscuidade, os períodos de desemprego; que levavam a subalimentação, ao esgotamento físico e aos acidentes de trabalho.

Todos estes aspectos e seus efeitos criavam condições de alta morbidade e mortalidade, sendo a luta pela saúde, nesta época, significado da luta pela sobrevivência. É neste contexto que surge o movimento higienista, como uma resposta social ao perigo, e as respectivas leis sanitárias.

A redução da jornada de trabalho é a palavra de ordem que vai cobrir todo o século XIX e somente no final do século, serão obtidas leis sociais pertinentes a saúde dos trabalhadores.

A partir da Primeira Guerra Mundial (1914 a 1918), altera-se este quadro devido ao desfalque resultante do número de mortos e feridos na guerra, nos esforços pela reconstrução, originando uma mudança na relação homem-trabalho. Os principais progressos se dão em torno da jornada de trabalho (que em 1916 é reduzida para 8 horas por dia e verifica-se que esta medida acaba por aumentar a produtividade), da medicina do trabalho e da indenização das anomalias contraídas no trabalho.

A semana de 40 horas é votada em 1936 e a partir desta data o tema específico do movimento operário refere-se as condições de trabalho (duração do trabalho, aposentadorias, salários), culminando em 1944 com uma frente própria concernente à saúde. As palavras de ordem passam a ser a prevenção de acidentes e a luta contra as doenças, caracterizando como ponto de exploração do trabalho - o corpo.

Aqui salienta-se as repercussões do Sistema Taylor na saúde do corpo, por neutralizar a atividade mental dos operários pela separação radical do trabalho intelectual do trabalho manual.

De 1914 a 1968, segundo Dejours (1992), a miséria operária e a luta pela sobrevivência deram lugar à luta pela saúde, à melhoria das condições de trabalho, à corrente contemporânea da medicina do trabalho, da fisiologia do trabalho e da ergonomia.

Após 1968 podemos reconhecer uma nova tendência que amplia a problemática tradicional das questões de saúde - a saúde mental. A reestruturação das tarefas como alternativa da organização científica do trabalho, acentua a dimensão mental do trabalho industrial e prepara o terreno para as preocupações com a saúde mental (sensibilidade às cargas intelectuais e psicossensoriais de trabalho).

Assim pode-se visualizar a evolução das questões relativas ao trabalho como a luta pela sobrevivência (que condenava a duração excessiva do trabalho), a luta pela saúde do corpo (que denunciava as condições de trabalho: ambientes físico, químico, biológico; as condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho) e finalmente a questão da saúde mental (que resulta da organização do trabalho: divisão do trabalho, conteúdo da tarefa, sistema hierárquico, relações de poder, questões de responsabilidade, etc.).

3.3.1. O Trabalho Humano:

A identificação do trabalho resulta do auto-julgamento que cada pessoa faz de si, como ser humano e a lente com a qual olha para o seu trabalho. O maior ou menor grau de identificação decorre da percepção obtida por cada indivíduo sobre o seu trabalho e a compatibilidade deste com a sua auto-imagem.

O trabalho humano é tão antigo quanto o homem. Desde os primórdios a humanidade já trabalhava para assegurar sua sobrevivência. O homem sempre procurou satisfazer suas necessidades vitais e melhorar seu nível de vida.

O sentido do trabalho, como uma forma de atividade humana, variou significativamente no decorrer dos tempos. O valor atribuído pelo homem, ao trabalho, varia conforme as civilizações, as culturas e as referências de cada sociedade.

Para o ergonomista é relevante levantar informações necessárias ao conhecimento consistente sobre o significado que pessoas e grupos atribuem aos seus respectivos trabalhos, uma vez que seu objetivo é adaptar o trabalho ao homem, ajustando-o as características fisiológicas e psicológicas do ser humano.

A palavra trabalho possui em suas diversas origens, referências negativas como: *tripalium* (latina) que quer dizer castigo, *labore* (inglesa) referência direta a uma situação penosa e de fadiga. Segundo Spink (1992), com essas origens mal-assombradas, não parece estranho que se reconheça cada vez mais que o trabalho não é uma atividade necessariamente saudável e que sua chamada importância enobrecedora para a condição humana é algo pelo menos duvidoso e provavelmente muito mais ideológico do que antropológico em sua origem.

Santos (1995), enfatiza a necessidade de distinguir, sem separá-los o duplo valor do trabalho. Porque para o trabalhador ele forma uma unidade que se objetiva no resultado de sua atividade. A situação do trabalho se choca com o objetivo da prática ergonômica, pois ele é de fato, o lugar das relações entre as atividades dos trabalhadores. Isto quer dizer, o local onde ocorre um certo desgaste de energia muscular e nervosa, aliado ao ato social que representa a atividade no homem no trabalho, que se objetiva na produção.

Locke (apud, Santos 1995) em 1690, afirmava que o trabalho é uma forma de atividade própria do homem, enquanto ser social e relacionou-o à noção de propriedade: "É o trabalho que estabelece uma diferença de valor entre as coisas."

Em 1987 o Instituto Nacional de Segurança ocupacional dos EUA, publicou dados que indicavam serem as desordens psicológicas no trabalho uma das dez mais freqüentes categorias de “doença” ocupacional.

Atualmente com a aquisição de novos conhecimentos sobre a questão da promoção da saúde, esta não pode ser mais restringida a termos biológicos ou do meio ambiente físico, devemos considerar os aspectos emocionais da pessoa, e também o meio psicossocial a que ela está submetida. E com base nestas preocupações torna-se imprescindível estudar-se a relação dos nossos trabalhadores com o seus respectivos trabalhos.

3.4. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO, CARGA MENTAL E SAÚDE:

Muitas atividades profissionais caracterizam-se por um esforço mental tão denso que não é possível mantê-lo durante todo o tempo de uma jornada de trabalho. Pode-se identificar alguns fatores que influem nessa densidade da atividade mental: a memória imediata, as micro decisões (onde seqüências longas de trabalho, que compreendem ao mesmo tempo solicitações à memória e numerosas microdecisões, provocam uma alta carga de trabalho) e a auto-aceleração (que pode ser exemplificada pela realização de um trabalho intelectual num espaço de tempo muito curto, como uma prova, onde o pensamento acaba ficando mais superficial, acabando por tornar-se completamente ineficaz). Os resultados desta densificação espontânea são desastrosos para a saúde dos trabalhadores e para a qualidade do serviço realizado sendo muito difícil combater essa aceleração, em razão da super-excitação progressiva do cérebro pelo trabalho intenso e monótono.

Uma das características mais notáveis dos seres vivos é a diversidade de suas reações numa dada situação. Dentro de uma mesma população, variam consideravelmente as reações, por isso pode-se esperar uma grande diversidade de tolerâncias às dificuldades das situações de trabalho.

Os problemas relativos a carga mental de trabalho nascem das relações conflituosas entre a história do indivíduo e a história da organização (a pessoa e sua necessidade de “prazer” e, por outro lado, a organização que tende à instituição de um automatismo perfeito a adaptar o trabalhador a tarefa que este executa).

Todas as atividades, inclusive o trabalho, têm pelo menos três aspectos: físico, cognitivo e psíquico onde cada um deles pode determinar uma sobrecarga. Todo indivíduo chega ao trabalho com seu capital genético, remontando o conjunto de sua história patológica. Ele traz também seu modo de vida, seus costumes pessoais e étnicos, seus aprendizados. Tudo isso pesa no custo pessoal da situação de trabalho em que é colocado (Wisner, 1994).

Fala-se com frequência em erro humano a respeito de acidentes e, com essa expressão, alude-se aos erros dos executantes. Em muitos casos, o erro humano é dos dirigentes econômicos e técnicos que constroem, conservam e fazem funcionar sistemas muito complexos, ignorando as características físicas, cognitivas e psíquicas das pessoas que empregam.

Atualmente o trabalhador depara-se também com as constantes inovações tecnológicas que modificam o seu trabalho, assim ocorre a angústia crescente da perda do emprego, de não poder acompanhar as exigências da nova tarefa, de não poder ter novos aprendizados dentro dos prazos impostos,..., onde o sofrimento nascido desta necessidade permanente de ajustamento põem em jogo as capacidades cognitivas destes profissionais e acaba por se exprimir diretamente no plano mental e indiretamente por meio de doenças físicas, ditas psicossomáticas.

Verifica-se muitas vezes que os trabalhadores que realizam tarefas predominantemente mentais se queixam de perturbações físicas, como dores nas costas, de cabeça, problemas gastrointestinais, etc. Portanto, tratar os problemas de saúde desses trabalhadores em um plano individual ou técnico é completamente ilusório, pois essas situações são produto de um aspecto da organização do trabalho.

A Ergonomia tem pelo menos duas finalidades: o melhoramento e a conservação da saúde dos trabalhadores, e a concepção e o funcionamento satisfatórios do sistema técnico do ponto de vista da produção e da segurança. Assim, segundo Wisner (1994), quando estuda-se as fontes possíveis de sobrecarga cognitiva e de sofrimento psíquico, é necessário conhecer as atividades reais e a Análise Ergonômica do Trabalho (AET) é a chave para a compreensão de tais fatos.

3.4.1. Fadiga:

A fadiga pode ser descrita como um estado criado por uma atividade excessiva que deteriora o organismo e diminui sua capacidade funcional, acompanhando-se por uma sensação de doença, englobando todo o ser psíquico e físico, reduzindo a produtividade, a falta de prazer no trabalho e a diminuição do interesse pelo lazer.

3.4.1.1. Evolução Histórica do Fenômeno “Fadiga”:

O sociólogo Juan César Garcia (1989) estabeleceu quatro períodos de análise, nos países com formações sociais capitalistas.

O primeiro período inicia-se nos fins do século XIX e início do século XX e define a fadiga como o esgotamento físico da força de trabalho, sendo elaborado a partir de experiências da fisiologia alemã sobre a contração muscular.

Segundo Garcia (1989), Angelo Mosso é considerado o primeiro fisiologista a realizar estudos da fadiga no homem sob a forma gráfica de “Ergonograma”, apresentado por meio de um aparelho criado por ele e chamado de ergógrafo (registrador de trabalho). Sua função era registrar a contração máxima de um dos dedos da mão, a um ritmo crescente. Dessa maneira, Mosso descreve a fadiga não somente como um produto da falta de certas substâncias que se consomem durante o exercício, mas também pela presença de novas substâncias devido a decomposição dentro do organismo: “Se estes dejetos acumulam-se no sangue, sentimo-nos fadigados; quando esta quantidade ultrapassa os limites fisiológicos, sentimo-nos doentes” (Mosso, apud Garcia, 1989).

O segundo período desenvolve-se cronologicamente durante e após a primeira Guerra Mundial. A área de interesse nos estudos deste período concentrou-se na questão da produtividade na indústria, especialmente na indústria bélica. Nesse momento as investigações não mais limitam-se a estudar a fadiga muscular reduzida ao emprego da força motriz, e estendem sua análise a fatores ambientais que incidem sobre a produtividade.

Neste período são fundados os grandes institutos, voltados aos estudos da fadiga, como o de Harvard-Fatigue Laboratory, nos E.U.A. e o Industrial Fatigue Research Board, na Inglaterra. Alguns dos estudos clássicos deste instituto inglês, reportam-se

especialmente a questões substanciais como jornada de trabalho, sistemas de mudanças de turnos, iluminação e ventilação, o ruído e sua relação com a fadiga industrial, o espaço de trabalho e o “layout”.

O encaminhamento do tema centrava-se na noção de que o rendimento do trabalhador estava limitado pela presença do fenômeno fadiga proveniente do ambiente adverso e de condições desagradáveis em si, que obviamente se controlados manteriam a produção em um nível mais elevado.

O terceiro período principia-se na década de 1950 e parte da década de 1960 e caracterizou-se pelo estudo da fadiga em situações em que se exige dos indivíduos uma concentração e atenção extremas, com pouco desgaste muscular, como acontece no manejo e vigilância dos sistemas automatizados.

Segundo Cameron (1971), a fadiga aparece como uma resposta generalizada para o estresse, acima de um período de tempo, com efeitos que podem ser agudos ou crônicos, ou ambos confinados no estado subjetivo do indivíduo. A fadiga é improvavelmente identificada como um problema, a menos que o indivíduo esteja impossibilitado de se recuperar através de um processo de descanso normal, recreação, sono entre as sucessivas exposições às circunstâncias suspeitas (estressantes).

O quarto e último período, apresenta-se no cenário dos anos 1970 estendo-se a partir desta data. Segundo Garcia (1989), o conceito de fadiga neste período adquire uma conotação psicossocial. A fadiga apresenta-se como totalizante e crônica, não aliviada pelo sono, que também resulta alterado, invadindo a vida do indivíduo mesmo fora do trabalho.

A inutilidade e a falta de sentido do trabalho aparecem como o tema central desta nova concepção, da qual se origina a proposta de realizar mudanças radicais na organização do trabalho, que possibilitariam despertar o interesse do trabalhador.

Segundo Santos R. (1994), a penosidade enquanto característica da organização do trabalho, com sua metodologia específica é potencialmente capaz de produzir agressões à integridade biopsicossocial do trabalhador: quando a participação consciente do trabalhador é excluída pela centralização da organização do trabalho, advém assim uma sensação de fadiga, dificilmente recuperável e de origem psíquica, presente no trabalho. Esta fadiga é muitas vezes, difícil de descrever, sendo porém sentida materialmente no espírito. É quando algo se quebra no trabalhador e a fadiga assume a sua morfologia própria, com suas manifestações características.

3.4.1.2. A Fadiga Psíquica:

O fenômeno “Fadiga Psíquica”, embora apenas recentemente estudado, não corresponde ao “status” de fato novo, uma vez que os trabalhadores já estão cansados de sentir este padecimento que não se deixa libertar, no cotidiano dos “mundos” do trabalho.

Dentro da realidade laboral, a fadiga psíquica configura-se como o resultado de um conflito entre a organização do trabalho (centrado na gerência na busca da produtividade) e o trabalhador em sua atividade cotidiana.

Santos R. (1994), descreve em seu trabalho a existência de uma pluralidade de conceitos diversos, com distintas linhas de pesquisas sendo muitas vezes complementares. Segundo a autora pode-se encontrar nesse sentido: estresse laboral, neurose do trabalho, síndrome neurótica do trabalho, fadiga mental, fadiga patológica, tensão laboral, sofrimento mental, sofrimento psíquico, fadiga comportamental, fadiga psicofisiológica; entre outras tipologias de fadiga.

Deste modo pretende-se expressar pelo fenômeno “Fadiga Psíquica” a designação de um estado de perturbação nervosa, um esgotamento acentuado, uma forma de padecimento psíquico, que não é alterado pelo descanso ou férias, sendo de difícil recuperação.

Acredita-se, sobretudo que o trabalhador diagnostica perfeitamente e com precisão o seu estado de fadiga psíquica, conforme ressalta Berlinguer (1987), “não é verdade que o operário não se dá conta de estar mal. O operário sabe muito bem que está mal, e está pronto para melhorar. Talvez não saiba as causas do seu mal estar”.

Porém raramente ouvimos falar da tensão dos trabalhadores. A divulgação deste fenômeno pela mídia tem centrado uma categoria de maior prestígio social: os executivos/gerentes que podem sofrer de úlceras, ataques cardíacos entre outros problemas. Entretanto o que a maioria das pessoas ainda não reconhece é que os subordinados sentem igual tensão, e com frequência até mais, pois ao sofrimento durante a execução do trabalho ligam-se também outros problemas como por exemplo os salários, que por vezes não garantem o sustento dos trabalhadores.

3.4.1.3. Os Aspectos da Fadiga:

Os especialistas e estudiosos do assunto, dividem o fenômeno fadiga em dois aspectos: aguda e crônica, para possibilitar uma compreensão mais favorável deste fenômeno, no delineamento de sua morfologia.

A Fadiga Aguda consiste em um estado fisiológico, em consequência de um esforço realizado. É o caso do árduo trabalho muscular quando executado na ausência de pausas, a ser concedida durante o exercício do trabalho. As principais características dessa ordem de fadiga expressam-se como:

- sensação de fraqueza sentida pelo trabalhador, sonolência, desmaio iminente;
- perda de eficiência ao executar o processo de trabalho;
- maior predisposição à ocorrência de situações perigosas, face a redução de atenção do trabalhador.

Esta manifestação encontra-se presente principalmente em trabalhadores que despendem grande esforço físico e Couto (1983), considera que a percepção da manifestação aguda da fadiga constitui uma forma de alerta quanto à necessidade de se diminuir a sobrecarga de trabalho, ou de se instituir um conjunto de medidas para compensá-la.

Em regra geral, a prevenção da fadiga física visa um equilíbrio entre os fatores que causam a sobrecarga e os fatores que tendem a compensá-la, nas mesmas 24 horas, de forma a não se acumular um débito de sobrecargas, de um dia para o outro, que seguramente ocasionaria o estado de fadiga crônica.

A Fadiga Crônica corresponde a uma manifestação extrema de um estado específico, enquanto consequência que se gesta ao longo do tempo em que se desenvolve uma atividade determinada; e não é reparada pelo descanso ou sono.

Os sintomas da fadiga crônica são descritos primeiramente como alterações gradativas na atenção, concentração, memória e raciocínio do trabalhador, o que predispõem a acidentes de trabalho; a seguir advém os distúrbios de humor, irritabilidade e posteriormente às alterações de sono, repercutindo-se no processo de iniciação de problemas de ordem psicossomática e psíquica.

A fadiga crônica atinge todas as categorias profissionais de trabalhadores, sendo considerada uma fadiga patológica e segundo a análise de Couto (1983), ela é resultante de uma sobrecarga de vários dias de trabalho, porém não compensada, persistindo a

sintomatologia, além do período de sobrecarga. O autor salienta que existe uma sensação de cansaço, pela manhã antes de se iniciar o trabalho, uma sensação de desgosto com tendência a depressão, instabilidade psíquica aumentada, com irritabilidade em discussões fáceis, relutância em trabalhar, dor de cabeça, tontura e vertigens, taquicardia imotivada, sudorese súbita, perda do apetite, dor estomacal e outras desordens digestivas.

Enfim, as observações acerca do fenômeno fadiga, evidenciam uma grande soma de sinais e sintomas, e que inicialmente diminui a capacidade de entendimento, a memória, a concentração, a percepção sensorial, a capacidade de reação, além de outras funções psicológicas.

3.4.1.4. O Ritmo Artificial do Trabalho:

Todo ser humano possui um ritmo vital pessoal que é função das pulsações do nosso coração, dos movimentos respiratórios, das trocas com o meio ambiente. Além disso, cada pessoa possui um ritmo de atividade física que é função de sua altura, de seu peso e do comprimento dos membros. Finalmente todos possuem um ritmo de atividade intelectual de que desconhecemos as determinantes.

Os hindus tinham conhecimento do condicionamento biológico do ritmo e obtinham a partir dele lições para sua higiene mental e física, pois acreditavam que todo o ato físico que não fosse adaptado com o ritmo pessoal, exigiria um esforço muito maior e por conseguinte geraria uma fadiga exagerada.

Muitos historiadores, observando as artes e ofícios do passado constataram a existência do ritmo pessoal, segundo Michelet (apud, Friedmann, 1956), que observou o tecedor a mão, a velocidade em que os mesmos teciam coincidia segundo respirava lenta ou rapidamente, trabalhava como vivia, o ofício se adaptava ao homem.

No contexto do ritmo artificial da sociedade moderna, os próprios homens são vencidos pelo ritmo e os efeitos deste ritmo obrigatório sobre a vida afetiva e mental dos trabalhadores vem chamando a atenção dos pesquisadores.

A fadiga psíquica costuma ser inevitável em situações onde não são proporcionadas pausas. Em trabalhos por produtividade há uma tendência natural em se trabalhar mais depressa e em se evitarem pausas, o que é psicologicamente “compreensível”, mas

destrutivo sob o ponto de vista muscular/circulatório, favorecendo o aparecimento do estado de fadiga psíquica.

3.4.1.5. Ansiedade no Trabalho:

A ansiedade apresenta-se enquanto uma questão importante evocada espontaneamente pelos trabalhadores, em relação a qual se estrutura tudo o que diz respeito ao seu sofrimento mental.

Segundo Dejours (1992), o medo e a tensão nervosa imbricam-se com a ansiedade, que por sua vez está em relação com o desenvolvimento da fadiga psíquica no processo de trabalho. O medo “elabora” um conjunto de mecanismos específicos para cada profissão, as “estratégias defensivas ocupacionais”, que permite efetuar-se o processo de trabalho e garantir a produtividade desejada.

Convém realçar que em um serviço onde o trabalhador é submetido a um ritmo imposto pela produtividade, as relações hierárquicas são uma fonte de ansiedade (o medo de não ganhar toda a produtividade, o medo das broncas, etc.).

De acordo com Dejours (1992), podemos agrupar os diferentes tipos de ansiedade, segundo:

- Ansiedade relativa à degradação do funcionamento mental e do equilíbrio psicoafetivo: onde extrai-se dois tipos de ansiedade. Uma resultante da desestruturação das relações psico-afetivas com os colegas de trabalho e outra que diz respeito a desorganização do funcionamento mental (devido ao esforço de manter um comportamento condicionado).
- Ansiedade relativa à degradação do organismo: como resultante do risco sobre a integridade física. As más condições de trabalho colocam o corpo em perigo, diante das doenças profissionais, psicossomáticas e diante do acidente de trabalho de caráter súbito.
- Ansiedade gerada pela “disciplina da fome”: os trabalhadores continuam em seus postos de trabalho, expondo seu equilíbrio e seu funcionamento mental à ameaça contida no trabalho, porque necessitam sobreviver.

Outra forma de manifestação da ansiedade no espaço de trabalho é a descompensação do trabalhador. No relato de alguns funcionários podem aparecer referências às discussões excessivas no próprio espaço de trabalho, desencadeando discórdias constantes. Esta situação pode ser agravada a uma intensificação do ritmo de

trabalho (processos atrasados para pôr em ordem no final do mês/ano,...), onde acumula-se a fadiga psíquica.

3.5. CONCLUSÃO:

O trabalho exerce sobre o homem, ações específicas que podem produzir impacto, por exemplo no aparelho psíquico. Há casos em que o trabalho é favorável ao equilíbrio mental e à saúde do organismo, podendo até ocorrer uma maior resistência do organismo contra a fadiga e a doença. Em outros casos existe um choque entre a história individual, portadora de projetos, esperanças e desejos com a organização do trabalho que os ignora, levando ao aparecimento de uma insatisfação, contra a qual os trabalhadores desenvolvem estratégias defensivas de maneira que este sofrimento passa a não ser imediatamente identificável.

A violência da organização do trabalho pode, mesmo na ausência de nocividade no ambiente de trabalho (como o trabalho em escritórios por exemplo), criar doenças somáticas e não apenas psíquicas. Desta maneira, podemos entender que o aparelho mental não é um “compartimento” do organismo, simplesmente justaposto à musculatura, aos órgãos sensoriais e às vísceras. A vida psíquica é, também um patamar de interação de diferentes órgãos.

Segundo Dejours (1992), a priori, toda tarefa é suscetível de servir de suporte num processo de sublimação. Mas é preciso reconhecer que a tendência geral à pequena margem de escolha no livre arranjo da tarefa, acaba por comprometer esta possibilidade.

“A liberdade não se dá” dizem “ela se conquista”, o mesmo acontecendo com relação a organização do trabalho. O problema não é criar novos homens, mas encontrar soluções que permitam pôr fim à desestruturação de um certo número deles pelo trabalho.

CAPÍTULO IV

A ERGONOMIA E A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

4.1. INTRODUÇÃO:

A Qualidade de Vida no trabalho tem sido uma preocupação do homem desde o início de sua existência, com o objetivo de facilitar ou trazer satisfação e bem estar ao trabalhador na execução de sua tarefa. Rodrigues (1995, p. 76), cita alguns fatos históricos que alteraram a forma de execução da tarefa, trazendo intrinsecamente uma melhoria das condições do trabalho como os ensinamentos de Euclides de Alexandria sobre os princípios da Geometria, a 300 anos a.C., e que foram aplicados para melhorar o método de trabalho dos agricultores à margem do Nilo ou a Lei das Alavancas, de Arquimedes que em 287 anos a.C., veio diminuir o esforço físico de muitos trabalhadores.

Hoje em dia grande parte da vida das pessoas é passada dentro das organizações, e portanto o trabalho ocupa um espaço cada vez mais importante na vida das pessoas, mesmo quando o trabalho é aceito como um dever, busca-se por meio dele, a realização dos sonhos pessoais e de auto expressão. Em vista disto, desde 1970 o conceito de Qualidade de Vida no Trabalho vem lenta, porém, seguramente ganhando destaque como uma questão de responsabilidade da direção da organização.

Segundo Herzberg (1965: apub Albrecht, 1990:141), “a maioria das organizações dá as pessoas, em troca do seu trabalho, recompensas simbólicas que elas só podem ‘gastar’ fora do trabalho. As férias anuais tornam-se uma chance de se afastar do trabalho. O programa de aposentadoria só oferece algo positivo e agradável depois que sair da organização. Raramente os gerentes de uma organização projetam trabalhos e

atividades diárias de modo a oferecer recompensas psicológicas intrínsecas por si mesmas”.

A administração japonesa está centrada sobre a natureza humana pois vê o trabalho como parte integrante da vida das pessoas e acredita que as pessoas são idealistas, e que elas devem trabalhar por ideais e devem sentir-se parte importante do ambiente de trabalho, que é por excelência o lugar da realização dos seus ideais. O ocidente também começou a compreender a intensidade dos efeitos do estresse ocupacional sobre a saúde, do bem estar humano e da qualidade de vida no trabalho. Organizações como a Sociedade Americana de Treinamento e desenvolvimento têm adotado uma orientação de desenvolvimento de recursos humanos para reverter este quadro, que vem tomar o lugar dos antiquados métodos de “treinamentos” rígidos do passado.

Segundo Albrecht (1992), a qualidade de vida no trabalho deve ser definida em termos das percepções dos empregados e deve envolver pelo menos os seguintes fatores: um trabalho que valha a pena fazer; condições de trabalho seguras; remuneração e benefícios adequados; estabilidade no emprego; supervisão competente; “feedback” quanto ao desempenho no trabalho; oportunidades para aprender e crescer no emprego; uma possibilidade de promoção com base no mérito; clima social positivo e justiça.

Desta maneira visualiza-se que existem diversas maneiras para conceituar a qualidade de vida no trabalho e que não pode-se mais limitar a projetar o trabalho sem cogitar os processos humanos, partindo da premissa de que a pessoa é somente uma extensão da máquina ou do posto de trabalho. Assim acredita-se que somente uma análise ergonômica do trabalho: como um modelo centrado na pessoa e que permite avaliar como o indivíduo interage com o ambiente físico e abstrato que constitui seu cotidiano no trabalho e que considere a percepção que os funcionários têm sobre a qualidade de vida de seu trabalho; é que fornecerá dados reais para que possamos reformular os ambientes organizacionais para torná-los humanos.

4.2. ENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS:

Não existe qualidade total sem qualidade de vida. Assim, segundo Gonçalves (1995), as organizações estão se voltando cada vez mais para estes dois aspectos - ergonomia e qualidade, pois entendem que, para uma empresa sobreviver, ela necessita oferecer uma qualidade superior de vida para seus trabalhadores, em seus ambientes de trabalho. Somente assim poderão oferecer qualidade a seus clientes.

Moraes (1989), coloca que a consideração dos fatores humanos, da operacionalização a partir da avaliação ergonômica da tecnologia, da operacionalização da tarefa e das condições de trabalho, torna-se uma variável indispensável para a qualidade total.

Para Albrecht (1992), é cada vez maior o número de organizações usando o conceito de qualidade de vida no trabalho como idéia individual e unificadora para a compreensão e administração de seu ambiente interno.

Os fatores que definem a eficácia de uma organização e mudam seus resultados estão diretamente ligados aos funcionários, sua forma de pensar e agir e o envolvimento dos funcionários é a grande contribuição dos japoneses para o movimento da melhoria da qualidade, sendo um processo de transformação da cultura organizacional utilizando a energia criativa de todos na solução de problemas e na obtenção de melhorias. Sem o envolvimento dos funcionários a empresa gastará tempo e dinheiro para implantar até mesmo programas mais modernos de qualidade, que não irão funcionar.

Paladini (1995:115) coloca que “a ação dos recursos humanos na produção da qualidade tem sido fundamental ... Nenhum outro elemento do processo produtivo tem uma contribuição tão relevante para oferecer como o homem – como, da mesma forma, não existe nenhum elemento tão complexo quanto ele. Pode-se mesmo, afirmar que o elemento humano é o recurso que exige o maior investimento – mas também determina o maior retorno, em termos de contribuição para a produção da qualidade”.

Para conseguir o envolvimento das pessoas no processo de qualidade é preciso ter presente que elas são o coração e alma de todas as coisas importantes e deve-se ter como objetivos: fazer com que elas executem sua função e levá-las a melhorar a maneira como a executam. A melhoria da qualidade supõe que as pessoas sejam melhoradas continuamente, tanto pessoal quanto profissionalmente. Investir em competência é

investir em um bem durável (atitudes/posturas), que nunca ficará obsoleto frente as novas tecnologias.

Contudo as pessoas devem ser educadas e orientadas para se sentirem mais realizadas, produtivas e livres. Porém no Brasil pouco se educa e pouco se treina, e por não haver esta orientação se espera muito pouco das pessoas. A qualidade ocorre quando as pessoas são capazes de melhorar os processos, e só o serão através da educação e do treinamento continuado. Isto aumenta sua confiança, sua satisfação e seu orgulho pelo bem feito. Tornam-se inovadoras e criativas, e fazem sua instituição distinta e única.

Esquemáticamente para envolver os funcionários em um esforço conjunto pela qualidade deve-se, segundo Paladini (1995):

1. Formar (fornecer informações básicas), conscientizar (transferência da prática gera consciência) e qualificar o pessoal (exige muito esforço, porque a busca destes novos conhecimentos irá depender do estímulo dado durante a conscientização).
2. Alocar (colocar as pessoas certas nos lugares certos), desenvolver (fornecer meios para que ela possa efetivamente trabalhar) e utilizar o pessoal (cobrar resultados).
3. Avaliar os resultados em bases objetivas (faz-se necessários o uso de técnicas e instrumentos).
4. Superar crises: no Brasil existe muita resistência às mudanças (“sempre foi feito assim e sempre funcionou”), por isto a implantação do programa deve ser gradual de forma a evitar choques e os resultados alcançados devem ser divulgados de forma a evidenciar as vantagens do novo sistema (contra fatos não há argumentos) e serem palpáveis (de alguma maneira os resultados devem ser transformados em vantagem para todos, como por exemplo: ambiente de trabalho melhor, plano bem definido de cargos e salários).

4.3. UM AMBIENTE PARA A PRODUÇÃO DA QUALIDADE:

Para produzir qualidade deve-se incorporar o hábito de gerar o que for requerido pelo cliente ao cotidiano da organização. Ao introduzir uma cultura da qualidade na organização deve-se respeitar a cultura local (que nada mais é do que o conjunto dos aspectos que as pessoas consideram relevantes) e a realidade existente para chegar a realidade determinada pelo programa. Para tanto faz-se necessário um bom diagnóstico

imp.

da realidade atual, o envolvimento de todos e ênfase ao cliente, inseridas nas ações do dia a dia (tanto por parte da administração como por parte da mão de obra).

Paladini (1995:114-116) coloca cinco condições necessárias para a produção da qualidade pelo elemento humano: “saber o que fazer, ter o que fazer, ter uma área de trabalho adequada, querer fazer e saber fazer”.

Assim, a produção da qualidade depende de cinco fatores fundamentais pela organização:

1. **Objetivos - o que fazer:** pressupõem a fixação de um alvo e o movimento para alcançá-lo (programas e projetos), devem ser claros (facilmente compreendidos por todos), atingíveis, mensuráveis, envolver a todos que possam contribuir para o seu alcance e conduzir direta ou indiretamente à noção de satisfação do consumidor.
2. **Recursos – com o que fazer:** a disponibilidade de recursos depende de decisão, pois os resultados da produção com qualidade (diminuição de erros, refugos, retrabalho, custos, etc.) justificam economicamente certos investimentos e deve abranger todas as áreas da organização.
3. **Ambiente – onde fazer:** está intimamente relacionado com produtividade e com a qualidade, uma vez que envolve o ambiente físico (pontos como segurança, condições de higiene, etc.) e clima organizacional (que incidirá sobre a capacidade de concentração, conveniência do trabalhador, etc.).
4. **Motivação – querer fazer:** um funcionário motivado para a qualidade significa alguém que acredita na importância da qualidade e está convencido de que ela precisa ser produzida (é uma pessoa que quer fazer). De uma pessoa motivada pode-se esperar os melhores resultados porque ela está comprometida com o programa. Porém para manter o comprometimento é necessário que se distribuam vantagens pessoais (os objetivos da empresa se fundirão ao dos funcionários).
5. **Competência - como fazer:** a qualidade não é intuitiva, ela exige treinamento, porque para que as pessoas produzam qualidade, além de querer fazer é necessário que saibam como fazer. Após um esforço motivacional deve-se treinar o trabalhador de forma a conscientizá-lo da importância do seu trabalho e deve-se criar oportunidades para a aplicação do que foi aprendido.

A Qualidade Total não é uma invenção recente, Rebelo (1995:161) ressalta alguns aspectos dessa visão gerencial empregados na China em 500 a.C.: necessidade de planejamento, trabalho em equipe e recompensar os trabalhadores pelo trabalho bem feito.

Além destes podemos incluir o respeito pelo ser humano, aspecto este que pode ajudar a elucidar algumas dúvidas de como implementar a Qualidade. Do ponto de vista organizacional podemos começar criando um ambiente de Qualidade, utilizando como ferramenta o 5S, com o objetivo de melhorar as condições de trabalho. Ichino Miyauchi, o principal consultor da Union of Japanese Scientists and Engineers (apud Silva, 1996:24), recomenda começar a implementação da Qualidade pelo 5S e que a auditoria da Qualidade comece sempre pelo banheiro: “Se o banheiro dos membros mais humildes da organização não estiver permanentemente em condições de ser usado pelo presidente da empresa e visitantes importantes, pode-se concluir que ela não preza a qualidade, pois não atingiu o estado de asseio e não tem respeito pelo ser humano”.

Essência do 5 S	
Seiri	Eqüivale a pesquisa de eficiência.
Seiton	Eqüivale a procura do melhor leiaute.
Seisou	Eqüivale a inspeção e eliminação da fadiga dos equipamentos.
Seiketsu	Eqüivale a eliminação do estresse da pessoa.
Shitsuke	Eqüivale a argumentar até o último momento, mas cumprir rigorosamente o que foi decidido.

Tabela 3: Essência do 5S (Fonte: Silva 1996:23)

Os japoneses acreditam que somente quando os empregados sentirem-se orgulhosos por terem construído um local de trabalho digno e se dispuserem a melhorá-lo continuamente, Ter-se-á compreendido a verdadeira essência do 5S ou sentidos de utilização, ordenação, limpeza, saúde e autodisciplina.

Silva (1996), descreve que a experiência brasileira tem demonstrado que a essência do 5S é a autodisciplina (iniciativa, busca do conhecimento de si mesmo e do outro, espírito de equipe, autodidatismo e a melhoria contínua em nível pessoal e organizacional), pois pessoas que o praticam tornam-se gerentes de si mesmas.

Com isto nota-se que os objetivos do 5S coincidem com os objetivos da educação em geral de formar cidadãos saudáveis e responsáveis capazes de continuar a se autodesenvolverem.

Um levantamento de dados realizado em 1995, pela Fundação Christiano Ottoni sobre a prática do 5S no Brasil, apontou que 20% das 140 referências pesquisadas contabilizaram ganhos financeiros (alcançando 25 milhões de dólares em economias diversas) e 46% fizeram referência direta à melhoria da qualidade de vida dos funcionários (Silva, 1996).

Estes resultados podem ser facilmente explicados pela prática do 5S que melhora o clima organizacional, uma vez que estimula uma maior aproximação entre as pessoas (por meio da melhoria do relacionamento interpessoal, principalmente mediante a escuta ativa); a eliminação de privilégios; o contínuo desenvolvimento da autodisciplina (que resulta em seres humanos mais criativos e com mais iniciativa e respeito) e do senso de utilização (que decreta guerra ao desperdício de inteligência, tempo e matéria prima).

4.3.1. A Importância da Motivação dos Recursos Humanos:

Nenhuma organização pode oferecer produtos ou serviços de qualidade se seus próprios funcionários, não tiverem alto nível de qualidade de vida. Daí a necessidade da organização em se preocupar com o desempenho das pessoas e com suas atitudes em relação à qualidade, porque a qualidade pessoal significa a capacidade e o compromisso com o melhor. Fazer o melhor possível todos os dias e melhorar sempre. Mas as pessoas precisam ser motivadas para produzirem o melhor.

Crosby (1992:17), afirma que garantir a qualidade seria “induzir as pessoas a fazer melhor tudo aquilo que devem fazer”, porém o total envolvimento das pessoas implica em uma revisão dos valores, gerando mudanças de comportamento.

Tem-se de um lado a empresa e do outro o indivíduo em busca da sua autorealização, através de objetivos pessoais, que nem sempre estão vinculados às propostas organizacionais. Vê-se também, que os indivíduos não fazem as mesmas coisas pelos mesmos motivos e é dentro deste contexto diversificado que encontramos muitos

comportamentos regidos pela motivação, que é uma força que vem do interior de cada pessoa.

A motivação das pessoas, juntamente com sua capacidade individual, a natureza da tecnologia disponível, a tarefa a ser executada, entre outros fatores, determinam a performance das organizações. Portanto a compreensão das variáveis que interferem nos motivos das pessoas pode auxiliar a canalizar seus esforços no sentido dos objetivos da organização.

Para ilustrar a importância deste tema, várias publicações têm focado a importância de manter as pessoas motivadas e como fazê-lo:

Bernardi (1998), descreve que as companhias mais reverenciadas do planeta possuem um elo em comum: a valorização do patrimônio humano que possuem, como a chave do sucesso. Ela destaca sete características comuns às companhias vencedoras:

- as missões, os valores e a cultura dessas empresas são conhecidos e levados a sério por todos (sobretudo pelos executivos da cúpula);
- sucesso atrai as melhores pessoas, porque as pessoas gostam e querem trabalhar para empresas vencedoras;
- as companhias sabem exatamente que tipo de pessoas que querem ter em seus quadros;
- elas vêem o desenvolvimento da carreira dos funcionários como um investimento;
- sempre que possível aproveitam e promovem seus próprios talentos em vez de buscá-los fora e enfatizam carreiras muito mais do que empregos;
- premiam o desempenho (como direito a ações, plano de opções, bônus, etc.);
- sempre medem o grau de satisfação de sua força de trabalho, por este estar diretamente ligado aos resultados.

Gomes (1998: 87) em entrevista com o economista Flávio Moreira Prado que desenvolveu uma teoria segundo a qual “o prazer leva à eficiência e ao aprendizado fácil”, recolheu quatro indícios que denunciam quando uma pessoa sente prazer no trabalho:

- pontualidade: quem tem prazer no que faz não arruma desculpas para se atrasar;
- bom humor: é característica de quem anda de bem com a vida;
- facilidade em aceitar críticas: pois as vê como uma oportunidade de corrigir seus defeitos e demonstra vontade de melhorar sempre e
- ser prestativo com colegas e clientes: pois demonstra segurança em si mesmo.

Precisa-se compreender o homem como um ser biopsicossocial para que possamos compreender a motivação. É necessário que os funcionários sintam prazer e orgulho com o trabalho que executam e com o órgão onde trabalham, sejam estimulados com desafios contínuos, convivam em um ambiente propício à participação e sugestões, e sejam reconhecidos pelo trabalho bem realizado, uma vez que a busca da realização pessoal é a fonte do comportamento motivacional, pois o homem procura fazer aquilo que o tornará realizado.

4.3.2. Hierarquia das Necessidades:

Hierarquia das Necessidades		
Fatores de Higiene	Necessidades Básicas ou Fisiológicas	São aquelas relacionadas diretamente com a sobrevivência do ser humano (Ex.: alimentos, água, vestuário, sexo, habitação e saneamento).
	Necessidade de Segurança	São aquelas relacionadas à proteção individual contra perigos e ameaças (Ex.: necessidade de saúde, trabalho seguro, previdência social e ordem social).
	Necessidades Sociais	São aquelas relacionadas com a vida em sociedade (Ex.: necessidade de convívio, amizade, respeito, amor, lazer e participação).
Fatores de Motivação	Necessidades do Ego	Possuem estreita relação com a auto-satisfação (Ex.: independência, apreciação, dignidade, reconhecimento, igualdade subjetiva, respeito e oportunidades).
	Necessidade de Auto-realização	É o mais alto nível das necessidades e está diretamente relacionada à realização integral do indivíduo (Ex.: utilização plena de suas potencialidades, de sua capacidade e a existência de ideologias).

Tabela 4: Hierarquia das Necessidades

O ser humano possui necessidades que podem ser dispostas em ordem hierárquica, desde as mais primárias e imaturas, às mais civilizadas e maduras. Maslow

(apud Rebelo, 1995:57) as organizou na Teoria da Hierarquia de Necessidades estabelecendo uma série de cinco níveis capazes de explicar o comportamento humano, cujas necessidades sentidas do indivíduo constituem fonte de motivação. Desta maneira o ser humano que nunca está satisfeito e procura sempre algo mais, logo que satisfaz um nível de necessidades começa a procurar a satisfação do nível superior e assim por diante. Entretanto, na realidade esta hierarquia é menos rígida do que se supõem uma vez que pode ocorrer a necessidade, como fonte de motivação, da satisfação de um nível superior antes da completa satisfação de níveis inferiores.

Do mesmo modo, quando uma necessidade leva muito tempo para ser satisfeita (privação prolongada ou severa), o indivíduo pode permanecer preocupado com a mesma e em sua mente ela passa a não estar completa ou adequadamente satisfeita, o que leva a um não desenvolvimento da consciência das necessidades hierárquicas superiores neste indivíduo.

O próprio Maslow (1971:359) coloca que “na realidade, a maioria das pessoas normais em nossa sociedade se encontram parcialmente satisfeitas e parcialmente insatisfeitas em todas as suas necessidades fundamentais. Tomando números arbitrários, podemos dizer que o cidadão médio satisfaça talvez 85% das necessidades fisiológicas, 70% das de segurança e 10% das de auto-realização.”

Quanto a motivação Frederick Herzberg (apud Rebelo, 1995:58), aproveita a teoria de Maslow e coloca que as pessoas para serem motivadas necessitam ter garantidas o atendimento as suas necessidades fisiológicas, de segurança e sociais e por este motivo agrupou os três primeiros níveis hierárquicos em um conjunto que denominou de fatores de higiene e os dois níveis hierárquicos superiores em um grupo denominado fatores de motivação. Segundo a sua teoria, os fatores que produzem satisfação no trabalho eram distintos daqueles que produzem insatisfação. “O oposto da satisfação com o trabalho não seria a insatisfação, mas nenhuma satisfação com ele e igualmente o oposto da insatisfação seria nenhuma insatisfação com o trabalho” (Herzberg (1964:3).

Herzberg (1968:56-57), descreve que os **fatores higiênicos** (capazes de induzir a insatisfação) expressam “o impulso natural para evitar o sofrimento causado pelo meio ambiente e mais os impulsos adquiridos que se tornam condicionados às necessidades biológicas básicas”. E segundo Rodrigues (1995:45) eles compreendem a “política e a

administração da empresa, as relações interpessoais com os supervisores, a supervisão, as condições de trabalho, os salários, o 'status' e a segurança no trabalho".

Os **fatores motivadores** (que produzem satisfação no trabalho), "relacionam-se com aquela característica humana singular que é a capacidade de realizar e, através da realização, desenvolver-se psicologicamente" (Herzberg, 1968:57). E propõem que eles sejam implantados nas organizações a partir do enriquecimento do cargo, que proporciona a utilização eficiente do trabalhador. Segundo Rodrigues (1995:45) os fatores motivadores compreendem a realização, o reconhecimento, o próprio trabalho, a responsabilidade e o progresso ou desenvolvimento. O autor ainda salienta que não pode-se confundir enriquecimento do cargo (que proporciona oportunidades para o desenvolvimento psicológico do funcionário) com ampliação do cargo (aumento do número de tarefas ou de operações, que apenas torna o cargo estruturalmente maior).

4.4. O ESTUDO DE CASO:

Visando demonstrar a aplicabilidade da metodologia da Análise Ergonômica do Trabalho voltada à melhoria das condições organizacionais de um prestador de serviços, utilizou-se como referência a Divisão de Vigilância Sanitária Municipal de Florianópolis. A escolha deste serviço deu-se devido a importância que seus trabalhos desempenham para a manutenção da saúde pública, bem como por considerar-se que as situações ali encontradas são bastante representativas de outras divisões do mesmo setor.

Escolheu-se esta ferramenta (AET), porque o estudo de caso foi realizado em um serviço público, que possui a peculiaridade dos trabalhadores serem estáveis e portanto mais do que qualquer outra empresa, deve-se adaptar as características deste trabalho as pessoas que estão desenvolvendo-o e investir nestes recursos humanos.

Os dados foram coletados no período de junho à agosto de 1997. Esta coleta foi realizada na forma de entrevistas (com a chefia e subordinados), aplicações de questionários, monitoramento físico através do uso de aparelhos e por meio de observação em acompanhamento de vistorias.

Como resultado obteve-se um diagnóstico da situação atual do serviço estudado, onde foram evidenciados os pontos críticos do serviço e elaboradas recomendações com o objetivo de melhorar o ambiente de trabalho e a qualidade do serviço prestado.

O estudo não foi descrito na íntegra devido aos inúmeros aspectos por ele abordado, portanto relata-se a seguir os pontos mais importantes detectados na análise ergonômica realizada. Ressalta-se entretanto que todos os aspectos foram contemplados nas recomendações descritas no final deste capítulo.

4.4.1. Análise Ergonômica do Trabalho:

Para Montmollin (1982), a análise ergonômica do trabalho permite não somente categorizar as atividades dos trabalhadores como também estabelecer a narração dessas atividades permitindo, conseqüentemente, modificar o trabalho ao modificar a tarefa. Para este autor, o fato da análise ser realizada no próprio local de trabalho, em oposição às análises de laboratório, permite a apreensão dos fatores que caracterizam uma situação de trabalho real, envolvendo aspectos como organização do trabalho e relações sociais.

A prática da metodologia da análise ergonômica do trabalho envolve a delimitação do objeto de estudo, a situação de trabalho a ser analisada, e sua decomposição pois, segundo Wisner (1987), para que os modelos oriundos da intervenção ergonômica possam ser submetidos à verificação da experimentação e da observação científica, é indispensável examinar os subsistemas que os compõem. Envolve também a recomposição cuidadosa da situação, utilizando o denominado princípio da globalidade, para permitir as conclusões do estudo.

Santos (1995), coloca que esta metodologia está estruturada em três grandes etapas:

- ◆ Primeira Etapa: Consiste numa análise de referências bibliográficas sobre o homem em atividade de trabalho, de forma a permitir situar o problema, formulado pela demanda, dentro de um contexto teórico.
- ◆ Segunda Etapa: Consiste na análise ergonômica do trabalho, propriamente dita, sendo constituída por três fases:
 - Análise da Demanda: que é a definição do problema a ser analisado.

- Análise da Tarefa: está relacionada com a prescrição da tarefa, sendo o que o trabalhador deve realizar e as condições ambientais, técnicas e organizacionais desta realização. É a análise das condições de trabalho da empresa.
- Análise das Atividades: é o que o trabalhador, efetivamente, realiza para executar a tarefa. Aqui o ergonomista estuda todos os comportamentos do homem no trabalho (modos operativos, estratégias, raciocínios, posturas,...), e explora seus resultados para descrever da melhor forma possível as diversas atividades orientadas para a ação.
- ◆ Terceira Etapa: Consiste na síntese ergonômica do trabalho, sendo dividida em duas etapas:
 - estabelecimento do diagnóstico da situação de trabalho e
 - elaboração do caderno de encargos de recomendações ergonômicas.

O ergonomista não visa em primeiro lugar uma transformação radical da sociedade e da economia, e sim procura nas circunstâncias que encontram, formular propostas aplicáveis pela empresa, ou seja: “As conclusões da análise ergonômica, devem conduzir e orientar modificações para melhorar as condições de trabalho sobre os pontos críticos que foram evidenciados, assim como melhorar a produtividade e a qualidade dos produtos ou serviços que serão produzidos ou realizados” (Santos, 1995).

4.4.1.1. Análise da Demanda:

A demanda baseou-se na hipótese de que neste tipo de serviço a organização do trabalho tem uma forte influência no desempenho dos funcionários, na medida em que isto gera diferenças no entendimento do trabalho.

Em conversa com a chefia deste serviço, foram descritos alguns problemas resultantes das disfunções da organização do sistema implantado que evidenciam esta inadequação da organização do trabalho: como irritabilidade, discussões e tensões entre os fiscais, rarefação das reuniões coletivas fora do local de trabalho, vivência de injustiça, entre outros.

4.4.1.1.1. Delimitação da Demanda:

Como este serviço possui funções altamente complexas e devido a questão do tempo disponível para realizar este trabalho, limitou-se a intervenção ao posto de trabalho dos fiscais sanitaristas e principalmente as questões cognitivas do trabalho, relacionadas com as diferenças no entendimento do trabalho.

4.4.1.2. Análise da Tarefa:

A Vigilância Sanitária possui um saber elaborado acerca do que é sanitário, do que é saudável e do que é doente. A população, por sua vez, tem um conhecimento superficial, empírico, dessa questão. O desafio da Vigilância Sanitária é fazer a ruptura entre este saber empírico e fazer a população acessar o saber elaborado que ela detém.

Portanto a Vigilância Sanitária não pode restringir-se à fiscalização, ela deve exercer uma dupla função: fiscalizar e educar (orientar).

Nessa divisão esta dupla função foi contemplada da seguinte maneira:

➤ Fiscalização:

Esta divisão fiscaliza o setor de alimentos (todos os estabelecimentos que comercializam, manipulam ou fabricam alimentos), o meio ambiente (atendendo situações de zoonoses e de saneamento básico como: esgoto, lixo, entre outras.) e saúde do trabalhador (onde atua mais objetivamente na área de construção civil devido a grande incidência de acidentes nesta atividade).

Atendendo também a liberação de habite-se e do Alvará Sanitário e as denúncias referentes a sua área de atuação.

Além destas atividades estão previstas (de acordo com o Plano Anual de Trabalho para 1997) as seguintes ações:

- implantar o canil municipal (sistema de coleta e destino final para cães e gatos);
- implantação de um laboratório de análise de efluentes;
- assumir a responsabilidade pela fiscalização e liberação dos Alvarás Sanitários referentes aos estabelecimentos na área de saúde;
- analisar projetos hidrosanitários do município;

- ampliar a fiscalização da Saúde do Trabalhador para outras áreas de risco.

➤ **Educação:**

Atualmente a divisão distribui um Manual do Manipulador de Alimentos, ministra cursos para os manipuladores sempre que solicitada (como antes das festas populares: festa da laranja, festa da tainha, etc.) e ministra uma palestra de duas horas para os ambulantes no início da Operação Verão.

De acordo com o Plano Anual de Trabalho para 1997, estão previstas as seguintes ações:

- treinamento dos fiscais para capacitação profissional;
- estruturação de equipe para realização de atividades educativas na área ambiental (nas comunidades, escolas, etc.);
- preparação de material (Cartilha do Manipulador) para orientação na área de manipulação de alimentos;
- realizar uma campanha para divulgar as atividades do Programa da Saúde do Trabalhador.

4.4.1.2.1. Descrição da Tarefa:

As tarefas dos fiscais sanitaristas foram assim prescritas pela chefia:

- Alimentos: vistoriar todos os estabelecimentos que comercializam, manipulam ou fabricam alimentos;
- Meio Ambiente: Atender as situações de zoonoses (de qualquer natureza) e de saneamento básico de qualquer natureza (água, esgoto, lixo, etc.);
- Saúde do Trabalhador: Vistoriar principalmente a área de construção civil.

Sendo que todos os fiscais, independente da sua formação devem ser aptos para vistoriar as três áreas especificadas e conhecer as legislações referentes a cada uma destas áreas de atuação.

Avaliando a tarefa quanto a produtividade, esta é calculada em cima dos documentos emitidos onde o Auto de Multa, de Infração e de Apreensão (Análise Fiscal ou Inutilização) valem 10 pontos; o Auto de Intimação e os Processos Informados valem

15 pontos; a Vistoria de Rotina, a Reclamação Concluída, a Correspondência Entregue e a Interdição valem 5 pontos.

Para grandes estabelecimentos e vistorias da saúde do trabalhador os fiscais assinalam seus documentos com um asterisco e tem os valores destes documentos dobrados.

Os primeiros 200 pontos obtidos não contam para a produtividade (é o mínimo que o fiscal tem que produzir) e para ganhar o teto os fiscais devem obter para área de alimentos 2.500 pontos e para a área de saneamento e saúde do trabalhador 1.800 pontos. Caso eles obtenham mais que este máximo, estes valores são descartados.

A pontuação do plantão é calculada sobre a média da produção mensal do setor (o que geralmente equivale a um dia de trabalho).

4.4.1.2.2. A Tarefa Efetiva (ou Redefinida):

- Elaborar o roteiro de vistoria;
- Deslocamento até os locais de vistoria e durante a vistoria;
- Comunicação interpessoal: entre os fiscais e entre o fiscal e o vistoriado;
- Conhecimento da legislação específica;
- Detectar os problemas existentes no local da vistoria;
- Preenchimento ou não do Auto de Intimação, Infração, Multa, etc. (dependendo de sua avaliação da situação): aqui é importante frisar que o serviço deve seguir um padrão onde espera-se que independente da equipe que realizou a vistoria, o resultado desta seja o mesmo. Ou seja, se um estabelecimento é interditado esta decisão seria tomada, se outra equipe tivesse realizado a vistoria;
- Orientação do vistoriado, de forma a esclarecer o porque de cada item relacionado no auto de intimação, o risco referente a este procedimento adotado pelo estabelecimento, que artigos este estabelecimento está infringindo e como sanar estas irregularidades;
- Definição dos prazos para que o vistoriado cumpra as exigências feitas pelo fiscal;
- Elaboração do relatório de atividades: semanal e mensal no serviço;
- Despacho dos processos vistoriados no dia.

4.4.1.3. Análise das Condições Ambientais:

Os fiscais sanitaristas passam a maior parte do tempo na rua em vistorias, não ficando portanto muito tempo dentro do setor. Devido a esta característica, teve-se o cuidado de separar as entrevistas quanto ao ambiente dentro do serviço e durante as vistorias.

Quanto aos equipamentos de segurança (como botas, capacete, luvas, entre outros), 46,7% dos fiscais afirmaram que não os possuem.

- Para os fiscais é geralmente difícil determinar que condições terão ter que enfrentar na vistoria. Eles conseguem antever o que irão encontrar se já tiverem realizado alguma vistoria no estabelecimento. Com isto, algumas saídas do serviço se dão em condições de tensão, quando no roteiro encontra-se algum estabelecimento que os fiscais consideraram problemático;
- A equipe deve vistoriar todo o estabelecimento, em cada vistoria enfrenta uma condição diferente como: estado de ânimo do proprietário do estabelecimento, choques térmicos devido a uma área de manipulação muito quente e posterior entrada em uma câmara fria (o que ocorre por exemplo em cozinhas industriais), verificação de depósito (que pode ser escuro, mal ventilado,...), etc.;
- Os fiscais podem ter que enfrentar mal cheiro (geralmente encontrado em vistorias de saneamento).

4.4.1.3.1. Ambiente Arquitetônico:

Os fiscais dividem uma sala e 86,7% dos fiscais declararam que este espaço de trabalho era satisfatório. Quanto ao mobiliário utilizado esta de acordo com o tamanho e a tarefa a ser executada (mesas e cadeiras de madeira), 73,3% dos fiscais concordaram com esta afirmação.

4.4.1.3.2. Ambiente Térmico:

No local de trabalho 80% dos fiscais avaliaram o ambiente térmico como satisfatório, porém quanto ao ambiente térmico das vistorias 33,3% dos fiscais

classificaram-no como pouco adequado e 80% indicaram enfrentar problemas com choques térmicos regularmente (principalmente entrada em câmaras frias sem equipamento adequado).

4.4.1.3.3. Ambiente Sonoro:

Os fiscais em geral não identificaram o ruído externo ou dos equipamentos do local de trabalho como prejudiciais à realização de alguma tarefa (66,7%). Porém houveram relatos de problemas com ruídos durante as vistorias (13,3%).

4.4.1.3.4. Ambiente Luminoso:

Quanto ao ambiente luminoso 93,3% dos fiscais não consideravam-no como um transtorno para a realização das tarefas.

4.4.1.3.5. Condições Biológicas de Trabalho:

Foram relatados problemas quanto a fumaça de cigarros (40%) e 20% dos fiscais indicaram problemas durante a vistoria com relação ao contato com lixo e esgoto.

4.4.1.4. Exigências Mentais:

Utilizou-se o Cardiobaquimetro para evidenciar as alterações das exigências cardíacas durante as vistorias. Desta maneira evidenciou-se que a média da frequência cardíaca durante as vistorias foi 8,3% maior que em atividades normais.

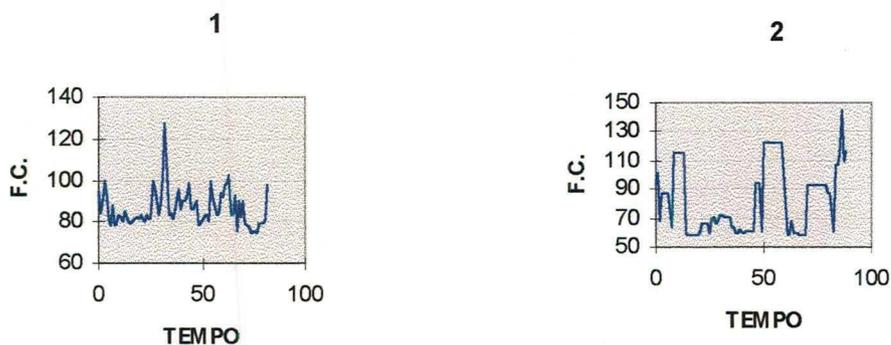
Diversos autores descrevem que técnicas de medidas eletrofisiológicas podem não ser por si só, significativas da carga mental de trabalho. Porém objetivou-se ao utilizar o cardiobaquimetro, evidenciar se discussões durante as vistorias, afetariam o fiscal a ponto de alterar seu batimento cardíaco. E esta relação foi positiva, sempre que ocorreram discussões ou tensões (quando da inutilização de produtos), esta sobrecarga foi evidenciada, conforme gráfico 4 e gráfico 1.

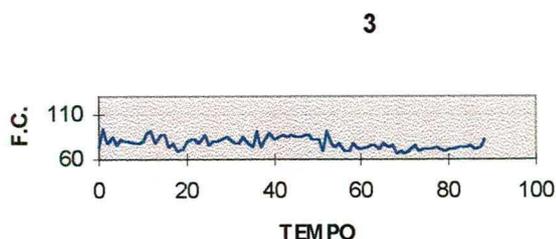
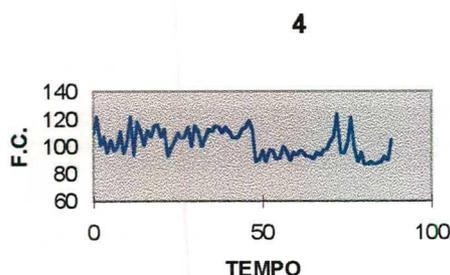
As principais exigências detectadas foram:

- diferentes tipos de vistorias e legislações específicas para cada uma;
- nível de atenção durante a vistoria para não deixar de detectar os riscos;
- número de informações que necessitam ser memorizadas para ser transmitidas durante a vistoria;
- importância do preparo técnico necessário;
- ansiedade com relação as discussões mais acaloradas, necessidade de interdição ou inutilização de produtos (observou-se um pico de 102 batimentos por minuto durante uma discussão conforme gráfico número 01);
- outro ponto importante verificou-se no gráfico 04, onde o fiscal separou um roteiro cuja primeira vistoria se referia a uma denúncia em um estabelecimento reincidente (o que preocupava o fiscal, pois o conteúdo da denúncia indicava haver necessidade de inutilização de alimentos). A média da frequência cardíaca deste fiscal, desde a saída do serviço até o término da referida vistoria foi de 111,05 batimentos por minuto, baixando em seguida após esta atividade sobre estresse para 95 batimentos por minuto. Apresentando uma diferença de 16,9% de uma em relação a outra.

	Gráfico 01	Gráfico 02	Gráfico 03	Média Geral
Média das Atividades Normais	83.61	80.49	74.83	79.64
Média das Vistorias	90.84	87.28	82.14	86.75

Tabela 5: Médias de batimentos cardíacos de cada gráfico, diante de cada atividade.





4.4.1.5. Exigências Físicas:

- deslocamentos a pé, como por exemplo vistoria de saneamento ou habite-se onde o fiscal deve deslocar-se por uma longa distância até chegar ao ponto de vistoria (as vezes subindo ribanceiras, como por exemplo em favelas), entre outros;
- turno de seis horas sem intervalo;
- ritmo livre;
- gasto de energia em função da tensão de evitar erros.
- observou-se um pico de 127 batimentos por minuto durante a subida e uma encosta íngreme (conforme gráfico 01).

4.4.1.6. Ambiente Organizacional:

Os maiores problemas foram relacionados ao clima organizacional, onde 100% dos fiscais classificaram como importante a integração dentro do setor. Vários fiscais pediram um curso de relações humanas para a divisão e 26,7% classificaram a integração dentro do setor como ruim (60% como satisfatória e apenas 13,3% como ótima).

Conforme a figura 8, os maiores problemas organizacionais se devem ao item relacionamento.

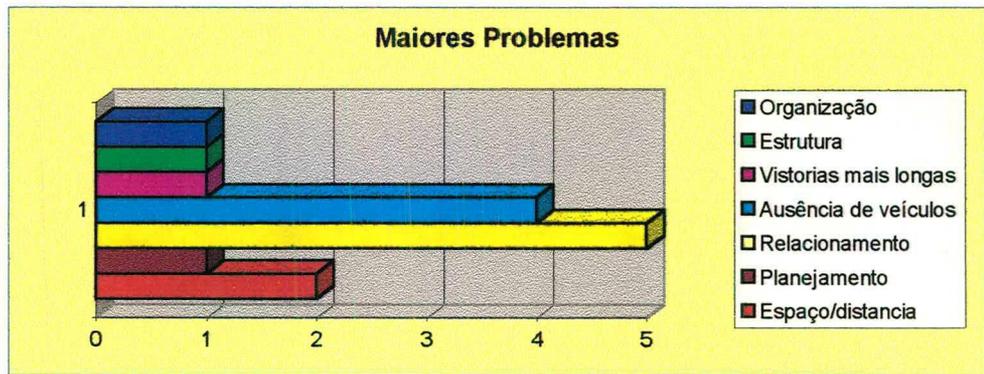


Figura 8: Maiores Problemas

A figura 9 evidencia os problemas relativos ao entendimento do serviço por parte de cada fiscal, que refletem como os principais problemas o excesso de instruções e a falta de objetividade nas informações transmitidas.

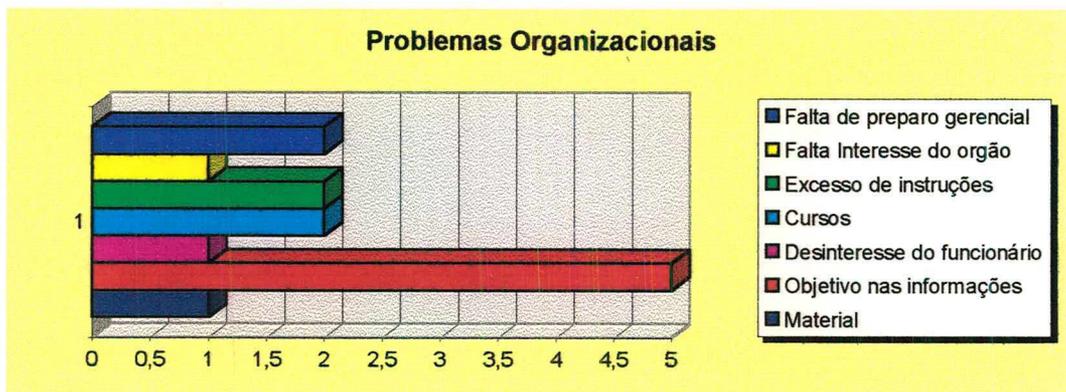


Figura 9: Problemas Organizacionais

Quanto a outros aspectos do serviço:

- 93,3% dos fiscais receberam treinamento formal antes de executar as suas tarefas (curso em vigilância sanitária);
- 93,3% dos fiscais afirmaram ser adequado o poder de decisão dentro do serviço;
- 40% dos fiscais definiram o serviço como muito agitado;
- quanto a questão do acúmulo das tarefas 60% das fiscais sanitaristas a descreveram como muito preocupante;
- 53,3% dos fiscais se preocupam com a variedade das tarefas (26,7% se declaram indiferentes e apenas 6,7% acham que este aspecto não é preocupante) e 46,7% dos fiscais prefeririam ter uma área mais restrita de atuação;

- 86,7% deles se preocupavam com o tratamento dos erros cometidos e 73,3% dos fiscais declaram achar que a qualificação e competência dos funcionários estão parcialmente dentro do esperado;
- quanto aos equipamentos 40% dos fiscais afirmaram que estes não estavam de acordo com as suas necessidades.

4.4.1.7. Análise da Atividade

4.4.1.7.1. A Equipe de Vistoria:

- As vistorias são realizadas em duplas, que são definidas pela chefia a cada seis meses (a dupla da saúde do trabalhador é fixa). Cada dupla é responsável por uma área da cidade.

4.4.1.7.2. A Elaboração do Roteiro de Vistorias:

- Os fiscais chegam ao serviço e começam a elaborar o roteiro. O roteiro é escolhido entre os processos encaminhados pelo protocolo e as denúncias encaminhadas pela chefia. Todos os dias os fiscais recebem novos processos e assinam o recibo de cada um.
- Após o recebimento os fiscais separam do processo o croqui (que é um mapa, geralmente desenhado pelo contador do estabelecimento, com indicações que facilitem a tarefa dos fiscais em encontrar o estabelecimento), o termo de inspeção (que é preenchido antes da saída pelos fiscais) e o despacho que são colocados na prancheta para serem levados ao campo.
- Os estabelecimentos são escolhidos para serem vistoriados pela proximidade entre eles (no caso de alimentos e saneamento) ou devido a região eleita pela equipe (no caso da saúde do trabalhador, que elegem uma região e param para vistoriar as obras encontradas na área).
- As equipes de saneamento e alimento fazem uma autoregulação quando da escolha do roteiro, uma vez que elaboram um roteiro mais leve caso estejam mais nervosos ou indispostos. No caso da saúde do trabalhador esta autoregulação é dificultada porque o serviço é realizado em cima de uma região pré-determinada.

- Outra diferenciação que ocorre são as poucas denúncias recebidas pela saúde do trabalhador, sendo que estas se referem a reclamações quanto a altura do som em bares, boates, igrejas, etc.

4.4.1.7.3. O Deslocamento até os Locais de Vistoria:

- Ultimamente existe uma escala para os carros, uma vez que a divisão encontra-se com problemas quanto ao número de carros (que é insuficiente) e principalmente com os motoristas (que faltam, ficam doentes, são deslocados para atender outra divisão, etc.).
- Aqui existe uma incompatibilidade com o horário dos motoristas e dos fiscais, pois os motoristas possuem um horário diferenciado.
- Outro problema enfrentado é o deslocamento do carro designado para a divisão, que possui rádio e identificação lateral, para outros setores.
- No caso de não haver carros os fiscais as vezes saem para fazer vistorias a pé (próximo a sede da divisão), pedem carona a outra equipe ou ficam no serviço realizando serviços internos.

4.4.1.7.4. O Serviço Interno:

- Onde são colocados os relatórios em dia, onde é realizado o planejamento das atividades e despacho de processos.
- Os planejamentos das equipes de alimentos/saneamento são mais imediatos, uma vez que o planejamento envolve geralmente a elaboração do roteiro para a semana.
- No planejamento das vistorias da saúde do trabalhador evidenciou-se uma preocupação a longo e médio prazo, onde existe um planejamento para 97/98 (ainda não aprovado). Neste planejamento não estão somente atividades de vistoria, foram priorizadas a implantação de um Sistema Municipal de Informações, atividades educativas, avaliação dos atendimentos realizados pelos ambulatórios (para se definir com base nestes dados levantados, as ações visando a prevenção dos acidentes de trabalho).

4.4.1.7.5. A Vistoria Propriamente Dita:

- Na chegada no Estabelecimento os fiscais mostraram três tipos de comportamento:
 1. Os fiscais se apresentam e se identificam como sendo da V.S.
 2. Os fiscais se apresentam, esclarecem o motivo da vistoria e mostram as credenciais.
 3. Em alguns locais eles apenas cumprimentam o proprietário, já conhecido, e seguem a vistoria.
- Em seguida solicitam ao proprietário ou responsável pelo estabelecimento que acompanhe a vistoria ou simplesmente iniciam a vistoria.
- Durante a vistoria um dos fiscais geralmente toma a frente (em algumas equipes é sempre o mesmo, enquanto que em outras eles alternam-se), e eles se deslocam por todo o estabelecimento. Durante o deslocamento são abertos todos os armários, dispositivos de frio e calor, gavetas, verificadas as rotulagens dos produtos, etc., de modo que todos os pontos sejam vistoriados. Alguns fiscais a medida que vão encontrando as irregularidades vão alertando o responsável, enquanto outros não falam nada. Nenhuma equipe de alimentos usou os termômetros.
- Algumas equipes que se depararam com utensílios de madeira, os separaram para apreensão. Mas este não foi um comportamento adotado por todos os fiscais acompanhados.
- Quando foram encontrados produtos vencidos, ou com suas características organolépticas alteradas, estes foram separados e pesados. Após foram inutilizados no próprio local, dentro de recipientes para lixo. Os fiscais abrem então todas as embalagens e colocam azul de metileno (que é fornecido pelo serviço) ou na sua falta, utilizam algum produto do próprio estabelecimento (desinfetante, detergente, água sanitária, hipoclorito de sódio, etc.).
- Quanto aos produtos sem procedência, estes não foram inutilizados, mas algumas equipes alertam os proprietários da irregularidade de tal fato. Notou-se descontentamento por parte dos fiscais quanto aos produtos “coloniais” por não poderem ser inutilizados, por determinação da chefia.
- Quando ocorreram inutilizações os responsáveis pelo estabelecimento iniciaram discussões, que os fiscais tiveram que contornar.

- Após a vistoria os fiscais definem se há necessidade ou não do preenchimento de algum auto e preenchem o termo de inspeção. Em cada equipe os fiscais saem com uma pasta onde carregam um bloco de cada auto (intimação, dividido em dois, um para intimar e outro para apreensão ou inutilização; multa; infração; legislação; algumas equipes tinham termômetro; boné; lacre e faixa de interdição).
- Para o preenchimento dos documentos, cada fiscal preenche um documento. Por vezes, o fiscal que ficou na retaguarda começa o preenchimento do auto para agilizar o serviço, antes do término da vistoria e completa com as informações do outro fiscal. Em alguns casos, o mesmo fiscal que fez a vistoria também preencheu os documentos, com muito pouca atuação do companheiro durante todo o processo.
- Alguns fiscais entregam o auto para que o vistoriado assine (e se ele começar a ler eles o interrompem, apressando-o para assinar), enquanto outros lêem todo o auto e o explicam para o vistoriado, antes deste assiná-lo.

4.4.1.7.6. O Preenchimento dos Autos:

- existem vários modelos de auto utilizados, porém em geral, eles se parecem nos seguintes pontos:
- Os campos referentes ao autuado: onde são preenchidos os dados do estabelecimento (nome, endereço, CGC ou CIC, número do alvará e atividade);
- O campo referente ao enquadramento legal: onde toda exigência feita, deve ter um correspondente legal. A maioria dos fiscais utiliza a memória para o preenchimento deste campo, porém em alguns casos é necessário consultar a legislação.
- O campo referente a descrição das exigências: onde são arroladas todas as irregularidades detectadas na vistoria escritas na forma de como corrigi-las.
- O campo referente aos prazos para o cumprimento das exigências (auto de intimação): onde as vezes este é negociado com o proprietário que deva fazer alguma reforma ou comprar algum equipamento mais caro.
- Assinatura das autoridades sanitárias: cada fiscal tem um carimbo, então o auto é carimbado e em seguida assinado por cada fiscal.
- Após estes procedimentos, o auto é entregue para o responsável pelo estabelecimento para assinar, que em seguida recebe a primeira via deste documento.

4.4.1.7.7. A Saída do Estabelecimento:

- Os fiscais se despedem e em alguns casos avisam o período em que estarão retornando para uma revistoria.
- Os fiscais se dirigem para o carro, ou dão continuidade do seu roteiro a pé (muito freqüente em vistorias do centro da cidade).

4.4.1.7.8. Procedimentos no Retorno ao Serviço:

- a equipe senta-se e inicia o preenchimento do relatório semanal e mensal (cada fiscal preenche um);
- após a equipe espera o protocolo abrir para registrar no computador o andamento de cada processo (para este acesso cada fiscal tem uma senha);
- os processos deferidos são entregues no protocolo para emissão do alvará;
- os processos indeferidos retornam para a gaveta do setor, onde aguardam até o final do prazo relacionado para a revistoria. Ou em casos graves, são realizadas revistorias periódicas até o cumprimento de todas as exigências.
- ocorre um repasse de informações para a chefia quando da ocorrência de problemas ou interdições durante as vistorias do período (as equipes da manhã geralmente informam a chefia por meio de bilhetes, enquanto as da tarde podem se comunicar diretamente).

4.5. DIAGNÓSTICO:

4.5.1. Quanto ao Treinamento:

- grande dificuldade de manter as equipes niveladas tecnicamente (observou-se procedimentos bastante diferenciados em cada equipe acompanhada, tanto na postura do fiscal como no nível de exigências destas equipes).
- falta de preparo do pessoal de apoio quando da ocorrência de incidentes críticos (envolvimento do motorista nas discussões com os vistoriados).
- detectar os problemas existentes no local da vistoria e relacioná-los com a legislação.

4.5.2. Organizacional:

- falta de equipamentos de segurança (como botinas, jaleco para câmara fria, capacete, etc.) e de suporte para a vistoria (como termômetros eficientes, luvas descartáveis para uso durante a inutilização de alimentos, etc.). Verificou-se que a falta destes equipamentos tem influenciado na qualidade do serviço prestado: por exemplo, a falta de termômetros eficientes deixa o fiscal mais exposto a contestação por parte do vistoriado quando da exigência da manutenção dos alimentos perecíveis em temperatura adequada, fato que acredita-se está contribuindo para que os fiscais não avaliem o risco da inadequação desta temperatura (uma vez que algumas das equipes acompanhadas, não se atentam para este problema).
- preocupação em atingir a produtividade, aliada a falta de veículos e motoristas, interfere no tempo disponível para cada vistoria, o que reduz as ações preventivas (uma vez que as orientações durante as vistorias estão bastante reduzidas).
- prioridades das ações da divisão ainda não foram estabelecidas, sendo que os roteiros são elaborados a partir da demanda dos serviços, fato muito citado como ações voltadas para “apagar incêndios”.
- o horário diferenciado para os motoristas e protocolo (que permanece fechado durante todo o turno matutino), acarreta dificuldades no cumprimento das metas de produção definidas por cada equipe de trabalho.
- quanto ao entendimento do serviço por parte de cada fiscal, verificou-se que 53,3% dos fiscais atribuíram o excesso de instruções e a falta de objetividade nas informações transmitidas como os fatores que mais contribuíam para que os mesmos ficassem desatualizados.
- a preocupação em atingir a produtividade, aliada a falta de veículos e de motoristas, interferindo no tempo disponível para cada vistoria, o que reduz as ações preventivas (uma vez que as orientações durante as vistorias estão bastante reduzidas).

4.5.2.1. Ambiente da Fiscalização:

- evidenciou-se uma alta carga cognitiva no trabalho que afeta frequência cardíaca fisiológica dos fiscais, uma vez que o público alvo também encontrou-se despreparado para interagir com a fiscalização, muitas vezes sentindo-se invadido, ou até mesmo

injustiçado durante uma vistoria. Em situações críticas esta alteração foi superior a detectada durante uma vistoria de rotina, onde conclui-se que existe um despreparo por parte dos fiscais em lidar com situações estressantes.

4.5.2.2. Variáveis Externas:

O deslocamento do carro designado para a divisão, que possui rádio e identificação lateral, para outros setores prejudica o trabalho devido a principalmente dois fatores:

- 1º. no caso de uma emergência onde há a necessidade de contatar com a chefia do serviço para indicar que um estabelecimento foi interditado, para pedir apoio policial, etc. Para contornar este problema verificou-se que os fiscais que possuem telefone celular, os levam para o campo para fazer este tipo de contato.
- 2º. para as equipes do centro, existe uma dificuldade relacionada com estacionamento, que foi contornada passando o número das placas dos carros da vigilância para os responsáveis pelos estacionamentos centrais, obtendo um passe livre. No caso das equipes saírem com o carro de outro serviço ou divisão, este acesso é negado.

4.6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES:

4.6.1. Quanto ao Treinamento:

- um bom treinamento daria um suporte adequado aos fiscais valorizando as ações preventivas, ao educar e orientar os vistoriados (que é tão ou mais importante do que atingir a meta de produtividade), conseqüentemente melhorando a qualidade do serviço prestado. Sugere-se um treinamento baseado na análise dos pontos críticos e de maior risco epidemiológico para cada área de atuação com o objetivo de nivelar tecnicamente as equipes.
- capacitação técnica e visitas de intercâmbio a outras vigilâncias (acompanhando efetivamente as vistorias).
- treinamento do pessoal de apoio e a determinação de diretrizes para cada profissional, de forma a não interferir na área das atuação de outro profissional

4.6.2. Organizacional:

- elaboração conjunta (chefia e subordinados) de uma meta para a divisão, seguida de um plano de objetivos para cada área de atuação e dentro destes definir as prioridades do setor. Sugere-se a fixação destes pontos em cartazes que sejam fixados em cada área, para que possam ser observados diariamente pelas equipes.
- definição das prioridades do serviço traçados pela chefia, de forma clara e objetiva. A realização de reuniões técnicas freqüentes (mensais ou quinzenais), ajudam a definição das prioridades.
- áreas mais restritas de atuação, observando a qualificação profissional de cada um.
- é necessário a avaliação do serviço dos fiscais, estabelecendo-se indicadores (analisando o auto preenchido), que meçam não só eficiência, mas também a eficácia do serviço.
- sugere-se que os fiscais do período matutino tenham acesso aos computadores do protocolo que ficam ociosos e adequação do horário dos motoristas às necessidades da divisão.
- garantir a escala de veículos e motoristas, pois são instrumentos fundamentais a realização deste serviço.
- aquisição de equipamentos básicos (como os termômetros e de segurança). Sugere-se que sejam incluídos no orçamento da divisão, para facilitar a liberação das verbas.

4.6.2.1. Ambiental:

- treinamento de relações humanas, de motivação de pessoal e acompanhamento psicológico com a finalidade de amenizar as relações estressantes.
- mudança do horário do turno (como por exemplo: 7:30 - 13:30 e das 13:00 - 19:00), com a finalidade de interagir os fiscais de forma que possam trocar experiências e proporcionar um clima que favoreça os encontros ou atividades esportivas fora do horário de trabalho. A mudança no horário também funcionaria como meio para nivelar os fiscais através de repasse de informações.
- alteração do “layout” com a finalidade de respeitar as individualidades de cada um (exemplo: sala para fumantes, sala para lanches, etc.).
- fazer reuniões reuniões com associações (ex.: supermercadistas, de construção civil, etc.), com o objetivo de sanear dúvidas quanto aos procedimentos adotados pela divisão , criando um mecanismo de “feedback” com seu público alvo.

- entregar o manual de manipulação de alimentos sempre que for realizada uma vistoria inicial em um estabelecimento de alimentos.
- confecção de um manual para saúde do trabalhador e saneamento para divulgação das informações prioritárias destes setores.
- criar um vínculo com a imprensa de forma a divulgar o serviço e realizar um trabalho educativo com a comunidade.

4.6.3.2. Variáveis Externas:

- Utilização do carro designado para a divisão, pela divisão.

As organizações, para gerar qualidade, devem investir e valorizar seus funcionários, não apenas capacitando-os tecnicamente, mas também desenvolvendo suas habilidades e virtudes, liberando a capacidade criativa e de iniciativa.

Para envolver os recursos humanos, na produção da qualidade, além de capacitá-los deve-se criar um ambiente favorável ao trabalho e motivá-los. Contudo é necessário realizar um diagnóstico das condições de trabalho atuais, para que se possa planejar para o futuro.

Com base nos problemas reais que foram detectados, a Análise Ergonômica nos permite, na medida que detalha a situação de trabalho, uma contribuição efetiva neste processo.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES GERAIS

5.1. CONCLUSÕES GERAIS:

Durante este estudo evidenciou-se a importância das instituições valorizarem seus recursos humanos, devido ao fato de que se melhorarmos a sua qualidade de vida no trabalho, esta melhoria afetará sua produtividade, trazendo-lhe satisfação no emprego. Hoje sabe-se que as questões relativas aos recursos humanos são fundamentais para o desempenho de qualquer organização, sendo necessário um desenvolvimento planejado e contínuo destes, num processo que assegure a implantação e manutenção de uma nova cultura institucional voltada para os compromissos sociais da organização, ou seja o atendimento do interesse público.

Para tanto realizou-se um estudo de caso na Vigilância Sanitária, onde pesquisou-se as mudanças no cenário da saúde pública no Brasil, após a promulgação da Constituição de 1988 e sugeriu-se a implantação de Programas de Qualidade por acreditarmos que estes poderiam influenciar o planejamento estratégico, requerendo a fixação de metas, diretrizes e objetivos institucionalizando a preocupação em fazer certo já da primeira vez. Com isto os recursos seriam investidos e utilizados de forma eficaz, contra o atual modelo de “apagar incêndios”.

Por termos estudado um serviço, aí implicadas as dimensões de consumo e produção, pode-se dizer que sua realização é uma função que envolve múltiplos interesses, onde destacam-se no caso da Vigilância Sanitária duas clientelas distintas: a comunidade em geral e os comércios e prestadores de serviços vistoriados, ambos com expectativas e necessidades diferenciadas.

Para que estas necessidades sejam supridas e as expectativas atendidas é necessário que se adote novas práticas de gestão, com enfoque na produção da qualidade e destacando-se os pontos relativos à organização do trabalho e os recursos humanos.

Porém para produzir com qualidade, é necessário um bom diagnóstico da situação atual do trabalho na instituição e um nível adequado de condições ambientais e de relações no trabalho, pois a qualidade se obtém por meio das pessoas e não somente via tecnologia.

Para realizar um diagnóstico centrado nas pessoas utilizou-se a Análise Ergonômica do Trabalho que se revelou uma ferramenta eficaz. Porque ao narrar-se as atividades desenvolvidas pelo homem para realizar a tarefa prescrita, obteve-se um diagnóstico preciso das reais condições de trabalho. Com isto tem-se facilitada a elaboração de recomendações ergonômicas para o prestador de serviço estudado. E verificou-se que a ergonomia permitiu evidenciar aspectos que conduziram à melhoria das condições de trabalho e a preservação da saúde dos trabalhadores.

Os resultados da pesquisa demonstraram que com relação a população em geral, existe um desconhecimento dos serviços prestados pela Vigilância Sanitária. Das pessoas da comunidade entrevistadas, que podem e devem participar dos Conselhos de Saúde, as ações mais citadas foram referentes a fiscalização da área de alimentos (58,7%), sendo que 30% se referiram apenas aos aspectos de higiene.

Com relação aos comércios e prestadores de serviços vistoriados, 65% não conheciam a Legislação Sanitária antes de serem vistoriados pela primeira vez e ainda hoje 94% não possuem cópia da legislação.

É impossível cumprir uma legislação que não se conhece. Portanto durante as entrevistas muitos gerentes relatavam a necessidade de maiores esclarecimentos durante as vistorias, porque já foram multados ou tiveram produtos inutilizados ou apreendidos sem entender a razão (23,5%). A totalidade das pessoas entrevistadas já havia recebido algum tipo de autuação, porém não souberam responder o motivo mais freqüente destas, pois não possuíam o hábito de consultar os autos para sanar as irregularidades mais corriqueiras.

Evidenciou-se assim, o problema crônico da interface entre os fiscais e os vistoriados, que por não conhecerem a legislação e os serviços prestados pela Vigilância Sanitária acabam sentindo-se intimidados pelos fiscais (53% os descrevem como muito duros, arrogantes, detalhistas demais, não ouvem as justificativas, etc.), sentem-se injustiçados (29% acreditam haver padrões diferenciados para vistorias), não

compreendem o porque das apreensões (12%), entre outros procedimentos negativos descritos.

Quanto aos fiscais sanitaristas a situação mostrou-se bastante preocupante, uma vez que estes devem trabalhar diretamente com o público em diversos tipos de situações, sem que tenham recebido algum tipo de curso de relações humanas. Além disto 47% dos fiscais não possuem equipamentos de segurança (como luvas, capacete, jaquetas para câmaras frias, etc.).

Quanto as exigências do serviço (mentais e físicas), estas acabaram por refletir-se nos ritmos biológicos dos fiscais, uma vez que a média da frequência cardíaca elevou-se aproximadamente 8% durante as vistorias.

Estas freqüentes sobrecargas, podem gerar problemas organizacionais como os verificados no setor quanto ao clima organizacional (onde apenas 13% dos fiscais consideravam a integração dentro do setor como ótima), com discussões e irritabilidade freqüente entre os fiscais.

Outra razão de sobrecarga foi a preocupação com o tratamento dos erros cometidos (existente entre 87% dos entrevistados), embora 40% dos fiscais afirmassem que os equipamentos fornecidos pelo serviço não estavam de acordo com as suas necessidades.

Com base neste diagnóstico propõem-se ferramentas para criar um ambiente favorável ao trabalho em equipe e à implantação de Programas de Qualidade, como o 5S, e elaborou-se recomendações com o objetivo de melhorar tanto a qualidade de vida do trabalho dos fiscais sanitaristas, quanto a qualidade do serviço prestado para a população, uma vez que criamos um “feedback” onde foram ouvidas suas necessidades e expectativas.

5.2. SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS:

Como continuidade a este trabalho, propõem-se realizar um estudo semelhante em outros prestadores de serviço da área da saúde, com o objetivo de verificar se as condições aqui relatadas repetem-se em outros setores.

Sugere-se realizar um estudo nos serviços de Vigilância Sanitária com uma equipe multidisciplinar, para aprofundar os aspectos referentes as exigências físicas e mentais; e com a abrangência de todos os postos de trabalho e não somente o dos fiscais sanitaristas.

ANEXOS

Objetivos da Vigilância Epidemiológica quanto a SAÚDE DO TRABALHADOR	Objetivos da DRT quanto a INSPEÇÃO DO TRABALHO
As doenças profissionais e do trabalho invariavelmente são irreversíveis e os acidentes de trabalho deixam seqüelas em regra permanentes. A medicina curativa ou assistencial pouco ou nada adianta nesta área. Portanto a prevenção no próprio ambiente de trabalho é o meio mais eficaz no combate à doença e acidentes do trabalho.	Antes determinadas ações referentes à saúde do trabalhador estavam na alçada do Ministério do Trabalho, porque este abrangia a previdência social (que era responsável pela assistência à saúde do trabalhador urbano e rural, pelos benefícios, auxílios, pensões, aposentadorias, acidentes do trabalho e a reabilitação profissional).
Conjunto de atividades que visam a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores, incluindo-se aí a fiscalização e controle dos processos ambientais de trabalhos implementados através de ações de Vigilância epidemiológica e sanitária.	Engloba somente a relação empregador-empregado ou seja, o conjunto de todas as ações e serviços que digam respeito às relações do trabalho, isto é, à verificação do cumprimento da legislação trabalhista (CLT), como registro do trabalho em carteira, trabalho de menor, cumprimento da carga horária, horas extras, trabalho noturno, etc.
Abrange todo e qualquer trabalhador, regido ou não pelas leis trabalhistas (CLT) e todo e qualquer ambiente de trabalho, público ou privado, urbano ou rural.	Abrange empresas privadas.
Fiscalização do ambiente do trabalho visando à saúde do trabalhador (riscos que os trabalhadores estão expostos).	Inspeção do Trabalho.
Constituição Art. 200, Lei 8080, Código Sanitário, Decreto que o regulamenta (7465), Normas Regulamentadoras NR 18 e 27.	CLT e as Normas Regulamentadoras.
Direito inerente à condição humana - o direito à saúde (CF/88, Art. 6 e Art. 200 inc. II e VIII) e LOS (Art. 6 parag. 3, inc. III e IV).	Competência privativa da união (Ministério do Trabalho - Art. 21 inc. XXIV da CF/88 e Art. 154 da CLT).

Tabela 5: Funções atribuídas aos diferentes órgãos.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ERGONOMIA

QUESTIONÁRIO PARA O CHEFE DE SERVIÇO

1. Existe algum tipo de programa para controlar serviços com baixa qualidade?

2. Existe algum tipo de programa (prático/concreto) para a melhoria dos serviços prestados?

3. Quantas reuniões são realizadas em média por mês?

4. Existe algum programa de avaliação do serviço prestado através de consultas aos clientes? E aos funcionários?

5. Existem dados estatísticos de produtividade, de qualidade que são apresentados aos funcionários?

6. Quantas vezes em média por mês você detectou falhas? Que tipo? (Alvarás com atividades erradas, erros no preenchimento dos autos, informações dadas erradas, ...)

7. Existe alguma forma de controle do no. de reclamações realizadas pelos clientes? E sobre os tipos de reclamações? Existem procedimentos para lidar com as reclamações dos clientes?

8. Existem caixas com sugestões no serviço?

Obrigado.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ERGONOMIA

QUESTIONÁRIO PARA O FUNCIONÁRIO

1. Idade _____ (anos)
2. Sexo () M () F
3. Tempo de serviço na prefeitura: _____
4. Tempo de serviço no setor: _____
5. Escolaridade: () 1 ° Grau () 2 ° Grau () Superior
6. Estado Civil : () Casado () Solteiro () amasiado () divorciado
7. Tem filhos? () Sim _____ quantos? () Não
8. Exerce alguma atividade fora deste serviço, com intuito de ganho extra? () Sim () Não
9. O que acha do serviço que realiza?
() gosta muito
() indiferente
() outro seria melhor
() não gosta
10. Qual setor que gostaria de trabalhar? _____
11. O serviço é na maior parte do tempo:
() muito agitado
() normal
() calmo
12. Escolha dois itens que considera com maiores problemas:
() relacionamentos com colegas
() relacionamento com o chefe
() organização do trabalho
() trabalho difícil
() outro/especifique _____
13. Alguma enfermidade lhe incomoda:
() coluna () insônia () dor de cabeça () dores musculares
() úlceras gástricas () tendinites () resfriados frequentes () outras _____

14. Neste serviço a exigência principal é mental, julga que o serviço deveria incentivar tratamentos de psicanálise para seus funcionários?

Sim Não

15. Se você tivesse oportunidade faria este tratamento?

Sim Não

16. Porque é fiscal sanitaria? _____

17. Se fosse escolher outra profissão, qual escolheria? _____

18. O que poderia ser alterado no setor para melhorar o serviço?

19. Sugestões para que o serviço atenda suas necessidades como trabalhador?

CONDIÇÕES FÍSICAS DE TRABALHO

1. Como você avalia o espaço de trabalho?

- muito satisfatório
- satisfatório
- indiferente
- discordo
- discordo totalmente

2. Como você avalia os móveis do seu posto de trabalho: Eles estão de acordo com o seu tamanho e com a tarefa a ser executada?

- concordo totalmente
- concordo
- indiferente
- discordo
- discordo totalmente

3. Com relação ao ambiente térmico dentro do serviço, como você avalia?

- muito satisfatório
- satisfatório
- pouco satisfatório
- insatisfatório
- muito insatisfatório

4. No que diz respeito aos ruídos externos e de equipamentos, eles tem prejudicado a realização de alguma tarefa?

- Não
- muito pouco ou quase nada
- pouco
- normal
- bastante
- muito

5. Você tem alguma coisa a dizer do ambiente luminoso? Ele tem causado transtorno na realização das tarefas?

- Não
- muito pouco ou quase nada
- pouco
- normal
- bastante
- muito

6. Com relação ao ambiente térmico durante as vistorias, como você avalia?

- muito satisfatório
- satisfatório
- pouco satisfatório
- insatisfatório
- muito insatisfatório

7. Você enfrenta regularmente choques térmicos?

- Não
- Sim.

Com que frequência?

- Diários
- Semanais
- Quinzenais
- Mensais

8. Você possui algum equipamento de segurança fornecido pelo serviço como botas, luvas, capacete, etc. ?

- Não
- Sim Quais: _____

CONDIÇÕES QUÍMICAS DE TRABALHO

1. No que diz respeito ao ambiente tóxico, existe algum incômodo (fumaça)?

- Não
- muito pouco ou quase nada
- pouco
- normal
- bastante
- muito

CONDIÇÕES BIOLÓGICAS DE TRABALHO

1. Com relação ao ambiente bacteriológico dentro do serviço (ar-condicionado, etc) o que você tem a dizer?

- está tudo muito bom
- está bom
- normal
- não está muito bom
- está péssimo

2. Com relação ao ambiente bacteriológico nas vistorias (ar-condicionado, etc.) o que você tem a dizer?

- está tudo muito bom
- está bom
- normal
- não está muito bom
- está péssimo

CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS DE TRABALHO

1. Na sua opinião como você encara a adequação entre a formação do funcionário e o cargo que o funcionário ocupa?

- deve haver total adequação
- deve haver adequação sempre que possível
- indiferente
- não precisa haver nenhuma adequação

2. No seu ambiente de trabalho com relação a esta adequação, ela existe:

- sempre
- sempre que possível
- não existe

3. Como é o poder de decisão dentro do serviço?

- muito satisfatório
- satisfatório
- pouco satisfatório
- insatisfatório
- muito insatisfatório

4. A integração entre o pessoal da administração e o seu setor e entre os funcionários do seu setor é um fator:

- | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> muito importante | <input type="checkbox"/> péssima | <input type="checkbox"/> péssima |
| <input type="checkbox"/> importante | <input type="checkbox"/> ruim | <input type="checkbox"/> ruim |
| <input type="checkbox"/> irrelevante | <input type="checkbox"/> satisfatória | <input type="checkbox"/> satisfatória |
| <input type="checkbox"/> não é importante | <input type="checkbox"/> ótima | <input type="checkbox"/> ótima |

5. Sobre a jornada de trabalho, como você avalia?

- muito satisfatória
- satisfatória
- pouco satisfatória
- insatisfatória
- muito insatisfatória

6. A questão do acúmulo de tarefas é preocupante para você?

- sim, muito
- sim, um pouco
- indiferente
- não é importante

7. E a variedade das tarefas, preocupa? (vistorias bar, lanchonete, supermercado, saneamento,...)

- sim, muito
- sim, um pouco
- indiferente
- não é preocupante

8. Você preferiria ter uma área mais restrita de atuação?

- Sim
- Não

9. Sobre a questão do tratamento dos erros cometidos (preenchimento errado de autos, informações erradas, etc...), existe algum tipo de preocupação?

- sim, muito
- sim, um pouco
- indiferente
- não é preocupante

10. É importante para o funcionário ter acesso aos documentos do serviço, para a realização de pesquisas?

- sim, muito
- sim, um pouco
- indiferente
- não é importante

11. Você recebeu algum tipo de treinamento formal antes de começar a executar as suas tarefas dentro do serviço?

- Sim
- Não

12. Na sua opinião o que mais dificulta a atualização do funcionário?

- excesso de instruções
 - falta de objetividade nas informações transmitidas
 - falta de preparo da média gerência
 - outra resposta _____
-

13. Você sente necessidade de obter mais informações sobre as atividades de outros setores da prefeitura?

- sim, totalmente
- sim, em parte
- indiferente
- não

14. Os horários e turno de trabalho são compatíveis com as suas necessidades e com os seus interesses?

- são totalmente
- são parcialmente
- indiferente
- não são compatíveis

15. No que diz respeito a qualificação e competência dos funcionários, na sua opinião elas estão dentro do desejado?

- sim, totalmente
- sim, em parte
- indiferente
- não

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ERGONOMIA

Avaliação do Serviço de Vigilância Sanitária Municipal de Florianópolis
Entrevista Dirigida com os Gerentes dos Supermercados

1. Você já conhecia a Legislação Sanitária antes de ser vistoriado pela primeira vez?

Sim

Não

2. Você conhece o Código Sanitário Municipal

Não

Sim. A que nível? Pelos Autos? Sim Você possui cópia da lei? Sim

Não

Não

3. Você sabia que o Serviço de Vigilância Sanitária ministra cursos sobre manipulação de alimentos nos estabelecimentos gratuitamente?

Não

Sim. Você já requereu que algum fosse dado no seu estabelecimento? Não

Sim

Por que?

4. Você sabia que 24 hs antes de vencer o prazo de um auto você pode pedir uma prorrogação ao serviço para cumprir as exigências?

Não

Sim. Você já requereu alguma prorrogação de prazo? Não

Sim Quantas? ().

Por que?

5. Avalie os seguintes quesitos:

5.1. Postura do fiscal: ()

Comentários:

5.2. Orientação passada durante a vistoria: ()

Comentários:

5.3. Procedimento padrão entre equipes: ()

Comentários:

6. Na sua opinião o que o Serviço deveria fazer e não faz?

7. Na sua opinião o Serviço cumpre a sua função?

() Sim

() Não

Por que?

8. Quais os pontos positivos do Serviço?

9. Quais os pontos negativos do Serviço?

10. Você já recebeu algum auto de intimação ou infração?

() Sim

() Não

Posso vê-los?

Muito Obrigado!

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ERGONOMIA

ENTREVISTA DIRIGIDA À POPULAÇÃO

1. Idade:

- até 20 anos 21-30 anos 31-40 anos 41-50 anos
 51-60 anos mais de 61 anos.

2. Nível de Escolaridade:

- primeiro grau completo segundo grau completo superior completo

3. Você já ouviu falar de Vigilância Sanitária?

- Sim
 Não

4. Florianópolis possui Vigilância Sanitária?

- Sim
 Não

5. Você poderia descrever as atividades desenvolvidas por um serviço de Vigilância Sanitária?

Muito Obrigado!

DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

PROC./ CORRESP. Nº

DATA ____/____/____

1º DESPACHO

DE _____ PARA _____

DATA ____/____/____

ASSINATURA _____

2º DESPACHO

DE _____ PARA _____

DATA ____/____/____

ASSINATURA _____

3º DESPACHO

DE _____ PARA _____

DATA ____/____/____

ASSINATURA _____

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

TERMO DE INSPEÇÃO
DVS N° ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO

RAZÃO SOCIAL: _____

NOME FANTASIA: _____

CÓDIGOS DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS: ____ / ____ / ____ / ____ / ____

CGC: ____ / ____ IE: ____ FONE: (____) ____

ENDEREÇO: _____ Nº _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ CEP: _____

ÁREA FÍSICA

PAREDE (IMPERMEABILIZADA, LAVÁVEL, ÍNTEGRA): () SIM () NÃO

PISO (IMPERMEABILIZADO, LAVÁVEL, ÍNTEGRO): () SIM () NÃO

TETO: POSSUI FORRO? () SIM () NÃO

ESTÁ EM BOM ESTADO? () SIM () NÃO

AMBIENTE VENTILADO SATISFATORIAMENTE? () SIM () NÃO

AMBIENTE ILUMINADO SATISFATORIAMENTE? () SIM () NÃO

OBIS: _____

CONDICIONAMENTO

DISPOSITIVOS DE FRIOS (EQUIPAMENTOS, APARELHOS, UTENSÍLIOS): () SIM () NÃO

ARMÁRIOS, FRATELEIRAS, MESAS DE MANIP. ADEQUADOS: () SIM () NÃO

OBIS: _____

HIGIENIZAÇÃO

ÁREAS DE MANIPULAÇÃO () BOM () RUIM

FACTOR DE COMERCIALIZAÇÃO () BOM () RUIM

DEPÓSITOS () BOM () RUIM

SANITÁRIOS () BOM () RUIM

ÁGUA É TRATADA? () SIM () NÃO

FEITA LIMPEZA DA CAIXA D'ÁGUA? () SIM () NÃO

DESRESATIZAÇÃO? () SIMPERIODICIDADE: _____ () NÃO

DESINSETIZAÇÃO? () SIMPERIODICIDADE: _____ () NÃO

OBIS: _____

MANIPULADORES

UNIFORMIZADOS? () SIM () NÃO

POSSUEM CARTEIRA DE SAÚDE () SIM () NÃO

PROPRIETÁRIO OU RESP. TÉCNICO

NOME: _____ ASS.: _____

LOCAL: _____ DATA: ____ / ____ / ____ 95

FORNADADE DE SAÚDE

NOME	MATRÍCULA	FUNÇÃO	ASSINATURA
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



AUTO DE MULTA

AUTUADO

Nome da pessoa física ou jurídica	CGC / CPF nº
Denominação Comercial - Nome de fantasia do estabelecimento	Nº do Alvará
Endereço completo (logradouro, rua, avenida, praça, nº, fone)	Bairro
Proprietário e/ou responsável	
Tipo de estabelecimento, negócio ou atividade	

AUTO DE INTIMAÇÃO (SE HOUVER)	
(no caso de obrigação subsistente)	
Número	Data
	/ /
Prazo para cumprimento:	

ENQUADRAMENTO LEGAL (dispositivo legal ou regulamentar infringido)

ESPECIFICAÇÃO DETALHADA DO ATO OU FATO CONSTITUTIVO DA INFRAÇÃO COMETIDA

CIENCIA

ESTOU CIENTE DE QUE PODEREI APRESENTAR DEFESA POR ESCRITO NO PRAZO DE 15 (QUINZE) DIAS, CONTADOS A PARTIR DA DATA DESTA NOTIFICAÇÃO, AO SECRETÁRIO DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL, SITUADO A:	Endereço:
--	-----------

AUTUADO

Nome legível	Assinatura
Recebi a primeira via em:	Hora
/ /	

AUTORIDADE SANITÁRIA

Carimbo e Assinatura

ART. 55 § 3º DA LEI 4.565/94 : se o infrator efetuar o seu recolhimento, ao fundo municipal de saúde, no prazo de 20 (vinte) dias, contados da atuação, com desistência tácita de qualquer impugnação, terá direito a desconto de 20% no valor da multa.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

- ALBRECHT, K. **Revolução nos Serviços**. São Paulo: Pioneira, 1992.
- ALBRECHT, K. **O Gerente e o Estresse**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1990. 2. Ed.
- BARROS, Claudius D'A. C. **Sensibilizando para a Qualidade**. Rio: Qualitymark, 1993.
- BERLINGUER, Giovanni. **A saúde nas fábricas**. São Paulo: CEBES - UCITEC-OBORÉ, 1983.
- BERNARDI, Maria Amália. & VASSALO Cláudia. **As Queridinhas do Mundo dos Negócios**. Revista Exame. São Paulo, n. 25, p. 12-13, dez. 97.
- BRASIL. **Lei Federal nº 8080 de 19 de Setembro de 1990**.
- CAMERON C. **Fatigue Problems in Modern Industry**. In: Ergonomics, 14:713-720, 1971.
- CASTRO, Maria Helena Guimarães de. **Conflitos e Interesses na Implementação da Reforma da Política de Saúde**. Saúde em Debate. São Paulo, n. 35, p. 15-21, julho 92.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- COUTO, Hudson de A. **Fatiga Física no Trabalho**. Belo Horizonte. Ergo, n. 5, 1983.
- CROSBY, Philip B. **Qualidade é Investimento**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1992.
- DEJOURS, Christophe. **A Loucura do Trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992. 5 ed.
- FRIEDMANN, Georges. **Problemas Humanos del Maquinismo Industrial**. Buenos Aires: Subamericana, 1956. 3. ed.
- GARCIA, JUAN CÉSAR. **Pensamento Social em Saúde na América Latina**. Everardo D. Nunes (org.). São Paulo: Cortez, 1989.
- GOMES, Maria Tereza. **Muito Prazer!** Revista Exame. São Paulo, n. 29, p. 88-89, fev. 98.
- GONÇALVES, Cristina F. F. **Ergonomia e Qualidade do Serviço Bancário: Uma Metodologia de Avaliação**. Florianópolis:1995. Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC.

- HERZBERG, Frederick; MAUSER, B & SNYDERMAN, B. **The Motivacion: Hygiene Concess and Problems of Manpower.** Personnel Administration, 27(1): 3-7, Jan.-Feb. 1964.
- HERZBERG, Frederick; MAUSER, B & SNYDERMAN, B. **One More Time: How do you motivate employees?** Harvard Business Review, 46(1): 53-62, Jan.-Feb. 1968.
- IIDA, Itiro. **Ergonomia: Projeto e Produção.** São Paulo: Edgard Blücher, 1990.
- JACOBI, Pedro. **Descentralização Municipal e participação dos cidadãos: apontamentos para o debate.** In: Conferência Nacional de Saúde, 9, Brasília, 1992. Cadernos... Brasília: Grupo de Trabalho Técnico da Comissão Organizadora, 1992. V.1.
- JURAN, Joseph M. **Planejando para a Qualidade.** São Paulo: Pioneira, 1990.
- LAVILLE, A. **L'ergonomie.** França: Presses Universitaires, 1976.
- MASLOW, Abraham H. **Motivation and Personality.** Nova York: Harper & Row, 1971.
- MOLLER, C. **O Lado Humano da Qualidade.** São Paulo: Pioneira, 1994.
- MONTEIRO, J. A. **Qualidade Total no Serviço Público: Questionamentos e Recomendações segundo os 14 pontos de W. E. Deming.** Brasília: QA & T Consultores Associados, 1991.
- MONTMOLLIN, M. L'analyse du travail, l'ergonomie, la "qualité de la vie de travail" les americains, et nous. **Le Travail Humain.** Paris, tome 45, 1982.
- MORAES, A. **Seminário Brasileiro de Ergonomia.** Rio de Janeiro: FGV, 1989. Anais...
- NOULIN, M. **Ergonomie.** Paris: Tecniplus, 1992.
- PALADINI, Edson Pacheco. **Gestão da Qualidade no Processo: a qualidade na produção de bens e serviços.** São Paulo: Atlas, 1995.
- PILATI, José Isaac. **Vigilância Sanitária: Contribuições ao estudo jurídico e político.** Florianópolis, 1995. Tese de Doutorado apresentada ao curso de Pós-Graduação em Direito, UFSC.
- REBELO, Paulo. **Qualidade em Saúde.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1995.
- RIBEIRO, Maria Alice Rosa. **História sem fim...inventário da saúde pública São Paulo 1880-1930.** São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.
- RODRIGUES NETO, Eleutério. **A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Nordeste. *Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde.* Brasília: 1994.

- RODRIGUES, Marcos Vinicius Carvalho. **Qualidade de Vida no Trabalho**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
- ROSAS, Eric Jenner. **A vigilância sanitária em crise: um depoimento**. *Saúde em Debate*. Londrina, n. 45, p. 59-64, Dezembro, 1994.
- SANTOS, N. & FIALHO, F. **Manual de Análise Ergonômica no Trabalho**. Curitiba: Genesis, 1995.
- SANTOS R. V. DOS. **A "Fadiga Psíquica" na Indústria**. Florianópolis, 1994. Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, UFSC.
- SILVA, João Martins da. **O Ambiente da Qualidade na Prática**. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, 1996.
- SMITH, Elizabeth A. **Manual da Produtividade**. Rio: Qualitymark, 1993.
- SPINK, P. K. et al. **Psicologia e Saúde: Repensando Práticas**. São Paulo: Hucitec, 1992.
- TEBOUL, J. **Gerenciando a Dinâmica da Qualidade**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1991.
- WISNER, Alain. **Por Dentro do Trabalho**. São Paulo: Oboré, 1987.
- WISNER, Alain. **A Inteligência no Trabalho: Textos selecionados de ergonomia**. São Paulo: Fundacentro, 1994.

BIBLIOGRAFIA

- BOM SUCESSO, Edina de Paula. **Trabalho e Qualidade de Vida**. Rio de Janeiro: Qualitymark/Dunya, 1997.
- CAMERON C. **A theory of fatigue**. In: Ergonomics, 16: 633 - 48, 1973.
- CARR, David K. & LITTMAN, Dan D. **Excelência nos Serviços Públicos: Gestão da Qualidade Total na Década de 90**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992.
- COHEN, John. **Homo Psychologicvs: Um estudo sobre o homem como ser lúdico, ativo e ocioso**. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.
- CÔRTEZ, José de A. **Epidemiologia: Conceitos e Princípios Fundamentais**. São Paulo: Varela, 1993.
- COSQUER, M. et all. **Interfaces pour les téléactivités: représentations mentales d'un réseau local**. In: ERGO-IA 96: Ergonomie et Informatique Avancée. Biarritz: I.D.L.S., 1996.
- COUTO, Hudson de A. **Fadiga no Trabalho**. In: Fisiologia do Trabalho Aplicado. Belo Horizonte: Ibérica, 1978.
- CUDICIO, C. **Programação Neurolingüística e Comunicação: A dimensão da criatividade**. Rio de Janeiro: Record, 1996.
- DEMING, W. Edwards. **Qualidade: A Revolução da Administração**. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.
- DRUCKER, Peter Ferdinand. **Inovação e Espírito Empreendedor: prática e princípios**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1987.
- FEIGENBAUM Armand V. **Controle da Qualidade Total**. São Paulo: Makron Books, 1994. VII.
- FIATES, Gabriela G. S. **A Utilização do QFD como Suporte à Implementação do TQC em Empresas do Setor de Serviços**. Florianópolis: 1995. Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC.

- GARVIN, David A. **Gerenciando a Qualidade: A Visão Estratégica e Competitiva**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992.
- GIANESI, Irineu G. N. & CORRÊA, Henrique Luiz. **Administração Estratégica de Serviços: Operações para a satisfação do cliente**. São Paulo: Atlas, 1996.
- HARRINGTON, H. James. **Aperfeiçoando Processos Empresariais**. São Paulo: Makron Books, 1993.
- JARDILLIER, P. **Les Conditions du Travail A.O.** Paris: Universitaires de France, 1979.
- LACAZ, F. A. et RIBEIRO H. P. **De que adoecem e morrem os trabalhadores**. São Paulo: DIESAT, 1984.
- LAVILLE, A. et all. **Comprende le travail pour le transformer: la pratique de l'ergonomie**. Montrouge: Anact, 1994. 2^a ed.
- MARIETTI, A. K. **La Philosophie Cognitive**. Paris: Universitaire de France, 1994.
- MAURO, Maria Y. C. **Fadiga e o trabalho docente de enfermagem**. Rio de Janeiro, 1977. Tese de Doutorado, UFRJ.
- MEZOMO, João Catarin. **Educação e Qualidade Total**. Petrópolis: Vozes, 1997.
- MOSCOVICI, S. **La Psychanalyse, son image et son public**. Paris: PUF, 1961/1976.
- PALADINI, Edson Pacheco. **Qualidade Total na Prática**. São Paulo: Atlas, 1994.
- PIAGET, J. & INHELDER, B. **A Representação do Espaço na Criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- PIAGET, Jean. **A Formação do Símbolo da Criança**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1978.
- RAZERA, Dalton L. **Uma Abordagem Metodológica para Avaliar a Relação entre Condições de Trabalho e Produtividade: Um Estudo de Caso em uma Indústria Paranaense**. Florianópolis: 1994. Dissertação de Mestrado apresentada no Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC.
- RODRIGUES, A. L. **Anais do I Compsic**. São Paulo: CRP - 6^a Região, 1988.
- SATO, Leny. **Anais do I Compsic**. São Paulo: CRP - 6^a Região, 1988.
- SILVA, Raul Valentin da. **A Gerência e a Qualidade na Universidade Brasileira**. In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção (1991: Rio de Janeiro). Anais... Rio de Janeiro: COPPE, 1991.
- SPERANDIO, J. C. **L'ergonomie du travail mental**. Paris: Masson, 1988. 2. ed.
- STRINGHETA, Paulo C. **Qualidade de Vida**. In: XV Congresso Brasileiro de Ciência e Tecnologia de Alimentos (1996: Poços de Caldas). Resumos... Minas Gerais: SBCTA, 1996.