



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

**O TRABALHAR DOS PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS GERAIS DE LIMPEZA
HOSPITALAR: UMA ANÁLISE DA RELAÇÃO TRABALHO-SAÚDE**

FLÁVIA MARCELLY DE SOUSA MENDES DA SILVA

JOÃO PESSOA
FEVEREIRO DE 2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

O TRABALHAR DOS PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS GERAIS DE LIMPEZA
HOSPITAL: UMA ANÁLISE DA RELAÇÃO TRABALHO - SAÚDE

Flávia Marcelly de Sousa Mendes da Silva (Mestranda)

Prof. Dr. Anísio José da Silva Araújo (Orientador)

JOÃO PESSOA
FEVEREIRO DE 2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

O TRABALHAR DOS PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS GERAIS DE LIMPEZA
HOSPITAL: UMA ANÁLISE DA RELAÇÃO TRABALHO - SAÚDE

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (Mestrado), da Universidade Federal da Paraíba, sob orientação do Prof. Dr. Anísio José da Silva Araújo, como requisito final para a obtenção do grau de *Mestre* em Psicologia Social.

JOÃO PESSOA
FEVEREIRO DE 201

Catálogo na publicação
Setor de Catalogação e Classificação

S586t Silva, Flávia Marcelly de Sousa Mendes da.

O trabalhar dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar: uma análise da relação trabalho-saúde / Flávia Marcelly de Sousa Mendes da Silva. - João Pessoa, 2017.

188 f. : il.

Orientação: Anísio José da Silva Araújo. Dissertação
(Mestrado - UFPB/CCHLA/PPGPS.

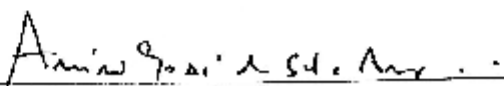
1. Limpeza hospitalar. 2. Trabalho. 3. Saúde. 4. Iramuteq -
Software. I. Araújo, Anísio José da Silva.
II. Título.

UFPB/CCHLA

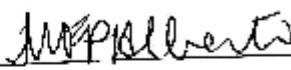
**O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS GERAIS DE
LIMPEZA HOSPITAL: UMA ANÁLISE DA RELAÇÃO TRABALHO - SAÚDE**

Flávia Marcelly de Sousa Mendes da Silva

BANCA AVALIADORA:



Dr. Anísio José da Silva Araújo (UEPB, *Orientador*)



Dra. Maria de Fátima Pereira Alberto (UEPB, *Membro Interno*)

Dr. Edil Ferreira da Silva (UEPB, *Membro Externo*)

Aos meus avós maternos (*in memoriam*) e a todos os profissionais dos serviços gerais de
limpeza hospitalar.

“De casa para o trabalho
Do trabalho para a casa
Assim trabalha o ponteiro
Pedalando mais uma jornada
Um pouco de óleo para refrescar a labuta
E logo volta ao normal, continua a luta
Mais acocho neste, naquele parafuso
Confuso, inútil,
Deve haver algum defeito
Erro na configuração
Tudo está se degradando rápido
Só as máquinas vivas por sangue pulsante
Combustível necessário constante
Mediante o custo do caos
Desconhecido, estabelecido, incerto”
(Trabalho, Junior Frio)

“Se as coisas são inatingíveis ... ora! Não é motivo para não querê-las... Que triste os
caminhos, se não fora a presença distante das estrelas!”. (Mário Quintana – RS).

AGRADECIMENTOS

Sempre que chega a minha mão dissertações e teses me detenho a ler inicialmente os agradecimentos, isso porque essa parte revela que um empreendimento científico envolve instituições de fomento à pesquisa, professores, pesquisadores, mas também, os familiares, amigos, amores, inspirações. É por meio dos agradecimentos que podemos perceber que a vida não para e que por trás dos “bastidores” muitos são os atores presentes que contribuem para a concretização de um sonho. Portanto, demonstrar gratidão é uma atitude de humildade que deve fundamentar a vida de qualquer ser humano, principalmente, após uma vitória alcançada. Entretanto, como verbalizar esses agradecimentos em meio a tantos atores envolvidos e corresponsáveis por essa conquista sem magoar nem fazer diferença de amor e afeto.

Sendo assim, início agradecendo a Deus – nosso pai celestial - e a Nossa Senhora Desatadora dos Nós – por guiarem meus passos no caminho certo e me socorrerem nos momentos mais difíceis dessa caminhada, por toda honra e glória com o dom da vida. A Ele só tenho a agradecer pela força creditada em mim em meio às adversidades.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Anísio José da Silva Araújo, por quem tenho especial gratidão e mais ainda a Deus por ter proporcionado este encontro da vida. Um profissional ímpar, que aceitou me orientar mesmo sem ter muitas informações ao meu respeito e que me creditou confiança, cuja paciência e apoio constantes foram indispensáveis. Agradeço também por me apresentar e compartilhar o seu amor e dedicação a ensinar ao próximo a Psicologia, em especial a Psicologia Social e do Trabalho. Agradeço por todo carinho, e cada palavra de incentivo, sem os quais seria bem mais difícil esta jornada.

Agradeço a um homem merecedor de todas as homenagens e de todo o meu orgulho, meu pai, Marcelino Filho, e aqui, valho-me de um velho clichê tão necessário para dizer o que sinto: “o senhor é o melhor pai do mundo”, faço essa afirmação sem nenhum medo de errar.

Tudo o que disse do meu pai, também se atribui à minha mãe, apenas mudando o gênero. Mãe, obrigada! Você que é parte de mim, que me acalma nos momentos de angústia, que está verdadeiramente a meu lado, e que muitas vezes se privou de tantas coisas apenas para presenciar a minha felicidade e a de meus irmãos. Meus amados pais que sempre apoiaram e motivaram meus sonhos, e são espelhos de caráter, luta, honestidade, e que nunca pouparam esforços para me amar e proporcionar até mesmo o que nunca tiveram. Confesso “ficar longe de vocês, certamente, foi o maior o maior sacrifício desse trajeto”. Amo vocês. “Se eu vi mais longe, foi por estar de pé sobre ombros de gigantes” (Isaac Newton).

Agradeço a meus irmãos Felipe e Marcelino Neto pelo cuidado, companheirismo e por acreditarem em mim até mais do que eu, e todo gesto de amor e carinho a mim destinados. Na validade da luta, nos méritos desta conquista há muito da presença de vocês.

Meus agradecimentos aos meus avós maternos Francisca e Expedito (in memoriam) e paternos Eleonora e Marcelino (in memoriam) e minhas tias queridas Consuelo (in memoriam) e Raimunda (in memoriam) que são fontes de coragem e de batalha e que por meio de suas histórias de vida ensinaram-me que a fé e a coragem são suficientes para se alcançar qualquer objetivo.

Meus agradecimentos são também para meus primos, verdadeiros irmãos com os quais tenho a certeza que posso confiar piamente. Agradeço também a meus tios pelo carinho e atenção que sempre tiveram com todos os sobrinhos. A minha afilhada Ana Lara por ser tão radiante, e pela renovação de vida que sempre tenho quando a encontro.

Agradeço às minhas amigas com as quais vivi meus melhores momentos. Presente que recebi da Psicologia, e que levarei sempre comigo, pois jamais devemos esquecer a quem amamos e a quem nos marcou significativamente. Cada uma a seu jeito, Beatriz, Helane, Laís e Marlane. Vocês foram minha família em Parnaíba. Nos momentos de angústia e também

para dividir alegrias sei que posso contar com vocês. Estendo as mesmas palavras as minhas amigas do ensino médio que me acompanham até hoje: Juliane Pires e Elismária Teles.

Como também não posso deixar de agradecer meus primeiros companheiros e amigos nesta cidade. À minha orientadora de vida, amiga e segunda mãe Carla Fernanda de Lima, a quem dedico estas palavras: tem gente que tem cheiro de colo de Deus. De banho de mar quando a água é quente e o céu é azul. Ao lado delas, a gente sabe que os anjos existem e que alguns anjos são invisíveis. Agradeço também uma pessoa que se tornou uma amiga fiel, Bruna Lopes, e gostaria de lhe agradecer pelas inúmeras vezes que você me enxergou melhor do que eu sou. Pela sua capacidade de me olhar devagar, já que na vida muita gente já me olhou depressa demais. Ao meu amigo Hemerson Fillipy, que me ensina sempre a ser crítica, a não me conformar diante da vida e mesmo assim ser resiliente. Agradeço a Elmo Alves por toda ajuda desprendida a mim e a minha família.

Agradeço também a uma pessoa que se tornou uma companheira e grande amiga, Tátila Brito, a quem tenho um enorme carinho, e que me ensina diariamente que preciso sempre ter confiança e fé diante das adversidades e ir sempre em busca dos sonhos, sem se deixar desistir diante do primeiro obstáculo. Agradeço ainda a Gabriel Fernandes, um amigo, que me fez enxergar a liberdade da vida, o amor pela literatura, pelas viagens e de ser quem se quer ser.

Agradeço a três pessoinhas que se tornaram especiais, que ganharam meu coração e minha admiração. A Alessandro Teixeira, pela determinação, força de vontade, garra e curiosidade em aprender tudo e sempre se aprimorar. A Maria Gabriela, por ser luz, ser tão radiante, disposta em encarar a vida com o melhor que ela pode proporcionar, e por me ensinar sobre assertividade. A Nágila Bianca, pela sua pureza, sua benevolência, simplicidade, bom humor e por ser uma amiga fiel.

Aos companheiros de graduação do Piauí, e nestes posso citar: Anderson Mesquita, Jéssica Bruna, Taílson Evangelista, Ricardo Neves, e também aos companheiros que ganhei em João Pessoa que tornam o dia a dia mais leve: Bárbara Cunha, Camilla Figueiredo, Thiago Cavalcanti, Lairton Oliveira, Maria Trindade.

A família GPST (Grupo de Pesquisa Subjetividade e Trabalho) pelo suporte, sede de conhecimentos que nos impulsiona a ir em busca do melhor. Aos “velhos” e “novos” componentes há um pouco de cada integrante do grupo neste trabalho. Agradeço em especial a Marissol, Juliane, Celiane, Dinara Carvalho pela concretização deste trabalho. Sem esquecer uma grande amiga Yana Mendes pelas palavras de incentivo, pela motivação a sempre ir em busca dos nossos objetivos, me ensinando a cair e levantar cada vez mais forte.

À Prof^ª. Dr^ª. Dra. Maria de Fátima Pereira Alberto, que aceitou participar da minha banca de defesa de dissertação, e pela profissional íntegra e ética, pela sua competência técnica e por demonstrar com maestria o amor à docência e a Psicologia.

Agradeço ao Prof. Dr. Edil Ferreira da Silva, por também aceitar participar de minha banca de defesa de dissertação. Agradeço também pela disponibilidade, contribuições e enriquecimentos ao meu trabalho.

A todas as trabalhadoras e trabalhadores serventes de limpeza, pela confiança e disposição em compartilhar suas experiências. Sinônimo de força, perseverança, honestidade, que merecem ter seus direitos respeitados, salários dignos e, sobretudo, reconhecimento social.

Por fim, agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por viabilizar a pesquisa a partir da bolsa de estudos e pelo auxílio durante a estadia em João Pessoa.

O TRABALHAR DOS PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS GERAIS DE LIMPEZA HOSPITALAR: UMA ANÁLISE DA RELAÇÃO TRABALHO-SAÚDE

A presente dissertação tem como objetivo analisar a relação entre trabalho e saúde dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar de um Hospital Universitário de uma capital do nordeste brasileiro. Do ponto de vista teórico, a Psicodinâmica do Trabalho e a Ergonomia da Atividade são as principais abordagens utilizadas para analisar as complexas relações entre o trabalho e a saúde. Quanto ao método privilegiou-se uma abordagem qualitativa, que teve como instrumentos uma entrevista individual semiestruturada, baseada em um roteiro construído a partir das categorias teóricas da pesquisa e um questionário sociodemográfico. Os dados foram analisados por meio do *software Iramuteq*. A amostra foi composta por 30 profissionais de limpeza hospitalar, com idade variando de 21 a 61 anos ($M = 40,3$; $DP = 11,0$), solteiros (43,3%), do sexo feminino (66,7 %), ensino médio incompleto (50%). O tempo de serviço variou de três dias a 28 anos na organização pesquisada. A partir da análise da Classificação Descendente Hierárquica, o *corpus* se dividiu em cinco classes que foram nomeadas a partir de seus descritores mais representativos: Riscos no Trabalho, Formação e História Profissional, Condições de trabalho, Sofrimento no trabalho e Estratégias de Defesa e Organização do Trabalho. No que se refere aos resultados constatou-se que os profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar estão expostos à riscos em seu ambiente de trabalho, sendo estes físicos, químicos e biológicos, decorrentes de várias situações de vulnerabilidade, dentre os quais foram identificados problemas infecciosos, osteomusculares; além de questões de ordem psíquica, como a ansiedade, o estresse, alterações de sono e desgaste emocional. Quanto à história e formação profissional verificou-se que a maioria possui baixa qualificação profissional, tendo sido este o primeiro emprego de carteira assinada. Aparecem como empregos anteriores: empregada doméstica, diarista, garçom e caseiro. Identifica-se ainda, um treinamento deficitário que gera ansiedade e insegurança nos servidores. No que diz respeito às condições de trabalho constatou-se a ausência de alguns equipamentos de segurança (e.g., luva, máscara e gorro), uma mobília inadequada que expõe os servidores à situações de risco e que incide na saúde destes trabalhadores. Como fontes de sofrimento no trabalho, ficou evidente o relacionamento conflituoso com a chefia, a invisibilidade e o preconceito. Entretanto, verificou-se como fontes de prazer o sentimento de utilidade na manutenção da limpeza e zeladoria do hospital, o relacionamento com os pares e, inclusive, a questão salarial. Os elogios proferidos pelos usuários, pacientes enaltecem o sentimento de utilidade e assim, transformam o sofrimento em prazer no trabalho. Por fim, e não menos importante, a organização do trabalho por meio de uma rigorosa fiscalização da chefia, controle do tempo, dos movimentos e das pausas, além da alta sobrecarga de trabalho, destaca-se como fonte importante de sofrimento. Desta forma, almeja-se, por meio dos resultados deste estudo, contribuir para a produção de conhecimentos relativos à saúde dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar, abrindo a possibilidade de futuras transformações dessa realidade.

Palavras-chave: limpeza hospitalar, trabalho, saúde, *Iramuteq*.

THE WORK OF THE PROFESSIONALS OF THE GENERAL HOSPITAL CLEANING SERVICES: AN ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP WORK-HEALTH

The aim of this dissertation is to analyze the relationship between work and health of the professionals of general hospital cleaning services of an University Hospital in a capital city in northeast of Brazil. From a theoretical point of view, the Psychodynamics of Work and the Ergonomics of Activity are the main approaches used to analyze the complex relationships between work and health. As for method, a qualitative approach was chosen, which had as instruments a semi-structured individual interview (based on a script built from the theoretical categories of the research) and a sociodemographic questionnaire. The collected data were analyzed using Iramuteq software. The sample consisted of 30 hospital cleaning servers, ranging from 21 to 61 years ($M = 40.3$, $SD = 11.0$), single (43.3%), female (66.7%), Incomplete secondary education (50%). The length of service ranged from three days to 28 years in the researched organization. From the analysis of the Hierarchical Describing Classification, the corpus was divided into five classes that were named from their most representative descriptors: Risks at Work, Training and Professional History, Working Conditions, Suffering at Work, and Strategies of Defense and Organization of the Job. Regarding the results, it was verified that cleaning servers are exposed to risks in their work environment, being these physical, chemical and biological, resulting from several situations of vulnerability, among which were identified infectious, musculoskeletal problems; As well as psychic issues such as anxiety, stress, sleep disorders, and emotional exhaustion. Regarding the history and professional training, it was verified that majority have low professional qualification, being this the first job of signed portfolio. They appear as previous jobs: hourly housekeeper, day laborer, waiter and housekeeper. It also identifies deficient training that generates anxiety and insecurity in the servers. As regards working conditions, there was a lack of safety equipment (e.g., glove, mask and hat), inappropriate furniture that exposes workers to hazardous situations and affects the health of these workers. As sources of suffering at work, the conflictual relationship with leadership, invisibility and prejudice became evident. However, the feeling of usefulness in the maintenance of hospital cleaning and janitorial care, the relationship with the peers and even the salary issue were found as sources of pleasure. The praise given by users, patients extol the sense of usefulness and thus, transform suffering into pleasure at work. Last but not least, the organization of work through strict supervision of the bosses, control of time, movements and breaks, as well as the high workload, stands out as an important source of suffering. In this way, it is sought, through the results of this study, to contribute to the production of knowledge regarding the health of hospital cleaning servers, opening the possibility of future transformations of this reality.

Keywords: hospital cleaning, work, health, Iramuteq.

SUMÁRIO

Introdução	18
Capítulo 1: Os serviços de limpeza hospitalar e a terceirização dos serviços	23
1.1. Algumas considerações sobre a organização hospitalar e os serviços de limpeza.....	24
1.2. Profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar: trabalho, riscos e saúde	28
1.3. A terceirização do discurso e a terceirização real: precarização da vida laboral	34
1.4. A terceirização na saúde.....	38
1.5. Algumas considerações sobre o trabalho dos profissionais dos serviços gerais de limpeza a partir de um olhar de gênero	44
Capítulo 2: O trabalho dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar	48
2.1. O trabalhar em limpeza hospitalar e os impactos para a saúde do trabalhador.....	53
Capítulo 3: Ergonomia e Psicodinâmica do trabalho	62
3.1. Considerações breves sobre a relação Trabalho e Saúde	63
3.2. Considerações breves acerca da Ergonomia da Atividade.....	66
3.2.1. Trabalho prescrito (Tarefa)	69
3.2.2. Trabalho real (atividade)	71
3.2.3. Variabilidades	73
3.3. Considerações breves acerca da Psicodinâmica do Trabalho	74
3.3.1. Conceitos em Psicodinâmica do Trabalho	76
Capítulo 4: Método	83
4.1. Delineamento	84
4.2. Participantes	84
4.3. Instrumentos	85
4.4. Procedimentos	86
4.4.1. Coleta de dados e aspectos éticos	86
4.4.2 Análise dos dados.....	87
Capítulo 5: Resultados	90
5.1. Classe 5: Riscos no Trabalho	93
5.2. Classe 3: História e Formação Profissional	94
5.3. Classe 1: Condições do trabalho	95
5.4. Classe 2: Sofrimento e prazer no trabalho e Estratégias de defesa	96
5.5. Classe 4: Organização do Trabalho.....	97
Capítulo 6: Discussão.....	99
6.1. Eixo 1: Segurança no Trabalho	100
6.1.1. Classe 5: Riscos no Trabalho	100
6.2. Eixo 2: O trabalhar dos serviços gerais de limpeza hospitalar	114
6.2.1. Classe 3: História e Formação Profissional	114
6.2.2. Classe 1: Condições de Trabalho	122
6.2.3. Classe 2: Sofrimento e prazer no trabalho e Estratégias de defesa	129
6.2.4. Classe 4: Organização do trabalho	140
Considerações Finais.....	152
Referências.....	158
ANEXOS.....	184
Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido	185
Anexo 2 - Roteiros Para Coleta de Dados.....	187
Anexo 3 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	189

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Total de publicações de acordo com as bases de dados.....	50
Figura 2. Distribuição dos artigos a partir das áreas de publicação	51
Figura 3. Distribuição dos artigos a partir do ano de publicação	52
Figura 4. Distribuição dos artigos quanto a perspectiva de produção de dados.....	53
Figura 5. Dendograma da representação dos vocábulos das classes.....	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Principais fontes de prazer e sofrimento dos servidores de limpeza hospitalar 140

ANEXO

Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido	186
Anexo 2 - Roteiros Para Coleta de Dados.....	188
Anexo 3 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	190

O trabalho faz parte do cotidiano humano e, por essa razão, acaba por assumir os contornos do cenário onde se estabelece e os sentidos dados por cada trabalhador que o exerce. O trabalho perpassa diversas esferas da vida de cada ser humano, dada a sua importância social e individual. Com as novas formas de organização do trabalho, o setor de serviços cresce no cenário nacional, envolvendo vários tipos de organizações, como os hospitais (Abrahão & Pinho, 2002).

O serviço hospitalar difere das demais formas de prestação de serviço por tratar situações relacionadas à saúde de seus usuários. A preocupação em desenvolver um trabalho de forma confiável, consistente e com qualidade faz com que os hospitais procurem manter padrões e formas peculiares de atuação a fim de evitar qualquer tipo de contaminação em todos os níveis de atuação (Dai, Milkman, Hofmann, & Staats, 2015).

Uma das atividades essenciais para o funcionamento e manutenção de um hospital é a higienização, também chamada de limpeza hospitalar. Nela estão contidos os serviços de zeladoria e cuidado com a higiene (Silva & Lisboa, 1999). Os trabalhadores de limpeza hospitalar podem, então, atuar junto aos pacientes (limpar leitos, enfermarias, Unidades de Tratamento Intensivo (UTI); recolher o lixo e limpar espaços comuns do hospital) ou de forma indireta (recolher, lavar, passar e dobrar o enxoval hospitalar). A higiene no âmbito hospitalar é considerada de fundamental importância, por razões óbvias, um ambiente limpo, confortável e seguro pode auxiliar até mesmo no processo de recuperação do paciente (Picchiali, 2006).

Os profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar, independentemente do local em que estejam alocados, visam o bem-estar e o acolhimento dos usuários do hospital (Andrea, Bandeira de Jesus, Aquino, & Longhi, 2009). Ainda que possuam funções diferentes, todos têm em comum, o desgaste associado à rotina hospitalar e a exposição a riscos ocupacionais, que podem gerar acidentes de trabalho. As doenças geradas podem ser

dermatológicas, respiratórias, por contaminação ou infecciosas (e.g., lesões com objetos perfurocortantes), cardiovasculares, osteomusculares (pelo esforço repetitivo) e diminuição da capacidade física (Petean, Costa, & Ribeiro, 2014; Souza, Nery, & Nery, 2013).

No estudo em questão será dada ênfase a essa categoria de trabalhadores, tendo em vista os diversos riscos a que estão expostos no contexto laboral. Ao assumir como objeto a relação entre trabalho e saúde dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar de um Hospital Universitário de uma capital do Nordeste brasileiro, dois elementos mostram-se de suma importância para a compreensão de como o trabalho pode favorecer ou comprometer a saúde dos trabalhadores, sendo estes o processo de trabalho e o trabalhador, que vende sua força de trabalho em troca de um salário. Através do processo de trabalho, pode-se observar as variadas formas de consumo da força de trabalho, que podem implicar em desgaste do trabalhador (Silva, 1999).

Do ponto de vista teórico, a Psicodinâmica do Trabalho e a Ergonomia da Atividade são as abordagens principais que utilizamos. A Ergonomia da Atividade nutre de conceitos diversas abordagens no campo da Psicologia do Trabalho e das Organizações (PT&O), dentre as quais a Psicodinâmica do Trabalho. Trabalho prescrito, trabalho real, variabilidade, regulação, confiabilidade, carga de trabalho são algumas contribuições conceituais da Ergonomia da Atividade que, por sua vez, são incorporadas pela Psicodinâmica do Trabalho, disciplina cujo objeto são os processos psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com a realidade de trabalho. As noções de sofrimento e prazer no trabalho, de real do trabalho, de estratégias defensivas (individuais, mas, sobretudo coletivas), de regulação, de inteligência da prática, de reconhecimento no trabalho são algumas contribuições conceituais dessa disciplina que podem, no nosso entender, dar inteligibilidade a muitos aspectos da atividade de trabalho dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar.

A motivação para investigar essa categoria de trabalhadores se deu em função do interesse em compreender como estes profissionais percebem seu trabalho e o realizam, mesmo em meio a situações precárias, especialmente quanto a exposição sistemática aos riscos. Além do mais, estes trabalhadores não recebem geralmente o reconhecimento devido pelo seu trabalho e são considerados invisíveis pela sociedade, além de, sofrerem com a instabilidade de seus contratos de trabalho terceirizados.

Entretanto, é pertinente dizer que este trabalho se justifica, seja pela base de conhecimento insuficiente na temática objeto dessa pesquisa, ou seja, a relação trabalho e saúde dos profissionais de serviços gerais hospitalar é escasso em evidências científicas no âmbito da Psicologia Social do Trabalho. Por sua vez, espera-se com este estudo contribuir com o desenvolvimento científico, colaborando nos avanços acadêmicos que possibilitem dimensionar mais profundamente a atividade dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar. Além de buscar a promoção de mudanças na realidade de trabalho investigada, espera-se que iniciativas no âmbito da formação profissional, da saúde, segurança e bem-estar no trabalho aconteçam, visto que as teorias que servirão de base à análise dos resultados têm em comum o objetivo de compreender para transformar positivamente o trabalho.

A presente dissertação tem como objetivo geral analisar a relação trabalho e saúde dos profissionais que fazem o serviço de limpeza hospitalar. No intuito de atender o objetivo geral da pesquisa, foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

- Confrontar o trabalho real com o trabalho prescrito dos profissionais do serviço de limpeza hospitalar, analisando as fontes de variabilidades mais recorrentes e os modos de gestão dessas variabilidades;
- Identificar as fontes de prazer e sofrimento no trabalho e as estratégias defensivas mobilizadas para lidar com elas;
- Verificar como se apresentam as relações intersubjetivas no trabalho: com os pares,

usuários e hierarquia;

- Analisar como se apresenta a questão do reconhecimento no trabalho;
- Identificar os riscos presentes no trabalho da limpeza hospitalar e como os trabalhadores tem buscado se proteger desses riscos.

Para melhor compreensão do objeto de estudo dessa dissertação, o texto segue estruturado em cinco seções principais, dentre as quais a presente seção, que introduz o nosso trabalho, procura discorrer sobre o tema central, a proposta da pesquisa e sua relevância. A segunda seção, que trata dos serviços de limpeza hospitalar e a terceirização dos serviços apresenta um breve histórico sobre como se estabeleceu a necessidade da limpeza no âmbito hospitalar, além de tecer considerações acerca das especificidades do trabalho dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar. Nesse sentido, procuramos recuperar a trajetória das mudanças ocorridas no mundo do trabalho, no que tange a terceirização e subcontratação dos serviços, procurado dar um destaque a perspectiva de gênero. A terceira seção - O trabalho dos profissionais de serviços gerais de limpeza hospitalar - buscou evidenciar as particularidades do trabalho dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar. Para tanto, realizou-se uma revisão sistemática da literatura, com ênfase na atividade e nas condições de saúde desses profissionais em contexto brasileiro. A Terceira seção – Aporte teórico – focaliza as abordagens que nortearam a realização deste estudo, em especial, a Psicodinâmica do Trabalho e a Ergonomia da Atividade. A quarta seção - Método - apresenta o percurso metodológico, os instrumentos e procedimentos utilizados na pesquisa e as estratégias de análise de dados. A quinta seção – Resultados – aborda os resultados a partir das seguintes classes: riscos no trabalho (classe 5), história e formação profissional (classe 3), condições do trabalho (classe 1), sofrimento e prazer no trabalho e estratégias de defesa (classe 2), organização do trabalho (classe 4)

Neste capítulo, apresenta-se uma breve contextualização a respeito do hospital, enquanto organização de cuidados, e do trabalho dos profissionais de serviços gerais de limpeza hospitalar, associados ao avanço da terceirização dos serviços decorrentes dos processos de reestruturação produtiva.

1.1. Algumas considerações sobre a organização hospitalar e os serviços de limpeza

A limpeza constitui o núcleo de todas as ações para os cuidados de higiene e de zeladoria de hospital, sendo antes um processo que é parte destes últimos, os quais são mais abrangentes e incorporam outros processos (Felix D., 2008). A palavra Limpeza sobrevém da forma divergente de limpo, do latim *limpidus*, que tem como significado ser transparente, sem manchas, ser algo claro (Cunha, 2001). O trabalho de limpeza é exigente e intensivo, os trabalhadores deste setor precisam realizar, em pouco tempo, muitas tarefas, que envolvem trabalho manual excessivo e fisicamente intensos (Woods & Buckle, 2002).

Relatos históricos apontam que a assistência hospitalar teve início bem antes da Era Cristã. Entretanto, a criação de hospitais, só ocorreu na Era Cristã, tendo sido determinado aos bispos, no Concílio de Nicéia, a instalação de hospitais junto às catedrais de cada cidade. O atendimento era feito aos destruídos do meio, peregrinos fatigados e enfermos sem esperança de cura. Tais estabelecimentos funcionaram em toda a Europa durante a Idade Média, e os doentes eram atendidos em nome da caridade cristã (Mascarenhas, 1976).

Assim, historicamente, a atividade hospitalar tem sido verificada nos mercados da Babilônia, no Egito e na Grécia Antiga, na Índia (226 a.C.) e Ceilão (437 a.C.), desenvolvendo-se dessa forma, na Era Cristã (Maudonnett, 1988). A assistência médica caracterizava-se como um elemento de cunho religioso e místico (o médico era visto como sacerdote), e as doenças, consideradas sobrenaturais (Rosen, 1958). Na Grécia, existiam os templos para que os doentes fossem recepcionados, geralmente viajantes e os mesmos eram

denominados de asclépios. Em Roma, os hospitais focavam na recuperação de militares para que lutassem em novas guerras (Salles, 1971).

O hospital com as características observadas atualmente configura-se como algo muito recente. Gurgel Júnior e Vieira (2002) afirmam que o hospital, enquanto organização de intervenção terapêutica com o objetivo de alcançar a cura de doentes, é algo relativamente novo. A transformação do hospital deu-se em virtude da necessidade de anulação dos seus efeitos negativos, visto que se configurava como um local de concentração de inúmeras pessoas doentes e, portanto, um foco natural de doenças, e conseqüentemente um grave perigo à sociedade (Foucault, 1999). Antes do século 18, os hospitais serviam como local de separação dos enfermos para que esperassem pela morte, não havendo quase ou nenhuma intervenção sobre a doença ou morte (Sena, 2013).

Velloso (2004) descreve que na Idade Média e na modernidade, os serviços de limpeza estavam destinados ao carrasco da cidade e eram executados pelos seus auxiliares. Já as tarefas ligadas ao destino dos restos da cidade, inclusive cadáveres, eram destinadas às prostitutas, prisioneiros de guerra, condenados, escravos, ajudantes de carrascos e mendigos. Dessa forma, pode-se ter uma compreensão de como o trabalho com resíduos era socialmente desqualificado. Velloso (2004) descreve da seguinte forma as condições de higiene e limpeza nas cidades medievais:

As cidades, no medievo, eram densamente povoadas. Os resíduos - fezes, urina e águas fétidas - eram lançados pelas janelas. As roupas eram lavadas raramente e, como consequência, elas ficavam infestadas de pulgas, percevejos, piolhos e traças. Quem mais corria risco eram os recém-nascidos, já que as mulheres, ao dar à luz, costumavam forrar as camas com lençóis usados. Entre um quarto e um terço das crianças morriam antes de completar um ano e muitas outras antes dos dez anos. De

cada dois nascimentos bem-sucedidos, somente um chegava à idade adulta. As casas eram ninhos de ratos que disputavam os restos de comida com os animais de criação (p. 3)

Sousa (2013) aponta que durante os séculos XIV e XVIII, as pestes e os vírus assolaram o modo de vida das cidades europeias. A esse respeito, Sousa (2013) atesta que a Peste Negra (século XIV), foi a responsável pela morte de um terço da população, sendo a mais emblemática. Outras pestes negras, como as de Milão, Brescia e Veneza, que ocorreram no século XVI; a de Viena, de 1713 e a peste de Marselha, de 1720, esta última chegou a matar metade de sua população, gerando efeitos que influenciaram nos hábitos e corpos dos indivíduos com o passar dos anos. Os impactos negativos gerados a partir da falta de ações de limpeza e higienização nos ambientes urbanos e domésticos, resultaram em alerta para as autoridades sobre o problema em questão, promovendo a criação de políticas em prol da limpeza pública.

Com efeito, limpar é uma ação histórico-social, construída e difundida por meio do desenvolvimento social do ser humano, sendo uma prática essencial para a aquisição de melhores condições de saúde e qualidade de vida. Sendo manifestada de diferentes formas, logrou graus diversos de importância ao longo da História e cada sociedade a encarou conforme suas práticas culturais (Padovani, 2009).

Comumente, a tarefa de limpeza nos hospitais foi direcionada a um setor específico ou a uma empresa prestadora de serviços terceirizados na área de limpeza e conservação. Isto posto, são denominados profissionais dos serviços gerais de limpeza os colaboradores do setor de limpeza. Para ocupar tal função, os trabalhadores deverão possuir pelo menos o primeiro grau completo, pois deverão lidar com produtos químicos, diluídos, matéria

orgânica, instrumentos perfurocortantes, equipamentos de limpeza e outros, e de toda forma possuem um contato com o paciente quando da limpeza dos leitos (Fernandes, 2000).

A limpeza é efetuada com materiais, equipamentos e ambientes, deve seguir os processos de desinfecção correta, de modo que a sujeira, em especial, a matéria orgânica, a exemplo de sangue, urina, entre outros, impeçam a ação completa dos desinfetantes empregados quando não são corretamente higienizados (Ayres, Kamimura, & Oliveira, 2015). Os resíduos produzidos em unidades de saúde são assim caracterizados: lixo comum (e.g. papel, restos de comida de refeitórios e cozinhas e outros), resíduos infectantes ou de risco biológico (e.g. sangue, gaze, curativos, agulhas, etc.) e resíduos especiais (e.g. químicos, farmacêuticos e radioativos) (Camargo, Motta, Lunelli, & Severo, 2009; Ferreira, 2002; Paveloski, 2009).

A higienização, no sentido de controle de infecção hospitalar, de acordo com o Manual de Higienização do Ministério da Saúde no Brasil (2003), é descrita conforme os tipos de limpeza que devem ser realizados e a forma mais correta para que não seja superficial: higienização concorrente – considerado o processo de desinfecção e/ou de limpeza quando o ambiente a ser higienizado se encontra ocupado. É realizado diariamente e promove a limpeza e a reposição de material de higiene das diversas áreas. Higienização Terminal – é o processo de desinfecção e/ou limpeza que é realizado após a desocupação do ambiente, ou seja, em todas as áreas hospitalares. Tem o objetivo de reduzir o risco de contaminação ambiental, por meio da remoção de sujidades. Revisão de Limpeza Concorrente – trata-se da limpeza na reposição de material de consumo, higiene pessoal e remoção de sujidades tantas vezes quantas forem necessárias serem feitas.

Assim sendo, a Higiene Hospitalar constitui um serviço de importância prioritária e a sua execução inadequada poderá acarretar sérios problemas higiênico-sanitários. É responsabilidade do Núcleo de Higiene Hospitalar e do Serviço de Controle de Infecção

Hospitalar elaborar um Manual de limpeza e desinfecção para os profissionais envolvidos, além de promover a prática correta dos diferentes procedimentos e rotinas (Brasil, 2003).

Na concepção de Castanhede (1999), os trabalhadores dos estabelecimentos de saúde devem ser treinados com relação à correta manipulação e a coleta dos resíduos hospitalares. As cores dos sacos, por exemplo, devem ser específicas para cada grupo de resíduo. Ou seja, se o lixo for contaminado, a cor do saco deve ser branca; se for lixo não-contaminado, o saco de lixo é da cor preta. Com exceção das salas de isolamento, é imprescindível que em todos os setores exista a presença de um recipiente para resíduos comuns, com a finalidade de que não seja necessário um tratamento especial devido ao acúmulo da quantidade de resíduos. No que tange ao número e tamanho dos recipientes, estes devem ser adequados para a quantidade prevista de resíduos gerados nos diferentes ambientes que são postos. Nesse sentido, as áreas funcionais dos hospitais exigem de todos os seus membros e grupos um trabalho eficaz, tendo em vista que os mesmos são interdependentes.

Dentre os trabalhadores de instituições hospitalares, destacam-se aqueles que não possuem contato imediato com os pacientes, como os profissionais de higiene e limpeza (Oliveira & Gusmão, 2014), e é essa categoria que iremos focalizar no presente estudo. No próximo tópico, faremos uma caracterização dessa categoria – profissionais dos serviços de limpeza geral hospitalar -, apresentando definições e especificidades de suas atribuições profissionais.

1.2 Profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar: trabalho, riscos e saúde

Ao realizar um levantamento de dados na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO, 2002), constatou-se que o serviço de faxineiro também chamado de servente de limpeza ou auxiliar de limpeza, está na família 5143 denominada trabalhadores nos serviços

de manutenção de edificações. Tal serviço consiste em limpar vidros, limpar fachadas, limpar janelas, limpar superfícies (e.g. paredes, pisos, etc.), aspirar pó, passar pano, secar piso, remover sujeira. Estes profissionais trabalham em companhias e órgãos de limpeza pública, em condomínios de edifícios, sendo suas atividades realizadas em recintos fechados ou a céu aberto. Trabalham individualmente ou em regime de rodízio de turnos. Sobretudo, a ocupação “servente de limpeza”, difere do serviço doméstico, que ocupa na CBO a família 5121 e compreende a limpeza e arrumação da casa, preparação de comida, cuidado com roupas e sapatos, além do cuidado com animais e plantas.

No entanto, de acordo com o Manual do Ministério da Saúde (2003), o setor responsável pela limpeza hospitalar é o responsável por toda a remoção de sujeiras, detritos indesejáveis e microorganismos presentes no ambiente hospitalar. A limpeza hospitalar tem por objetivo a segurança dos pacientes e empregados contra infecções e acidentes. Devem ser treinados para procurar atender os requisitos da organização e buscarem melhorias constantes de métodos, produtos de limpeza e do tratamento do lixo hospitalar, para que os focos de contaminação e infecção acidental sejam evitados. Os setores de limpeza hospitalar dão suporte a toda estrutura operacional hospitalar, sendo necessários para o sucesso dos procedimentos médicos realizados, e que estão ligados diretamente à saúde dos pacientes. As enfermarias que se encontram com sistemas de limpeza e desinfecção inadequados são em potencial locais facilitadores à sobrevivência de microrganismos, o que provoca a probabilidade de ocorrências de infecção hospitalar (Sousa, Nery, & Nery, 2013).

Na literatura nacional e internacional as pesquisas se voltam para o estudo de uma única especificidade de serviço hospitalar, ou só coleta de resíduos, ou limpeza geral, ou só trabalhadores de lavanderia (Andrade & Monteiro, 2007; Fernandes et. al., 1999; Lima, Oliveira, & Rodrigues, 2011; Khan et al., 2009; Martins et. al., 2013; Musharrafieh et al., 2008). Este estudo em especial irá incluir os serviços de lavanderia, coleta de resíduos

sólidos, limpeza geral, considerando, assim, as especificidades e os riscos de cada processo de trabalho (Assunção et al., 2012; Chiodi et al., 2010; Spagnuolo, Baldo, & Guerrini, 2008).

Os serviços de lavanderia são caracterizados por ser uma tarefa de grande utilidade dentro do contexto hospitalar, tendo em vista que, todas as roupas e peças utilizadas nos procedimentos desenvolvidos internamente no hospital são processadas e limpas na lavanderia (Muller, 2015). Por sua vez, a coleta de resíduos sólidos busca minimizar a produção e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e de forma eficiente, para que os trabalhadores, usuários e profissionais do ambiente hospitalar sejam protegidos, bem como a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do ambiente (Fernandes, Maciel, & Xavier, 2007).

O ambiente hospitalar é um local onde os fatores de risco mais comuns são os agentes biológicos, físicos e químicos, causadores de inúmeros acidentes e doenças do trabalho. Portanto, a prestação de serviços no hospital caracteriza-se como complexo, por conta dos fatores internos e ambientais presentes. Entretanto, ainda que sejam escassas as análises sobre serviços de limpeza, podem-se citar as seguintes características: a depreciação identitária, a presença majoritária de mulheres e a preponderância de fatores como raça/ etnia, aparecem, em maior ou menor grau, em toda a literatura sobre o tema (Sousa, 2011). A insalubridade do trabalho hospitalar, bem como a constante exposição a fatores de risco, ambientais, entre outros, causam sofrimento ou doenças, geradas a partir da natureza particular de tal trabalho e de sua respectiva organização (Salvagni, Quintana, & Monteiro, 2011).

Não obstante, apesar da importância das atividades desenvolvidas pelos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar para o bem-estar dos profissionais e pacientes, o mesmo não é suficientemente valorizado. O próprio trabalhador e a sociedade o estigmatizam e o desvalorizam (Andrade, Angerami, & Padovani, 2000; Dancer, 2009; Diogo, 2007; Ferreira, Procopiak, & Cubas, 2011; Mathur et al., 2011; Sznclwar, Lancman, Wu, Alvarinho,

& Santos, 2004; Zuberi & Ptashnick, 2011). O trabalho desses profissionais é frequentemente desconhecido por seus usuários no ambiente hospitalar. Por mais que saibam que o profissional de serviços gerais de limpeza hospitalar integra o quadro de funcionários do hospital e, desse modo, serem também ligados à área de saúde, desconhecem o momento que podem contar com os mesmos ou por qual motivo procurá-los (Sena, 2013).

Sousa (2011), em seu estudo sobre identidade e subalternidade com profissionais de limpeza, caracteriza as atividades que se referem a esta categoria, como sendo de baixa qualificação, herdando assim uma história social de desvalorização atribuída a trabalhos manuais, tal como os serviços domésticos e os de limpeza, associados, por sua vez, aos resquícios de uma sociedade escravista colonial que atribuía às escravas a obrigação de realizar tais atividades. Os serviços de limpeza são comparados às práticas domésticas. No entanto, nesse caso, distingue-se principalmente pelo alto risco a que esses profissionais estão expostos nos serviços de saúde (Ream, 2014). Felix D. (2008) enfatiza que a limpeza hospitalar não é uma atividade doméstica, é preciso acentuar que ela contempla aspectos mais abrangentes e significativos no contexto de saúde, além de ser um componente fundamental na qualidade de qualquer hospital.

Em um estudo realizado por Costa (2008), em seu livro intitulado “Homens invisíveis: relatos de uma humilhação social”, gerado a partir de sua pesquisa de mestrado na área de Psicologia Social, o autor aponta a invisibilidade pública sofrida por trabalhadores de baixa qualificação. Costa (2008) relata que, apesar de ter sido uma pesquisa com garis, outras ocupações também passam pela mesma situação de invisibilidade pública como os vigilantes e os profissionais de limpeza.

Estudiosos como Petean, Costa e Ribeiro (2014) apontam que os profissionais da limpeza hospitalar, embora tenham que obedecer um processo de trabalho específico, com escalas por setores, vivenciam a ambiência hospitalar como um todo, uma vez que, com

frequência, experimentam todos os espaços físicos no desempenho de suas funções. Dessa forma, ao circular por todos os ambientes, recebem os impactos não só daqueles considerados mais limpos, como o lactário, bem como daqueles mais contaminados e insalubres, como os isolamentos, expurgos e o necrotério. Cabe frisar que, por conta do seu ofício, os profissionais de limpeza são obrigados a entrar em contato direto com aquilo que há de mais insalubre em tais ambientes. Dessa forma, por trás dos bastidores das atividades de limpeza hospitalar, esconde-se um universo de riscos e acidentes (Santos Júnior, 2002) que o caracteriza. Isto posto, a área da saúde é uma das mais sensíveis às implicações sociais e laborais, e se refletem na segurança e saúde das pessoas inseridas neste ambiente (Deffune, 1997).

O profissional de serviços gerais de limpeza hospitalar precisa realizar um esforço muscular no levantamento e transporte de peso, nos movimentos repetitivos e nas inclinações corporais, além da exposição a produtos químicos e de acidentes de trabalho (Beltrame et al., 2014), sendo importante ressaltar o impacto das doenças crônicas, em especial, as cardiovasculares, uma vez que são responsáveis por absenteísmo, aposentadoria precoce e incapacidade para o trabalho (Oliveira & Gusmão, 2014), ausência ou inadequação do uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e equipamentos de proteção coletiva ofertados pelo empregador, contato com fortes produtos químicos para limpeza, bem como práticas inadvertidas do uso e descarte de perfurocortantes por profissionais da saúde (Ream, 2014). Sofrem como os outros trabalhadores, mesmo que não trabalhem diretamente com o doente, sendo fonte de sofrimento os reveses de vivenciar a rotina hospitalar como a dor e o sofrimento dos pacientes (Gonzalez & Carvalho, 2003).

Deste modo, é possível citar os estudos de Hernandez, Guarin e Quito (1988) realizado no Hospital San José de Moniquira. Nesse estudo foram encontrados riscos ocupacionais dentro de um hospital que podiam afetar a saúde dos trabalhadores. Os autores foram pioneiros neste tipo de pesquisa dentro desta instituição. Os resultados do estudo apontaram

os locais de maiores riscos, de acordo com os trabalhadores, como altas temperaturas na cozinha, o ruído na lavanderia, serviço de pediatria e laboratório clínico, iluminação deficiente na maior parte do hospital, etc.

Ademais, os profissionais de limpeza hospitalar devem estar atentos à: proteção da pele contra lesões; ao cuidado em lidar com agulhas e outros materiais perfurantes e cortantes; a utilização de máscara sempre que estiver resfriado e próximo a pacientes; a realização de exame periódico; a manutenção da vacina antitetânica em dia; a prevenção de exposição acidental e outros fluidos corporais (Félix, 2008). Não obstante, mesmo o fato de estes profissionais desempenharem atividades assistenciais, são alvos, mesmo que de forma direta ou indireta, de lesões corporais e /ou doenças que podem até mesmo causar a morte, perda ou redução da capacidade de trabalho (Meneguim, Morine, & Ayres, 2015).

O autor supracitado menciona que a necessidade de manter os ambientes limpos e livres de agentes patogênicos que propiciam o surgimento de infecções, faz com que o profissional de limpeza hospitalar seja muito exigido –física, mental e psiquicamente – e para que a demanda de trabalho seja suprida é preciso que, na maioria das vezes, o profissional modifique a rotina de trabalho que foi prescrita, com a finalidade de atender a chamados para limpezas e desinfecções emergenciais, ou mesmo para cobrir o setor de algum colega que faltou ao serviço. Em suma, o profissional de limpeza é imprescindível para a manutenção adequada dos ambientes, como para o controle da contaminação ambiental por agentes químicos e biológicos, ao exercer um papel relevante na prevenção dos efeitos nocivos à saúde dos trabalhadores e usuários do serviço hospitalar (Maia, Ferreira & Carvalho, 2009).

Não obstante, os trabalhadores deste setor geralmente são terceirizados. A literatura que circunda a temática da terceirização (Araújo & Ferreira, 2009; Alves, 2000; Chillida & Cocco, 2004; Druck, 1999, 2007; Marcelino, 2004, 2008) aponta que, terceirizados ou não, os profissionais possuem uma precoce inserção no mercado de trabalho, baixa escolaridade e

baixos salários. Atividades de baixa qualificação caracterizam-se por uma relação desigual e subalterna. Trabalhadores com tais predicados estão situados em uma posição inferior na hierarquia em relação a funcionários e usuários da organização, o que confere um caráter subserviente a esta relação (Sousa, 2011). Diante do exposto, no próximo tópico, iremos nos deter na compreensão do processo de terceirização que se reflete nas relações trabalhistas da categoria dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar.

1.3 A terceirização do discurso e a terceirização real: precarização da vida laboral

Dentre as empresas que ofertam serviços terceirizados destacam-se os hospitais, os quais possuem, em sua maioria, serviços de limpeza quase sempre realizados por empresas terceirizadas, teoricamente especializadas nesse domínio (Félix, 2008). As atividades de conservação e limpeza são as mais terceirizadas por se tratarem de serviços periféricos (Sampaio, 2000).

O setor responsável pela limpeza e higiene de ambientes públicos e privados sofre frequentemente todas as consequências das condições precárias de trabalho, do mecanismo da terceirização com vínculo trabalhista fragilizado, pouca valorização profissional, alta rotatividade dos empregados, dentre outros aspectos. Em se tratando dos que trabalham na limpeza de hospitais, há o agravante de estarem susceptíveis a contrair vários tipos de doenças (Araújo et al., 2009).

Em resposta aos processos de reestruturação produtiva que se seguiram, à crise do capitalismo dos anos 1970, os novos padrões de gestão do trabalho desenvolveram-se sustentados na flexibilização. Neves e Pedroza (2007) apontam que, como consequência deste processo, ocorreu uma crescente transformação do contrato trabalhista, por meio das diversas formas flexíveis do emprego e do mercado de trabalho, assumindo diferentes configurações, a

saber: a terceirização, as cooperativas de trabalho, as atividades autônomas e inúmeras formas de trabalho assalariado disfarçado. O predomínio da atividade laboral temporária e terceirizada, devido ao surgimento de novas exigências e pré-requisitos no mundo do trabalho, e a necessidade de adequação a um mercado mais dinâmico, flexível e polivalente, configuram um novo modo de operar a força laboral (Assunção-Matos & Bicalho, 2016).

Por terceirização compreende-se um processo por meio do qual as atividades que são realizadas internamente pela empresa passam a ser realizadas fora dela, por terceiros. De acordo com Fróes (2012), o processo de terceirização engloba duas etapas, que são a desativação de setores da empresa e a contratação de um ou mais terceiros para a realização dessa tarefa. Amaro Neto (1995) destaca que, apesar de o termo terceirização envolver uma gama de ações, sua característica principal consiste na transferência de funções/atividades da empresa origem para empresas destino que são as subcontratadas, e que tem por objeto etapas do processo produtivo da empresa origem ou apenas atividades/serviços de apoio.

O termo terceirização veio a consolidar-se a partir do final dos anos 1980. Porém, o mundo empresarial já praticava esta modalidade de contratação desde a segunda metade do século XX. A partir da década de 1950, a indústria norte-americana passou a se destacar como pioneira na compra reiterada de serviços especializados. Paralelamente, os autores Assunção-Matos e Bicalho (2016) apontam que atualmente, o fenômeno da terceirização, constitui uma técnica moderna de administração, a fim de enxugar as estruturas gerenciais, de forma que haja construção de redes organizacionais e de parcerias, com a finalidade de que as empresas se concentrem em suas atividades-fim.

Estes autores ainda discutem que a terceirização, denominada mundialmente de *outsourcing* (fonte de fora), se explica pelo fato de ser um processo pelo qual a empresa opta por concentrar esforços no seu *core business*, o que possibilita que se torne mais competitiva com foco no mercado de trabalho. Assim sendo, esta técnica da administração configura-se

como um processo gerenciado de transferência para terceiros a fim de que realizem as atividades acessórias e de apoio para que as empresas se concentrem em seu negócio, e dessa forma garantam seu produto final.

Não obstante, na perspectiva da sociologia do trabalho, a terceirização constitui uma forma iniludível de dominação e uma prática de gestão que anula a regulação do mercado de trabalho. Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010) relatam que a terceirização promove uma invisibilidade do trabalho real, de forma a ocultar a relação capital/trabalho, descaracterizando assim o vínculo empregado/empregador que pauta o direito trabalhista por meio da transferência de responsabilidade de gestão e de custos para um “terceiro”. Isto posto, para o mundo do trabalho, os resultados foram alarmantes no sentido da desregulamentação dos direitos do trabalho em escala global, terceirização da força de trabalho nos mais diversos setores e ramos de produtivos e de serviços, derrota do sindicalismo autônomo e sua conversão em sindicalismo de parceria, só que menos negocial e menos conflitivo (Antunes & Druck, 2013).

O processo de acumulação flexível instituiu a empregabilidade de curto prazo, por meio da precarização das formas de contrato. E com isso precarizou ainda mais os direitos do trabalhador, feminilizando a mão de obra com salários mais baixos e inserindo idosos e crianças no mercado de trabalho (Druck & Franco, 2007). Autores como Castel (1998) conceituam a precarização como um processo central comandado pelas novas exigências tecnológicas e econômicas da evolução do capitalismo moderno. Este mesmo autor considera três aspectos importantes para esta nova dinâmica do capital, que são a desestabilização dos estáveis, a instalação na precariedade de diferentes trabalhadores e o aumento do desemprego.

Druck G. (2011) ressalta que a mesma lógica que incentiva a permanente inovação no campo da tecnologia e dos novos produtos financeiros, fez-se refletir nos trabalhadores, transformando-os rapidamente em obsoletos e descartáveis e que deveriam ser substituídos

por “novos” e “modernos”, configurando-os assim como flexíveis. Lima (2010) discute que a manifestação do caráter global da terceirização caminha para uma maior precarização das condições e relações de trabalho por meio da redução dos contratos por tempo indeterminado e de uma instabilidade dos mercados financeiros, afetando diretamente os trabalhadores em sua organização e planejamento da vida pessoal e familiar. Estudiosos, a exemplo de Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010), apontam que a precarização altera tanto a vida dentro como fora do trabalho, sendo considerado um processo multidimensional. Para tanto, se apresentam nas empresas formas de organização pautadas no *Just in time*¹, na gestão pelo medo, nas práticas participativas forçadas, na imposição sutil de autoaceleração, na multifuncionalidade, assim como em outros processos voltados ao controle maximizado. Tais processos de dominação sujeitam os trabalhadores e provocam insegurança, incerteza, sujeição, competição, proliferação da desconfiança e do individualismo, sequestro do tempo e da subjetividade. Além do mais, a desestabilização e a vulnerabilidade sociais conduzem à desvalorização simbólica, com a corrosão do sistema de valores, da autoimagem e das representações da inserção de cada um na estrutura social.

A reestruturação produtiva e a precarização se encontram indissolivelmente ligadas pela questão da organização social do trabalho. Appay e Thébaud-Mony (1997) defendem que a partir da “modernização” do sistema produtivo, pela flexibilidade e precariedade estrutural, emerge um processo de precarização social que influi nos trabalhadores, homens, mulheres, ativos e inativos, às necessidades da produtividade e da competitividade das empresas.

Ainda a respeito da discussão da precarização, Marcelino e Cavalcanti (2012) comentam que as empresas capitalistas visam, a partir das subcontratações, reduzir seus custos, sem a preocupação de como e em que condições esse trabalho subcontratado será executado. Doravante, a consequência disto não serão empresas “modernas” e com foco na

¹ *Just in time* é um sistema que tem por objetivo produzir a quantidade demandada com uma qualidade perfeita, sem excesso e de forma rápida, transportando o produto para o lugar certo no tempo desejado (Hall, 1983).

qualidade do processo produtivo, mas sim a descoberta de várias formas de burlar a legislação trabalhista, e o aumento da precarização do trabalho. As consequências advindas da intensificação do trabalho em decorrência da precarização apontam para um esgotamento físico e psíquico do trabalhador, identificados a partir do aumento na incidência de estresse, de acidentes no trabalho, de doenças ocupacionais, que são expressas a partir do sofrimento, como a depressão, transtorno psicossomático, transtorno por ansiedade., Além disso, constata-se o aumento do absenteísmo em decorrência de lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT). Por fim, o adoecimento faz repercutir para além da vida laboral, na vida social e familiar do trabalhador (Lima, Barros, & Aquino, 2012). Partindo das discussões apresentadas, o tópico seguinte será dedicado à discussão das terceirizações no âmbito da saúde.

1.4 A terceirização na saúde

A flexibilização no contexto brasileiro ocorreu de forma sistemática a partir da Reforma do Estado da década de 1990, sustentada pela ideologia (neo)liberal que adota um modelo administrativo fundamentado na relação custo-benefício, na eficiência e na competitividade. Alves (2014) explica que, para isso, a administração pública deveria adequar o quadro de pessoal às mudanças tecnológicas, às variações do mercado e às especificidades de cada campo de atividade. E no que concerne ao Estado, este deveria ajustar os vínculos de trabalho e as formas de remuneração, caracterizando-se a flexibilização, em especial por meio de serviços prestados.

No Brasil, com relação a organização do trabalho, evidencia-se, por meio da terceirização, condições de trabalho e salariais que discriminam os trabalhadores em primeira e segunda categorias. Antunes e Druck (2013) caracterizam esta hierarquização como sendo

trabalho análogo ao de escravo, pois sofrem discriminação tanto por parte da contratante como dos próprios trabalhadores contratados diretamente. Atualmente, as empresas nacionais utilizam a terceirização como modalidade especial de contrato de trabalho mais executada, diante dos modos de empregabilidade flexível (Mandarini, Alves, Sticca, 2016).

Chagas (2014) aponta que há a redução de custos no Brasil por conta da terceirização e a enorme heterogeneidade existente no mercado de trabalho, pois há a diferença de salários, benefícios, jornadas, condições e organização do trabalho que se modificam de acordo com as regiões do país, e que estão relacionadas também com marcadores de raça, classe e gênero. De acordo com um estudo realizado recentemente pela Secretaria Nacional de Relações de Trabalho e do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) (2014), os trabalhadores terceirizados recebem remuneração média inferior à dos trabalhadores com vínculo efetivo (24,7%), possuem maior jornada de trabalho (7,5%) e menor tempo de permanência no emprego (53,5%). Consequentemente, aumento da rotatividade e dificuldade em estabelecer o nexo causal em casos de adoecimento decorrentes do trabalho. Além disso, são vítimas de maior número de acidentes laborais (47%) e estão mais sujeitos a trabalhos análogos ao trabalho escravo até aproximadamente seis vezes mais que os trabalhadores contratados.

Um dilema vivenciado pelos serviços na saúde é a necessidade de se adequarem a métodos que sejam eficientes em termos de estabilidade econômica e controle da força produtiva, sobretudo em um contexto de livre fluxo no mercado de trabalho. Alves (2014) relata que no setor da saúde a flexibilidade se caracteriza por um redesenho da relação público-privado, com modificações na estrutura jurídico – administrativa das instituições de saúde, terceirização das atividades e contratações de prestadores de serviços individualizados. O fenômeno de terceirização no setor de serviços de saúde estava localizado nas funções de apoio operacional, serviços gerais e administrativos, serviços de hotelaria e outros

considerados não essenciais, assim como algumas áreas de apoio diagnóstico e terapêutico (Girardi, Carvalho, & Girardi Jr, 2000).

Na presente dissertação, o local de realização da pesquisa foi o Hospital Universitário de uma capital do Nordeste brasileiro. Os Hospitais Universitários, de acordo com Alves et. al. (2014), possuem um papel de importância na comunidade em que estão inseridos, pois são centros de atenção à saúde de alta complexidade, de formação de recursos humanos e para o desenvolvimento tecnológico para a área da saúde. Para tanto, os seus serviços foram incorporados ao SUS (Sistema Único de Saúde) no sentido de favorecer os usuários. Ademais, o fluxo de atendimento ficou sobrecarregado para as instituições que não estavam preparadas para o atendimento de um grande número de pacientes. Dessa forma, recorreu-se a terceirização para que a força de trabalho fosse suprida e, em muitos casos, sem o cumprimento da legislação que protege socialmente o trabalhador terceirizado.

Na conjuntura atual, o sistema de saúde é constituído por diversos tipos de hospitais: os privados lucrativos, os privados sem fins lucrativos e os públicos. Dentre os hospitais públicos existem os hospitais universitários federais, que são instituições mantidas por Universidades Públicas e que fazem parte do Sistema Único de Saúde. Segundo Matos (2012) os hospitais universitários federais correspondem a maior rede de hospitais do sistema público, contando com cerca de 47 hospitais em toda extensão do território brasileiro que compõe 12% de todas as internações do SUS.

Esses hospitais apresentavam um histórico de problemas de financiamento. Ao longo das décadas tais problemas se acentuaram quando os hospitais deixaram de ser instituições meramente de ensino e passaram a ser referência de assistência à saúde. Esse fato resultou em um déficit de profissionais provenientes da falta de realização de concursos públicos, acarretando na devida precarização dos serviços. A alternativa encontrada pelas Universidades Federais foi a contratação de mão de obra terceirizada (Santos, 2012).

Na tentativa de resolver essa problemática, houve o processo de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) que propunha mecanismos de financiamento e a melhoria no processo de gestão para as instituições hospitalares. É nesse contexto que em 31 de dezembro de 2010, entre os últimos atos do governo de Luís Inácio Lula da Silva, é encaminhado para o Congresso Nacional a Medida Provisória 520, que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), sob a forma de sociedade anônima com capital social representado por atividades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial integrada no âmbito do SUS (Paim & Teixeira, 2007).

Após intensa mobilização da comunidade, a MP 520 não é aprovada, por decurso de prazo, e o governo federal reedita uma nova versão – o PL 1.749/2011, aprovado sob a forma da Lei 12.550 de 15/12/2011. A lei federal 12.550 de 15/12/2011 cria a empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para administrar instituições públicas federais de ensino ou instituições de serviço de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, o que inclui hospitais universitários federais. A formalização da proposta advém da necessidade de equacionar o problema da precarização da força de trabalho com contratos irregulares, mediante a adoção do regime celetista, o que significa o descompromisso com a realização de concursos públicos por meio do Regime Jurídico Único. Ademais, o formato da empresa pública permitiria autonomia financeira, adoção de normas, procedimentos próprios de compras e contratações (Andreazzi, 2013).

A contratação de agentes terceiros, que se organizam como microempresas ou como sociedades cooperativas para a prestação de serviços profissionais, deu um salto vigoroso no Brasil. Os hospitais privados lucrativos, assim como o segmento filantrópico e beneficente conveniado do SUS, preferem contratar médicos não mais na modalidade de vinculação profissional autônoma e sim por intermédio da terceirização (Cherghiglia, 1999).

O recurso a terceirização em organizações de saúde ocorreu com algumas similitudes em relação a outros setores de atividade. No entanto, as consequências foram diferentes em termos de fiabilidade e performance. Os motivos mais mencionados para a procura da terceirização são: redução de custos, mitigação do risco, operação de mudanças rápidas sem comprometer os recursos internos (Guimarães & Carvalho, 2012).

O trabalho na área hospitalar possui de fato uma organização hierárquica, com verticalidade nas relações de poder, que se perpetua no âmbito das ações desenvolvidas, o que inclui o setor de limpeza (Monteiro, Chillida, & Bargas, 2004). Os autores ainda comentam que o mercado de trabalho se encontra diante de pouca qualificação e com grande disponibilidade de mão-de-obra. Zuberi e Ptashinck (2011), em sua pesquisa com trabalhadores de hospitais em Vancouver, apresentaram a terceirização de serviços de apoio hospitalar como uma tendência global de reforma política neoliberal nos cuidados de saúde. Sinalizam, a partir dos relatos dos trabalhadores, a precarização das condições de trabalho em consequência da terceirização. Além de serem enfatizadas as altas taxas de rotatividade, a forma de treinamento acaba por afetar diretamente na qualidade de trabalho e na saúde e bem-estar do paciente.

Denominar de “terceiros” já denota a distinção ou a condição de quem está fora, na parte externa. “Os terceirizados” apresentam diferenças com relação aos que foram contratados diretamente, tais como o tipo de treinamento recebido, em geral inferior, acesso limitado às instalações da empresa (refeitórios e vestiários), revistas na entrada e saída da empresa, jornadas mais extensas, intensificação do trabalho, maior rotatividade, salários menores, condições arriscadas de (in) segurança, dentre outras. Sousa (2011) evidencia ainda a diminuição da eficácia dos sindicatos com relação aos trabalhadores dos serviços gerais de limpeza que passam a ser apenas da categoria limpeza e conservação e, não como outrora,

parte integrante da totalidade dos funcionários que serviam a instituição, independente da ocupação.

Os estudos de Padilha (2014) revelam essa conotação de desigualdade e humilhação que os profissionais de limpeza terceirizados relatam em consonância a relação hierárquica com os não terceirizados que os colocam em posição inferior. Nunes (2014) também realizou uma pesquisa com trabalhadores terceirizados, mais especificamente, profissionais de limpeza. Os seus resultados corroboraram com a pesquisa citada anteriormente sobre as consequências da terceirização, em vista do caráter negativo da dinâmica de reconhecimento, por serem terceirizados e não efetivos, o que influi na precarização das condições de trabalho. De acordo com a Dieese (2007), os serviços de conservação e limpeza são os que possuem maior vínculo de contratação terceirizada com um volume de 68,9%.

A pesquisadora Hirata (2009) destaca, a partir de suas pesquisas, realizadas em âmbito internacional, três indicadores do trabalho precário: o primeiro concerne à ausência de proteção social e de direitos sociais, como os direitos sindicais; o segundo indicador diz respeito as horas reduzidas de trabalho, que, por sua vez, remete a salários baixos que resultam na precariedade das condições de trabalho, e por fim, o terceiro indicador compete aos níveis baixos de qualificação, que culminam, em inúmeros casos, na precariedade e no desemprego.

Temos que considerar, ainda, que os trabalhadores, que estão à mercê de trabalhos precarizados, sofrem em não procurar seus benefícios por medo de perderem seus empregos ao terminar seu afastamento por conta da doença, e por diversas vezes ocorre o fenômeno do presenteísmo, que agrava a situação dos trabalhadores por utilizarem mecanismos de negação psicológica dos sintomas e não reconhecerem os próprios agravos sofridos por sua saúde (Franco, Druck, & Seligmann-Silva, 2010).

A precarização no trabalho faz gerar uma fragilidade nos laços sociais. Aquino et al. (2016) discutem a terceirização como um ônus ao Estado no quesito de criar novas redes de assistência ou de ampliar as que já existem, pois isto implica diretamente no sujeito que possui laços sociais frágeis, referindo-se tanto as condições pessoais, quanto as condições de moradia. Este passa a sentir pressões psicológicas que podem agravar ou gerar problemas em sua saúde mental, a citar: a depressão e síndrome de burnout. Antunes e Druck (2014) aponta a terceirização no Brasil como o fio condutor da precarização no trabalho. O autor destaca a terceirização como um “fenômeno onipresente em todos os campos e dimensões do trabalho” (p.35). Caracteriza-o como uma prática de gestão, organização e controle que discrimina, bem como pelas relações de contrato flexíveis, sem proteção trabalhista, e sinônimo de risco para a saúde e para a vida. Além do mais, os trabalhadores passam a sentir-se fragilizados em suas identidades coletivas, a partir da alienação e desvalorização humana do trabalhador. Há também a questão da concorrência entre os trabalhadores e seus sindicatos por meio da pulverização da organização sindical. Alerta para o descumprimento da legislação trabalhista e forma ideal de romper os limites que são regulados pelo Estado, pelo uso da força de trabalho e de sua exploração como mercadoria, além da existência da invisibilidade sofrida pelos trabalhadores dessa categoria.

1.5. Algumas considerações sobre o trabalho dos profissionais dos serviços gerais de limpeza a partir de um olhar de gênero

O hospital é considerado um espaço de profissionalização do trabalho doméstico, uma vez que “subqualifica” as tarefas cotidianas, oferecendo às profissionais de limpeza o “reconhecimento” que elas não possuiriam em contextos não institucionais e reconhecidos (Pitta, 1990). Ademais, a situação destas profissionais no mercado de trabalho levanta discussões sobre aspectos importantes, como as condições em que realizam suas atividades, a

falta de qualificação formal e a submissão à disciplina e lógica das relações capitalistas. Neste último caso, em especial, a disponibilidade de uso dessa mão de obra por parte do capital que, pela condição de serem mulheres, remete a subordinação às relações de dominação masculinas, as quais ainda são expressas tanto no âmbito doméstico como no trabalho (Chillida & Coco, 2004).

O aumento do emprego feminino é acompanhado do crescimento simultâneo do emprego vulnerável e precário das mulheres, assinalando o fenômeno da precarização do trabalho e do emprego na conjuntura atual (Hirata, 2009). Isto leva à discussão sobre a divisão sexual do trabalho, que pode ser caracterizada como a designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva, tendo a função dos homens um forte valor social. Tais questionamentos remete a dois princípios presentes na divisão social do trabalho: o princípio de separação, significando que existem trabalhos de homens e trabalhos de mulheres, e o princípio hierárquico, ou seja, o trabalho de homem “vale” mais do que um trabalho de mulher (Kergoat, 2002).

A atribuição da desigualdade de gênero no mercado de trabalho pode estar relacionada ao fato de a mulher desempenhar papéis diferentes. São elas as responsáveis pelos cuidados da casa e dos filhos e não possuem participação nos processos produtivos (gerar renda na família). A mulher que trabalha tem que buscar conciliar as atividades produtivas e as reprodutivas (relativas ao cuidado familiar) (Brushini, 2007).

Cappelle, Mello e Sousa (2013) denominam de “dupla (‘ou tripla’) jornada de trabalho da mulher, quando as mesmas buscam conciliar a vida familiar e a vida profissional. Isto se revela nas situações em que, mesmo trabalhando fora de casa, ela tem que se preocupar com os cuidados dos filhos e dos maridos, representando uma superposição de responsabilidades. Os homens que assumem estes papéis, referentes a cuidar dos filhos e da casa na sociedade, são vistos como exceções ou então que possuem traços femininos (remete-se a mulher o único

dever de cuidar da casa e dos filhos do casal), revelando discriminação quanto a estas práticas. Entretanto, a trajetória das mulheres no trabalho ao longo do século XX vem se modificando no que tange a sua inserção no mercado de trabalho, pois abriu portas à profissionalização e não somente ao confinamento do universo doméstico.

Para Hirata (2001), as consequências das evoluções da atividade feminina são múltiplas, pois o modelo de trabalho precário, vulnerável e flexível, pode constituir um modelo que prefigura um regime por vir de assalariamento masculino e feminino. Nesse quesito, Yoshikai (2009) aponta que a presença das mulheres no universo do trabalho fez com que a construção de uma nova identidade aflorasse, como de agentes produtivas, sendo que muitas delas constituem-se chefes de família atualmente.

Em um estudo realizado na Bélgica com profissionais de limpeza, os pesquisadores Lebeer e Martinez (2012) destacaram as desigualdades de gênero presentes na profissão, dos mecanismos inerentes aos regimes de trabalho, além da organização do trabalho e a gestão da mão de obra. Os autores alertam sobre os efeitos de uma dupla segregação, tanto em relação às condições de subcontratação que caracterizam o trabalho de limpeza e aos revezes sofridos pelas mulheres quanto aos regimes e horários de trabalho não negociáveis, ao estabelecerem o trabalho parcial e horários segmentados e dessincronizados.

Nesse contexto, a autora Diana Assunção (2011) em seu livro “A precarização tem rosto de mulher” relata sobre a precarização de profissionais de limpeza da USP. Estas profissionais terceirizadas sofrem com a precarização de suas condições de trabalho, caracterizada por baixos salários, condições e hierarquizações do trabalho, além da diminuição e até ausência de direitos trabalhistas. A autora acompanhou um movimento grevista destas trabalhadoras. Além de sofrerem com péssimas condições de trabalho e salários atrasados, as profissionais queixavam-se do tratamento desigual sofrido pelos funcionários efetivos da universidade e pelos próprios estudantes que as tratavam como se as

mesmas fossem empregadas deles. Este estudo nos faz compreender a estreita relação entre a terceirização e precarização do trabalho, assim como os problemas enfrentados pelas trabalhadoras terceirizadas que não são vistas como integrantes da organização para a qual trabalham e sofrem com a “invisibilidade” de seus postos de trabalho.

Em suma, a partir das informações fornecidas neste capítulo a respeito das atuais características do trabalho em escala mundial, tem-se a necessidade de um aprofundamento quanto às condições da atividade dos profissionais de serviços gerais de limpeza hospitalar, mais especificamente no contexto brasileiro, em especial sobre a tríade trabalho-saúde, objeto dessa pesquisa de dissertação. Para tanto, o próximo capítulo apresenta alguns dados a respeito do aspecto trabalho-saúde dos profissionais de limpeza hospitalar, à luz da realidade deste setor no contexto brasileiro.

Este capítulo tem por finalidade aprofundar o trabalho em serviços de limpeza hospitalar e a relação que essa atividade estabelece com a saúde desses (as) trabalhadores (as). Para tanto, realizou-se uma revisão sistemática na literatura em busca de uma compreensão mais específica da temática. O resultado obtido com a pesquisa de trabalhos científicos deverá demonstrar em que situação o tema da relação saúde e trabalho dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar se encontra no âmbito da Psicologia.

A revisão sistemática constitui um método que possibilita organizar as informações e contribuir para responder às questões de pesquisa, além de poder identificar e mapear áreas com poucos estudos, evidenciando dessa forma a necessidade de novas pesquisas. Para tanto, caracteriza-se por ser um método de pesquisa de caráter descritivo e exploratório (Petticrew & Roberts, 2006).

Nesse sentido, a revisão sistemática da literatura foi realizada a partir da análise de artigos nacionais disponíveis na base de dados eletrônicas SciELO Brasil ² – Scientific Electronic Library Online -, uma base de dados pública e plataforma de livre acesso a toda comunidade acadêmica e onde estão indexadas as principais revistas brasileiras. O Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)³, biblioteca virtual que reúne e disponibiliza às instituições de ensino e pesquisa no Brasil um acervo de mais de 33 mil títulos com textos completos, 130 bases referenciais, dez bases dedicadas exclusivamente a patentes, além de livros, enciclopédias e obras de referência, normas técnicas, estatísticas e conteúdo audiovisual.

Para a organização e sistematização dos artigos foram utilizados inicialmente para a pesquisa os descritores “trabalhadores de limpeza hospitalar” and “saúde mental”. Porém, foram encontrados apenas dois artigos no SciELO, assim como também no portal de periódicos da CAPES. Mediante a escassez de achados, foi realizada uma segunda pesquisa,

² Endereço eletrônico do SciELO - <http://www.scielo.org>

³ Endereço eletrônico do Portal de Periódicos da Capes - <http://www.periodicos.capes.gov.br>

com outros descritores, “trabalhadores de limpeza hospitalar” and “saúde”, e dessa forma, foram encontrados um total de 16 artigos, sendo 7 no Scielo e 9 no portal de periódicos CAPES, como pode ser observado na Figura 1. Destes, quatro artigos apareciam duplicados nas duas bases de dados selecionadas, gerando um total de apenas 12 trabalhos com os temas indicados.

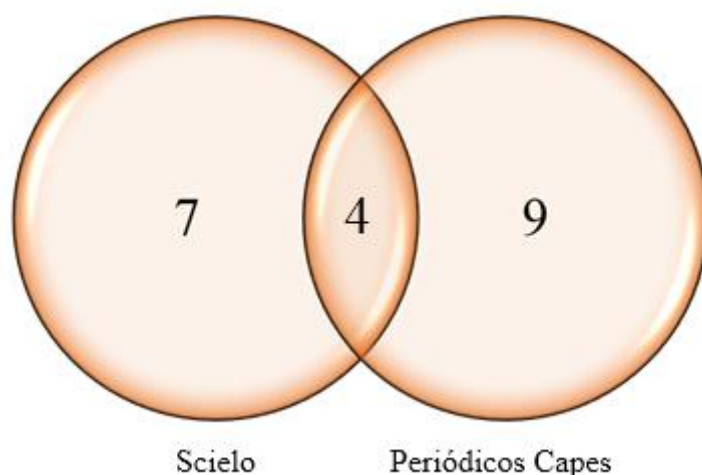


Figura 1. Total de publicações de acordo com as bases de dados.

Na figura 1, pode-se verificar o resultado da busca de trabalhos em cada base de dados. Para a primeira etapa de filtragem foram delimitados os seguintes critérios de inclusão: textos produzidos em português no Brasil, sem corte temporal; artigos científicos que abordassem trabalhos com profissionais de limpeza hospitalar; artigos baseados em estudos de campo com a categoria supracitada (trabalhos teóricos ou de revisão foram descartados); estudos sobre a temática de saúde e de seus impactos para os profissionais de serviços gerais de limpeza hospitalar.

A seleção inicial resultou em 12 artigos. Contudo, ao analisar os títulos e resumos desses estudos, foram excluídos os artigos repetidos em mais de uma base de dados, os que

não abordavam o tema da saúde relacionada aos trabalhadores de limpeza hospitalar, e que não se enquadravam nos critérios já mencionados. A partir desta filtragem, obteve-se um total de 10 trabalhos (três não tratavam de pesquisas com trabalhadores de limpeza hospitalar e sendo assim, foram eliminados). Dos trabalhos analisados, uma era dissertação e o restante artigos científicos.

Quanto as áreas de publicação desses artigos, pôde-se observar que a área de enfermagem teve o maior número das publicações. Houve publicação também em um periódico da área da saúde (Saúde pública). Considerando apenas os artigos, com exceção da dissertação de mestrado, foi possível identificar o quanto a Psicologia, em especial à área de Psicologia Social do Trabalho, tem estado ausente nas discussões a respeito da relação saúde-trabalho da categoria dos profissionais de limpeza hospitalar. Tais constatações reforçam a importância e a relevância do objeto de estudo da presente dissertação que busca analisar a relação trabalho-saúde dos profissionais de limpeza hospitalar. Na figura 2, pode-se observar a distribuição dos artigos a partir dos periódicos nos quais foram publicados.

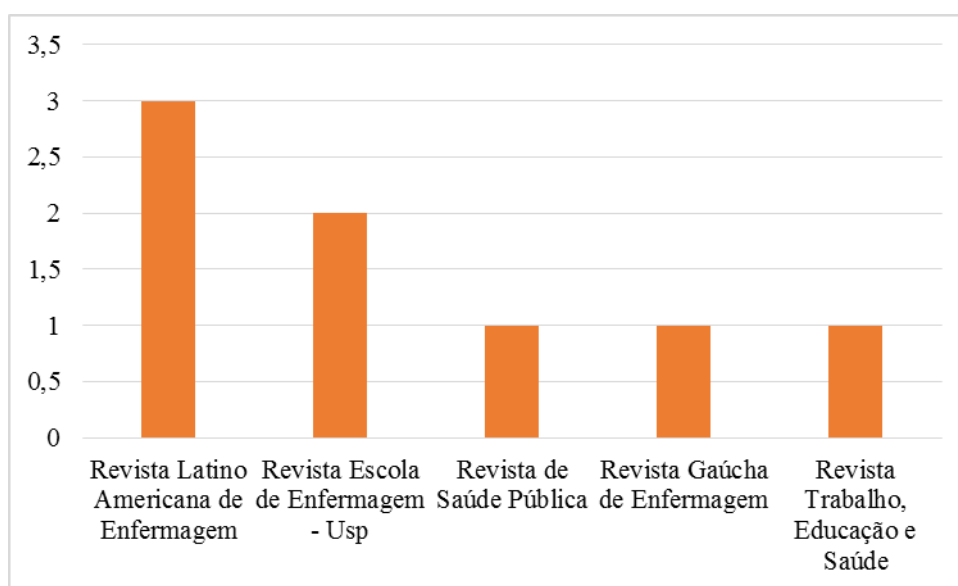


Figura 2. Distribuição dos artigos a partir das áreas de publicação

Com relação ao ano de publicação, os trabalhos se concentraram no período de 1999 a 2014, e pôde-se perceber que houve uma lacuna do ano de 1999 até o ano de 2003, tendo havido outra publicação com a temática estudada somente no ano de 2004. As mesmas encontram-se espaçadas até a última publicação em 2014, o que pode ser verificado na Figura 3.

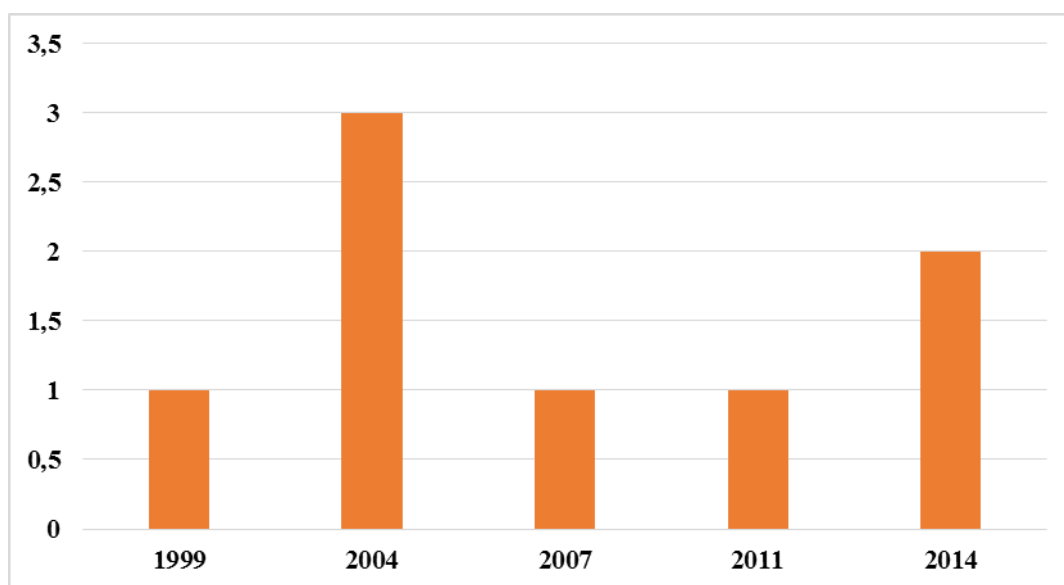


Figura 3. Distribuição dos artigos a partir do ano de publicação

No que concerne as perspectivas de produção de dados, a figura 4 apresenta a distribuição dos artigos de acordo com a escolha do pesquisador quanto aos instrumentos e técnicas de interpretação dos dados. A maioria optou pela abordagem quantitativa, a qual proporciona ao pesquisador uma maior abrangência geográfica, em função da padronização e impessoalidade do instrumento (e.g., formulário e/ou questionário). Entretanto, na pesquisa qualitativa, é imperioso o contato entre pesquisador e entrevistado, tendo em vista que os resultados encontrados possuem estreita relação com a condução e os maneirismos nessa relação (Aquino, Sabóia, Melo, Carvalho, & Ximenes, 2016).

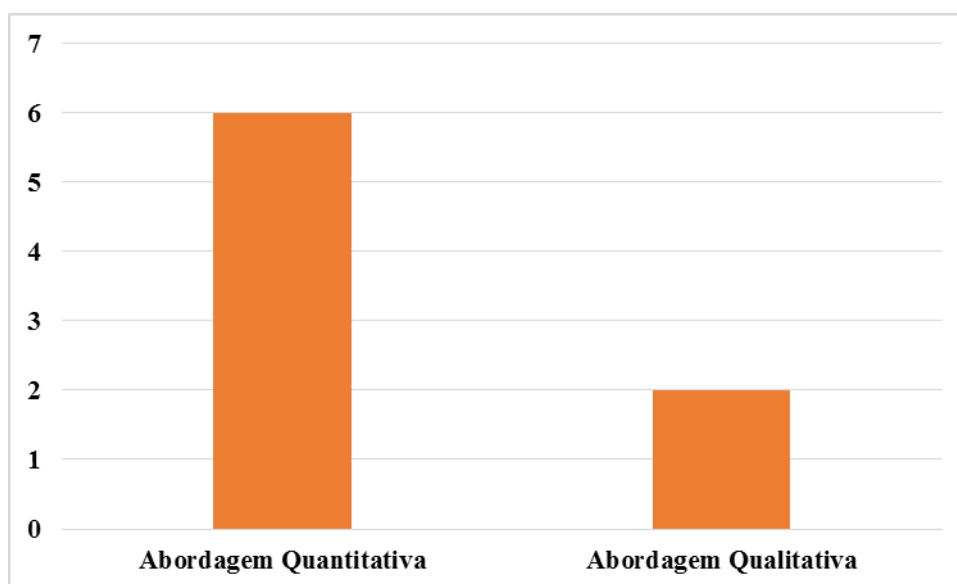


Figura 4. Distribuição dos artigos quanto a perspectiva de produção de dados

Quanto às temáticas dos artigos, foi possível obter uma maior compreensão sobre a relação trabalho-saúde dos profissionais de limpeza hospitalar, bem como os seus impactos para os trabalhadores. A partir de leituras dos trabalhos encontrados na revisão sistemática, buscou-se realizar uma análise do conteúdo das pesquisas com relação à atividade dos profissionais de limpeza hospitalar no contexto brasileiro.

2.1. O trabalhar em limpeza hospitalar e os impactos para a saúde do trabalhador

A partir da análise da literatura, foi possível identificar vários problemas de saúde aos quais estão expostos os trabalhadores da categoria estudada. Desses profissionais são exigidas cargas física, psíquica e mental elevadas, além dos riscos biológicos e químicos aos quais estão submetidos. As insalubridades do trabalho hospitalar, bem como a constante exposição a fatores de risco ambientais, entre outros, acabam por causar sofrimento e/ou doenças, gerados a partir da natureza particular de tal trabalho e de sua respectiva organização (Salvagni, Quintana, & Monteiro, 2011).

Em razão disto, a atividade de higienização hospitalar requer que os trabalhadores exerçam movimentos repetitivos, reproduzam posturas inadequadas e façam uso de uma força excessiva no desempenho de suas funções. O Ministério da Saúde do Brasil (2001), aponta a existência de diversos fatores de risco para a saúde do profissional de limpeza hospitalar, (e.g., diversas substâncias, líquidas ou gasosas; agentes biológicos, como vírus, parasitas e bactérias que podem ser caracterizados como fatores de risco para a atividade humana). Cumpre frisar que, os aspectos psicossociais possuem relação com a satisfação no trabalho e podem influenciar na saúde do trabalhador, uma vez que incidem em várias questões relacionadas ao trabalho, como a utilização de equipamentos; condições de iluminação; ventilação; conforto; além dos fatores mecânicos, capazes de causar acidentes de trabalho, no que concerne às sinalizações; ordem; e limpeza no ambiente de trabalho.

Assim, na análise das publicações, evidenciou-se a exposição a riscos e suas consequências na saúde destes trabalhadores. Neste sentido, Martarello e Benatti (2009), realizaram uma pesquisa com 86 trabalhadores de limpeza hospitalar a fim de identificar aspectos da qualidade de vida e de sintomas osteomusculares nestes profissionais. Os resultados encontrados apresentaram que metade dos trabalhadores referiu problemas osteomusculares na região dos ombros e 43 % apresentaram dor na parte superior das costas, sendo que a região do pescoço e a parte inferior das costas foram significativas (37%). Um resultado considerado alarmante no que concerne à saúde destes trabalhadores em sua relação com as atividades por eles desenvolvidas. Quando comparados à realidade do trabalho de uma equipe de enfermagem, a ocorrência de sintomas osteomusculares acusou diferença significativa para os trabalhadores de higiene com relação aos ombros, região superior das costas e pescoço, enquanto que a equipe de enfermagem relatou sintomas nas regiões lombar e dorsal. A diferença entre os grupos de trabalho com ou sem a presença de sintomas osteomusculares apontados nos instrumentos Questionário Nórdico e obtidos pela aplicação

do questionário genérico de avaliação da Qualidade de Vida relatou uma diferença significativa nos domínios Capacidade Funcional, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade e Saúde Mental. A partir desses resultados, os autores do estudo concluíram que quem apresentou sintomas osteomusculares terá sua qualidade de vida provavelmente comprometida, o que incide nos aspectos da qualidade de vida tanto laboral quanto extra laboral.

Além dos aspectos já mencionados, esta pesquisa também revelou outros acidentes sofridos por estes trabalhadores, tais como corte, lesão por esforço repetitivo, perfuração, queda e torção e ainda outras modalidades de problemas de saúde, tais como dermatite, dor muscular, estresse, hipertensão, rinite e tendinite.

Outra situação referente à saúde desses profissionais diz respeito aos riscos biológicos aos quais estão expostos. Segundo a Organização Internacional do Trabalho – OIT, na atualidade, os riscos biológicos que estão presentes nos hospitais são considerados como emergentes, sendo a gestão de resíduos infecciosos um sério problema para os trabalhadores da saúde (OIT, 2010). A autora Cristina Osti (2004), em sua dissertação de Mestrado, realizou um estudo com 113 profissionais de limpeza hospitalar no qual objetivou avaliar na população ativa desta categoria, com esquema completo de vacinação contra o vírus da hepatite B, a presença de infecção natural pelo VHB, anterior à vacinação, medida pelo anticorpo contra o AgHBc (anti-HBc) e sua relação com as condições epidemiológicas gerais, de vida pessoal e profissional e de risco de infecção pelo VHB e os níveis de anticorpo contra o AgHBs (anti-HBs).

Como resultados do estudo, houve presença de anti-HBc denotando infecção anterior à vacinação encontrada em nove funcionários, sendo oito mulheres, e não foi apresentada associação entre presença de anti-HBc e as seguintes variáveis: faixa etária, sexo, tempo de exposição profissional (anos), presença de acidentes de trabalho, número de parceiros sexuais,

contato sexual de risco, transfusão sanguínea e tatuagem. Encontrou-se tendência a associação entre o não uso de preservativo e a presença de infecção, pois os nove funcionários com anti-HBs presentes referiram não utilizar proteção durante a relação sexual. Quanto à resposta à vacinação, com a formação de anti-HBs, encontrou-se associação altamente significativa entre o sexo feminino e produção de concentrações do anticorpo maiores que ou iguais a 100 mUI/ml. Também foi encontrada tendência a associação de maiores títulos com ausência de tabagismo.

Osti (2004) ainda destaca que acidentes com perfurocortantes são mais recorrentes com os trabalhadores da área de apoio hospitalar e do setor de limpeza e que poderiam ser implantadas medidas preventivas quanto à adequação do descarte destes materiais, pois muitos são descartados de maneira imprópria, no leito do paciente, na mesa da cabeceira, na bandeja de medicação, no chão e no lixo comum. Também poderiam ser realizados treinamentos específicos para os trabalhadores para que os mesmos pudessem estar mais preparados para a sua realidade de trabalho. Estes dados são corroborados com o estudo de Meneguim, Morine e Ayres (2015), que evidenciam a necessidade da implantação de programas eficazes na prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes e em relação aos diversos riscos aos quais estão expostos. As causas do acidente não devem ser meramente apontadas para os profissionais do setor de limpeza, e sim ao processo de trabalho vivenciado na organização. Ressalta-se a necessidade de valorizar os fatores individuais e institucionais envolvidos no processo, para que sejam asseguradas práticas hospitalares mais seguras.

Além das informações referentes à revisão sistemática, pode - se verificar que a hepatite B é considerada atualmente uma das mais prevalentes infecções ocupacionais contraídas no ambiente hospitalar (Alter, 1975; Focaccia, 1985; Hu, 1991). Ademais, os maiores riscos dos acidentes perfurocortantes não se restringem as lesões, mas aos agentes biológicos veiculados pelo sangue e secreções corporais, sobretudo, o HIV e HBV, que se

encontram presentes nos objetos causadores, além de sofrerem com o trauma psicológico durante o período em que esperam os resultados dos exames sorológicos (Marziale & Rodrigues, 2002). Além do risco de contrair infecções, o acidente pode vir a gerar sérias repercussões psicossociais no trabalhador, concernentes a mudanças nas relações de trabalho, familiares e sociais, gerados pelas associações ao HIV e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), além das reações psicossomáticas pós-profilaxia utilizada pela exposição ocupacional e o impacto emocional sofridos pelos trabalhadores (Brandão Júnior, 2000).

Com o intuito de enriquecer a discussão sobre o assunto, convém ressaltar que a preocupação com o manuseio diferenciado dos resíduos hospitalares surgiu a partir do momento em que o paciente passou a assumir sua condição de consumidor e exigir uma melhoria no tratamento para a recuperação de sua saúde. Com o surgimento da AIDS e da Hepatite B, os profissionais da saúde foram obrigados a rever os procedimentos em relação aos resíduos e sua contribuição na cadeia de transmissão de doenças (Dias, 2004).

Os materiais perfurocortantes, em especial, exigiram grande atenção para que seu descarte fosse realizado de forma cautelosa. Tal situação levou ao aumento das preocupações com os cuidados que são necessários aos resíduos e a limpeza hospitalar, refletindo-se na criação de legislações específicas, visto que o crescimento das quantidades de resíduos a incinerar agravava os problemas ambientais (Amaral, 2014).

A literatura visitada na revisão sistemática apontou ainda para a existência de um estudo de caráter inédito no Brasil por ser o primeiro a avaliar a prevalência da colonização por *Staphylococcus aureus* na boca de profissionais de limpeza hospitalar, segundo estudo de Cruz, Pimenta, Hayashida, Eidt e Gir (2011). Os autores buscaram compreender também os conhecimentos e as crenças destes profissionais diante deste risco a que estão expostos. A pesquisa foi realizada com 63 profissionais de limpeza hospitalar, sendo que todas do sexo feminino, 20 apresentaram-se não colonizados e 43 colonizados; 13 para *Staphylococcus*

aureus resistente à meticilina e 30 para *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina. O estado de carreador persistente por *Staphylococcus aureus*, resistente à meticilina, foi detectado em 15,4% dos casos.

Os mencionados autores destacaram, ainda, que os investigados recebem apenas orientações ocasionais das enfermeiras assistenciais e da equipe do serviço de controle de infecção hospitalar quanto aos riscos a que estão expostos. É evidente a pouca importância atribuída à qualificação profissional resultante das análises das publicações referentes a saúde dos profissionais de limpeza hospitalar. Os resultados desse estudo revelaram a baixa escolaridade dos contratados em serviços de saúde, e que necessitam de conhecimentos técnicos elementares no que tange a transmissão de microorganismos e higiene em ambiente hospitalar. De acordo com o Ministério da Saúde no Brasil (2007), os trabalhadores devem ter acesso às informações sobre os riscos e cuidados que envolvem sua atividade, assim como devem ter participação nas medidas de promoção da saúde e prevenção dos acidentes. Entretanto, é de suma importância que estas medidas sejam efetivamente aplicadas, e não somente existam nos documentos.

Outro assunto verificado na revisão sistemática diz respeito ao conhecimento dos profissionais em serviços de limpeza hospitalar em relação aos riscos de contaminação do ambiente de trabalho e à importância de seu trabalho para a manutenção de sua saúde. Os autores Monteiro, Chillida e Bargas (2004) objetivaram analisar as atividades de educação continuada. As enfermeiras da organização pesquisada são as responsáveis pelo gerenciamento do setor de limpeza e pela orientação e educação continuada dos profissionais terceirizados de limpeza hospitalar com fins de uma maior conscientização ao processo saúde-doença. Para tanto, contou-se com uma amostra de seis entrevistados. Os pesquisadores verificaram que, com a terceirização, que se expandiu ao longo dos anos na área de saúde, é de suma importância que os profissionais de limpeza hospitalar que possuem baixa

qualificação profissional, exerçam seu trabalho com clareza de suas funções e tenham condições adequadas para que possam executá-las com conhecimento dos riscos ocupacionais a que estão expostos.

O contexto de trabalho dos profissionais de limpeza hospitalar oferece ainda outros riscos à saúde relacionados à terceirização desses serviços. No contexto da área de saúde pública, as autoras Chillida e Cocco (2004) realizaram um estudo com o objetivo de traçar o perfil do trabalhador terceirizado que atuava no serviço de limpeza de um hospital universitário, no que se refere às suas perspectivas quanto ao processo saúde-doença e ao seu futuro. A pesquisa identificou a baixa escolaridade dos sujeitos, a presença majoritária de mulheres e o início precoce no trabalho, desde a infância.

Quanto à saúde dos trabalhadores, pouco mais de 50% relacionaram o trabalho ao desenvolvimento de doenças. As autoras dimensionaram a relação direta entre determinados problemas de saúde e o trabalho efetivamente desenvolvido, citando casos como: tendinite, dermatite e problemas psiquiátricos decorrentes do trabalho, apontando aspectos relacionados a saúde mental desses trabalhadores. Estas autoras encontram, ainda, que a dupla jornada de trabalho é uma realidade para as mulheres, visto que, há a presença de alto grau de rotatividade entre as trabalhadoras (es).

Outra questão abordada pela pesquisa mencionada anteriormente concerne à perspectiva dos trabalhadores com relação a probabilidade de sua realidade de trabalho afetar sua saúde, pois, relacionavam o risco a que estavam expostos no ambiente de trabalho aos produtos utilizados para limpeza do piso e equipamentos, ao trabalho repetitivo e a possibilidade de desenvolverem lesão por esforço repetitivo (LER), bem como a alta probabilidade de acidentes com instrumentos perfurocortantes como já fora mencionado em diversas pesquisas já descritas, assim como os fluídos biológicos como sangue, fezes, urina, vômito.

Ainda sobre as condições de trabalho destes profissionais, em pesquisa realizada em um hospital universitário com os profissionais do serviço hospitalar de limpeza, os autores Beltrame et al. (2014) procuraram mensurar o índice de capacidade para o trabalho que envolve aptidões físicas, mentais e funcionais e buscaram identificar os fatores a ele associados. Contando com uma amostra de 157 profissionais do serviço gerais de limpeza hospitalar, os resultados apontaram que 79,6% dos trabalhadores foram classificados com boa/ótima capacidade para o trabalho. Já os diagnósticos médicos mais prevalentes foram: os distúrbios mentais leves (31,9%) e os musculoesqueléticos (15,9%). Não obstante, tal pesquisa indicou que os trabalhadores que não possuíam tempo para o lazer apresentaram uma prevalência de 2,67 vezes mais elevada de ter sua capacidade para o trabalho reduzida. Estes resultados são reflexos da organização na qual estes trabalhadores estão inseridos, pois incide de forma direta nas condições físicas e mentais dos profissionais.

Ainda em relação à capacidade para o trabalho dos profissionais de higiene e limpeza hospitalar, em pesquisa realizada por Andrade e Monteiro (2007), estes autores buscaram estudar o envelhecimento destes trabalhadores. A pesquisa, de abordagem quantitativa, também utilizou o instrumento Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) que fora mencionado na pesquisa anterior.

Como resultado de uma amostra de 69 trabalhadores, 21,7% tinham ótima capacidade para o trabalho; 31,9% boa; 31,9% moderada e 14,5% baixa. As doenças com diagnóstico médico mais frequentes foram: as lesões por acidentes, musculoesqueléticas e cardiovasculares, que foram apontados na maioria nas publicações levantadas. A predominância de causas físicas entre estes trabalhadores é significativa.

Os autores já citados, ao analisar a capacidade para o trabalho, identificaram que, em alguns casos, esta deveria ser restaurada ou melhorada, tendo em vista que a capacidade foi avaliada neste estudo a partir da relação idade e número de doenças com diagnóstico médico.

Percebe-se o quão importante é para as organizações a temática do envelhecimento e trabalho, uma vez que a realização de programas de prevenção de doenças, além de mudanças na própria organização, propicia a promoção da saúde e de qualidade de vida para estes trabalhadores.

Um ponto evidente identificado nos dados das pesquisas apresentadas neste capítulo refere-se aos acidentes com material perfurocortante. Percebe-se, dessa maneira, as consequências que a atividade de trabalho dos profissionais de limpeza hospitalar tem sobre a saúde desses profissionais. A própria organização do trabalho revela a complexidade das tarefas que devem executar, em contraste com a baixa qualificação, falta de conhecimento a respeito dos riscos a que estão expostos, além da precarização do trabalho decorrente da terceirização a que são submetidos na sua contratação.

Em linhas gerais, conclui-se que, este capítulo buscou traçar um panorama acerca da produção científica sobre a relação trabalho-saúde do profissional de limpeza hospitalar no contexto brasileiro. Observam-se lacunas de pesquisa e escassez de trabalhos científicos sobre o tema, em especial, na área da Psicologia, que procurasse dimensionar melhor os impactos para a saúde mental e para a vida privada dos profissionais investigados.

Tomando por base nosso objeto de estudo – a relação entre o trabalho e a saúde dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar – principia-se neste capítulo a apresentação de nosso aporte teórico, que possibilitou a compreensão em maior profundidade do trabalho dos profissionais de limpeza hospitalar. No primeiro momento trataremos sobre a relação trabalho e saúde, posteriormente apresentamos os aportes teóricos: a Ergonomia da Atividade e, por conseguinte a Psicodinâmica do Trabalho. Necessariamente buscamos compreender e elucidar as principais categorias teóricas das abordagens: a saber: Trabalho prescrito, Trabalho real, Organização do Trabalho, Inteligência da prática, Sofrimentos, Prazer e Defesas.

3.1. Considerações breves sobre a relação Trabalho e Saúde

O trabalho apresenta-se como um meio de relação dos humanos com a natureza, sendo que é por meio de esforço físico e mental, que o homem transforma os elementos da natureza buscando o atendimento de suas necessidades (Bonini et al., 2007). De acordo com a perspectiva histórico-filosófica, o trabalho inicia quando o homem busca suprir suas necessidades a partir da produção da vida material (Oliveira, 2003).

Ao longo da história da humanidade, o homem, de forma gradual, desenvolveu seus conhecimentos, para que se ajustassem às suas necessidades em função da evolução da espécie. Dessa forma, cabe frisar que, na língua portuguesa, a palavra trabalho origina-se do latim *tripalium*, que representa um instrumento de tortura formado por três paus usado pelos agricultores no cultivo da terra e que também era utilizado para castigar os escravos (Albornoz, 2008). Em outros idiomas ocidentais, como no português falado no Brasil, a palavra trabalho tem sido associada a castigo/sofrimento. Já no latim clássico, labor representa fadiga, assim como doença, desgraça e dor. Na língua grega tem significado de pena, sofrimento, cansaço (Helal, Garcia, & Honório, 2001).

Bastos, Pinho e Costa (1995) apontam dois eixos antagônicos dos significados do termo trabalho na nossa linguagem cotidiana, influenciadas pelas tradições histórico-filosófico-religiosas. No primeiro eixo, a palavra trabalho designa a noção de punição, sacrifício, esforço incomum, fardo. Já o segundo eixo remonta a uma clara valorização do trabalho a partir da aplicação de habilidades humanas sobre o domínio da natureza, acompanhando a noção de esforço e empenho para atingir algo.

Nesse sentido, Albornoz (2008) afirma que a história da palavra trabalho está associada à passagem pré-histórica da cultura da caça e da pesca para a cultura agrária, que se sustentava a partir da criação de animais e do plantio. Assim sendo, na pré-história, nas antigas sociedades agrárias, o trabalho era visto como uma forma de sobrevivência do indivíduo, desde sua infância até a velhice (Pochmann, 2006). Era denominada de economia de subsistência, pois não se associava a ideia de lucro, diferindo as tarefas segundo o sexo e a idade. Não existia a estratificação social, bem como a ascensão vertical na hierarquia social (Ramos, 2009).

O trabalho adquiriu significações diversas ao longo da história, desde a função de subsistência na pré-história até a mais-valia com a Revolução Industrial (Oliveira, 2006). Dantas (2003) comenta que as mudanças estruturais do capitalismo se relacionam ao valor de uso do trabalho, referindo-se mais ao trabalho concreto, do que ao valor de troca do trabalho, ou seja, ao trabalho abstrato. Harpaz e Fu (2002) consideram o trabalho para além de sua função econômica, pois atende outras necessidades importantes dos indivíduos, como autoestima, realização, identidade, interação social e *status*.

O modo de produção capitalista, desde sua origem, submete a força de trabalho do operário, por meio da captura de sua subjetividade. No que tange a relação capital e trabalho, apesar do trabalho “subordinar-se” ao capital, apresenta-se, ao mesmo tempo, como um elemento gerador de grandes transformações, na medida em que pode gerar conflitos e

oposições ao processo social capitalista (Antunes & Alves, 2004). As consequências advindas do modo de produção capitalista, segundo Ornellas e Monteiro (2006), resultaram em profundas desigualdades de classes, crescimento desordenado das cidades, surgimento de bairros miseráveis, ausência de direitos trabalhistas, locais de trabalhos insalubres, que provocaram insatisfação aos trabalhadores. Em meio aos avanços tecnológicos gerados no capitalismo, o sofrimento psíquico dos trabalhadores assim como a exploração física sempre se fizeram presentes.

Neste sentido, os processos de adoecimento psíquico e as implicações do trabalho na saúde mental dos indivíduos são estudadas a partir do Campo da Saúde Mental e Trabalho. Para tanto, é importante ressaltar que umas das abordagens que mais envidou esforços na análise da relação Trabalho e Saúde foi a Psicodinâmica do Trabalho (PDT). A PDT desenvolveu reflexões sobre os aspectos psíquicos e subjetivos mobilizados nas relações e na organização do trabalho. Entrando na perspectiva da saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) “a saúde é um estado completo de bem-estar-físico, mental e social e não consiste somente, em uma ausência de doença ou enfermidade”. Entretanto, Dejours (1986) lançou críticas a esta concepção, chamando a atenção para a impossibilidade de definir esse estado de “completo bem-estar”, pois tal estado não existe, não pode ser concretamente atingido. O mais razoável seria entendê-lo como algo desejável de ser alcançado. Sob a perspectiva de Dejours (1992), a saúde mental não se caracteriza pela ausência de angústia, nem pela sensação de conforto absoluto. Segundo esse autor, não se trata de acabar com a angústia, mas de tornar possível a luta contra ela.

A novidade da proposta Dejouriana recai no privilégio concedido ao estudo da normalidade sobre a patologia, o que contribuiu para a mudança na nomenclatura da disciplina, ou seja, de psicopatologia do trabalho para psicodinâmica do trabalho (Jacques, 2003). De acordo com Brito, Neves e Athayde (2003) a normalidade pode ser concebida

como um estado intermediário entre a saúde a doença. Dejours (1993) propunha um análise que se afastava do modelo psicopatológico causal, pois apontava que os homens não eram passivos diante dos constrangimentos organizacionais.

Tendo em vista esse novo enfoque na saúde mental que emerge a partir dos estudos de Dejours (1993), a normalidade se torna o centro das pesquisas, pois, de acordo com Dejours e Adboucheli (1994), trata-se de compreender como os trabalhadores resistem às pressões psíquicas do trabalho para evitar a loucura, mantendo-se numa normalidade sofrida que salvaguarda o equilíbrio psíquico. Desta forma, a normalidade surge como resultado de uma dinâmica entre o sofrimento e as defesas construídas para enfrentá-lo. A patologia surge quando o sofrimento não é mais suportável, quando o trabalhador já utilizou de todos os recursos intelectuais e psico-afetivos para lidar com as demandas que são impostas pela organização sem obter sucesso (Lancman & Uchida, 2003).

Em vista do que foi discutido nesta seção acerca da relação trabalho-saúde, a seguir serão apresentados as bases teóricas norteadoras do presente estudo, tendo em vista que a Ergonomia e a Psicodinâmica do Trabalho contribuem para uma análise do contexto de trabalho, já que se voltam aos aspectos concretos das situações e aos aspectos simbólicos representativos da realidade para os indivíduos.

3.2. Considerações breves acerca da Ergonomia da Atividade

Na presente pesquisa, a escolha da Ergonomia da Atividade como alicerce teórico justifica-se pelo interesse que essa disciplina confere às situações reais de trabalho, buscando entender o que explica a lacuna entre o trabalho prescrito e o real. Busca assim tornar evidentes as necessidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de limpeza hospitalar no fazer de suas atividades.

O verbete ergonomia é derivada do grego *ergon* (significando tarefa, por extensão trabalho) e *nomos* (normas, regras). Ergonomia é um neologismo proposto pelo polonês Wojciech Jastrzebowski em 1857, em um artigo intitulado “Ensaio de Ergonomia ou ciência do trabalho, baseados nas leis objetivas da ciência sobre a natureza”, e acatada oficialmente em 1949, na Inglaterra, quando foi fundada a *Ergonomic Research Society* (Laville, 1993). A Ergonomia da Atividade configura-se como uma disciplina recente, cujas bases teórico-metodológicas encontram-se ainda em estágio de estruturação e consolidação (Daniellou, 1996; Montmollin, 1990).

Desde o início de sua história, a Ergonomia da Atividade, mantinha sua preocupação atrelada às demandas do movimento operário. Buscava, assim, a transformação das situações de trabalho, e conseqüentemente, o atendimento às demandas sindicalistas, a fim de promover melhorias das condições de trabalho e garantir a saúde destes trabalhadores (Ferreira, 2008). A evolução da ergonomia sempre esteve associada aos avanços sociais e técnicos ocorridos no mundo do trabalho. Tais acontecimentos modularam a própria disciplina em questão, cujo foco é a busca de melhorias nas condições e na organização do trabalho (Almeida, 2011).

As constantes evoluções técnicas, sociais e econômicas determinam consideráveis mudanças no trabalho, tanto em relação ao conteúdo da atividade efetiva quanto ao quadro em que se desenvolve essa atividade. Atualmente, as palavras utilizadas no cotidiano das situações de trabalho exemplificam essas transformações (e.g., controle, vigilância, informação, comunicação, flexibilidade, reatividade, mobilização, iniciativa, motivação, responsabilidade, inteligência). Tais termos são indicativos da existência de novas exigências e constrangimentos no âmbito laboral, que não eram levados em consideração na abordagem taylorista (Guérin et al. 2001).

Convém ressaltar que, os ergonomistas podem contribuir tanto no desenvolvimento, quanto na avaliação das tarefas realizadas, ou ainda, no próprio processo de produção, nos

ambientes de trabalho e nos sistemas de organização. Os ergonomistas objetivam verificar se os aspectos mencionados são compatíveis com as necessidades dos trabalhadores, levando em consideração suas habilidades e limitações. Desse modo, pode-se conceituar a ergonomia como uma abordagem preocupada com os aspectos físico, cognitivo, psíquico, social, organizacional, ambiental, concernentes a atividade de trabalho. Vale destacar que esta disciplina se encontra em constante transformação e atualização (IEA, 2000; Abergó (s.d.); Abrahão Snelwar, Silvino, Sarmet e Pinho, 2009).

Com efeito, a Ergonomia da Atividade busca contribuir com melhorias nas situações de trabalho, através da ação ergonômica, e da compreensão das atividades dos indivíduos nas diversas situações de trabalho, a fim de proporcionar transformações positivas no trabalho. A ação ergonômica analisa as situações de trabalho inseridas em um contexto sociotécnico, desvelando suas lógicas de funcionamento e suas consequências, tanto no que concerne a qualidade de vida no trabalho, quanto no desempenho da produção (Abrahão, 2000).

Historicamente, a ergonomia possui duas correntes teóricas distintas. Uma anglo-saxônica e outra francesa. A primeira, como a própria denominação sugere, ocorre predominantemente nos países anglo-saxônicos, e pode ser também denominada de ergonomia anglófona (ou Fatores Humanos), pois, é praticada em países de língua inglesa, a exemplo da Inglaterra e Estados Unidos. Esta corrente teórica foi financiada e consolidada graças a indústria bélica, pois, seu interesse estava relacionado as diversas questões de inadaptação entre trabalho e trabalhadores envolvidos na produção militar. Seus conhecimentos pós-guerra foram direcionados para as máquinas de uso doméstico. No entanto, seu foco permaneceu voltado para os métodos, as tecnologias e os aspectos físicos (Almeida, 2011)

No que tange a ergonomia francesa, esta pode ser também denominada de francófona (envolve países de língua francesa) ou Ergonomia da Atividade e teve sua origem no período

da reconstrução do parque industrial europeu, que fora dizimado pela Segunda Guerra Mundial. Esta disciplina visava adequar os novos postos de trabalho das indústrias, por meio da análise de situações reais de trabalho. Interessava-se não por situações pré-concebidas ou hipotéticas, e sim por estudos de campo e da ação e da prática (Almeida, 2011).

Dessa forma, a análise ergonômica do trabalho constitui um modelo de intervenção que possibilita a compreensão dos determinantes das situações de trabalho. Assim, possui como pressuposto básico a distinção entre o trabalho prescrito (tarefa), e o trabalho real (atividade). No próximo tópico, serão feitas algumas considerações sobre os conceitos desta abordagem, que juntamente com a psicodinâmica do trabalho, serviram de alicerce teórico para a compreensão da relação entre o trabalho e a saúde dos profissionais de limpeza hospitalar.

3.2.1. Trabalho prescrito (Tarefa)

De acordo com a Ergonomia, a noção de trabalho prescrito, possui suas origens na administração científica do trabalho (Taylor, 1987), que estabeleceu a maneira como o trabalho deve ser executado, o modo de utilizar as ferramentas, o tempo previsto para as operações, os modos operatórios e as regras a respeitar (Laville, Teiger e Daniellou, 1989). Taylor buscou enfatizar o trabalho prescrito, entendendo o trabalho real como uma atividade irracional e que necessitava ser enquadrada. Visava, dessa forma, a produção em tempo cada vez menor, ampliando o lucro dos empregadores. Neste sentido, houve a desvalorização do trabalho dos operários, aos quais se exigia que executassem a tarefa de acordo com o que era considerado o ideal (Ferreira, 2016).

Isto posto, os estudiosos Guérin et al. (2001) conceituam o trabalho prescrito (ou tarefa) como a concreta apreensão do trabalho, cujo objetivo é a redução do trabalho improdutivo e a otimização do trabalho produtivo. Em primeiro lugar, os autores apontam que

a tarefa corresponde a um conjunto de objetivos impostos aos operadores e de prescrições definidas externamente para que possam dispor da melhor maneira de atingir esses objetivos. Em segundo lugar, a tarefa determina o trabalho em relação ao tempo, e permite a gestão definir e medir a produtividade resultante dos gestos dos operadores com relação as ferramentas mecânicas de produção.

Os autores supracitados argumentam ainda que a tarefa por ser imposta externamente aos operadores, não considera as singularidades dos mesmos e o que pensam em relação a estas tarefas. Tais constrangimentos impostos aos operadores nas situações de trabalho por intermédio das tarefas prescritas são ativamente administradas pelos próprios operários e acabam com o tempo sendo parcialmente remodelados de acordo com suas necessidades.

Com base na literatura sobre a Ergonomia, algumas denominações agregam significados distintos à noção de tarefa (Leplat & Hoc 1992; Montmollin, 1995), merecendo destaque a tarefa efetiva (aquela efetivamente realizada pelo trabalhador, nesse caso se aproximando da noção de atividade) e tarefa do próprio trabalhador (aquela que o indivíduo estabelece para si próprio, nesse caso sinônimo de objetivo) (Ferreira, 2004). Logo, o estudo do trabalho prescrito tem sua atenção voltada a análise das tarefas. Como tal, a tarefa pode ser definida como o objetivo dado em condições determinadas para um sujeito determinado (Leplast, 1983).

Estudiosos como Montmollin (1995) argumentam que a tarefa prescrita pode ser constituída dos seguintes elementos: objetivos e metas de produção; procedimentos, exigências e regras de trabalho; meios disponibilizados (e.g., materiais, instrumentos, documentos, etc); condições físico-ambientais (e.g., ruído, iluminação, temperatura, etc); condições sociais (e.g., tipos de remuneração, formas de controle e sanções, etc).

Falzon (2007) também elenca dois elementos básicos que compõem a tarefa. O primeiro elemento, abrange as normas e procedimentos que devem ser obedecidos e os

resultados a serem atingidos. O segundo elemento versa sobre as condições de uma situação de trabalho, que incluem a matéria prima, os sistemas, o ambiente físico. Segundo Ferreira e Freire (2002) a noção de trabalho prescrito está perpassada por duas dimensões complementares. O *Trabalho teórico lato sensu*, que é constituído pelas representações sociais, ao verificar os pontos de vista dos diferentes sujeitos na esfera da produção (do operário ao diretor – presidente). As *Tarefas previstas*, evidenciadas em um contexto sociotécnico particular, cunhado a partir dos **braços invisíveis** da organização do trabalho, que fixam as regras da produção. Em suma, o trabalho prescrito contempla o que antecede a execução da tarefa.

As predeterminações elencadas no trabalho prescrito tornam-se essenciais no sentido de orientar as ações realizadas pelos trabalhadores, direcionar a realização da atividade. No trabalho prescrito deve existir uma boa margem de segurança que permita aos trabalhadores atuarem e explorarem outras possibilidades para adaptar-se ao seu trabalho, bem como adaptar as ferramentas às suas necessidades, habilidades e limitações (Felix, 2015). No entanto, Dejours (2004), ao definir o trabalho, caracteriza-o como tudo aquilo que não está prescrito. Portanto, para ele não é o prescrito que realiza o trabalho e sim a ação real do trabalhador. Neste sentido, no próximo tópico, faremos algumas considerações sobre o conceito de trabalho real (ou atividade).

3.2.2. Trabalho real (atividade)

Ao longo do tempo, houve considerável crescimento das empresas, e consequente aumento da distância entre quem planeja e quem executa a atividade. Há, portanto, infinitas possibilidades que não foram descritas pela prescrição que podem vir a ocorrer no âmbito do trabalho (e.g., ineditismos, imprevistos, contradições, ambivalências, falhas) (Mendes e Facas, 2014). A tarefa prescrita não abrange, pois, em sua totalidade o real do trabalho, a

atividade. Aquela constitui-se apenas no que é prescrito, preestabelecido, recomendado, propugnado pela organização do trabalho (Abrahão & Pinho, 1999; Hubault, 2004).

Por sua vez, a atividade do trabalho é considerada um elemento central, pois tem a função de organizar e estruturar os componentes referentes a situação de trabalho. É a resposta dos trabalhadores aos constrangimentos que lhes são determinados exteriormente pelo trabalho prescrito, é a manifestação do poder de transformação dos trabalhadores frente a estas determinações. Além do seu papel de unificar a situação, e determinar a existência das dimensões técnicas, econômicas, sociais do trabalho, a atividade as coloca em ação e as organiza (Guérin et al. 2010).

Estes autores referem-se também aos determinantes da atividade de trabalho. De um lado, tem-se o trabalhador e suas características específicas; do outro, a empresa, suas regras e o contexto de realização do trabalho. No entanto, para o desenvolvimento desses dois conjuntos, há a necessidade do estatuto do trabalhador e do salário, que são, por sua vez, objetos de negociação. Além da tarefa, pré-definida exteriormente ao trabalhador, e da atividade de trabalho, que remete ao modo como o trabalhador alcança os objetivos designados pela prescrição.

Segundo Abrahão et. al. (2009) a atividade é como um fio condutor da análise ergonômica. Sendo assim, o autor elenca alguns aspectos para a compreensão da atividade: o que o trabalhador faz; o modo com o qual o trabalhador usa de si para alcançar os objetivos e as estratégias que utiliza para cumprir suas metas com as condições oferecidas. Tais aspectos configuram um modo operatório, um certo fazer no trabalho, concernentes a sequências de ação, de gestos, de sucessivas buscas e tratamento de informações, de comunicações verbais ou gráficas de identificação de incidentes, mobilizando suas representações mentais, estratégias operatórias e competências (Abrahão, 2000). Com efeito, não há ninguém que saiba mais do seu trabalho do que o próprio trabalhador, pois, este vivencia, acumula

conhecimentos e elabora alternativas sobre as situações do trabalho, na tentativa de diminuir a discrepância entre o trabalho prescrito e o real (Mendes e Facas, 2014).

Clot (2002) acrescenta que, a noção de atividade, pode ser tratada a partir de dois ângulos inseparáveis, porém distintos: pelo ângulo da atividade realizada (constituída de gestos: uso de instrumentos, posturas, atitudes, etc.); e pelo o ângulo do conjunto do que se produz no desenvolvimento da atividade, e que abrange também as dimensões subjetivas.

Em suma, a Ergonomia estuda a atividade com o intuito de compreender o seu grau de adequação ou a forma como o indivíduo interage com o seu contexto de trabalho. Analisa as confrontações entre o trabalho prescrito e a realidade existente nos ambientes de trabalho. A atividade, portanto, constitui uma dimensão analítica privilegiada da Ergonomia, tanto no que tange aos efeitos positivos (e.g., objetivos quantitativos e qualitativos obtidos, desenvolvimento de competências), como pelos efeitos negativos (agravos à saúde, vivências de mal-estar no trabalho, erros, incidentes, retrabalho) (Ferreira, 2014). No entanto, os frutos do desconhecimento da empresa sobre as reais situações do trabalho, geram atribuição de erros da produção à incompetência dos trabalhadores, ignorando as lacunas do trabalho prescrito e às variabilidades das situações de trabalho (Abrahão, 2000). Dessa forma, no tópico seguinte iremos nos deter sobre as variabilidades do trabalho.

3.2.3. Variabilidades

O trabalho necessita que o indivíduo supra o que é o e o que não é determinado pela organização do trabalho. Para tanto, não é suficiente que o trabalhador siga somente às prescrições, ele precisa interpretar, corrigir, adaptar e às vezes criar, estando dessa forma constantemente submetido a um processo de regulação interna. Neste quesito, a inteligência do trabalhador é utilizada para suprir as lacunas da prescrição e transitar pela variabilidade da situação de trabalho (Abrahão, 2000).

Por variabilidade do trabalho compreende-se as oscilações normais e previsíveis que ocorrem do processo produtivo, ou seja, do próprio tipo de trabalho efetuado. Podem resultar também de imprevistos, incidentes, disfuncionamentos (e.g., falhas ou defeitos em equipamentos, problemas com instalações, uma peça que foi mal lixada e não se encaixa) (Brito, 2008). Guérin et al. (2001) propõe duas classificações de variabilidade: as técnicas e as humanas. Com relação as Variabilidades Técnicas, as mesmas dividem-se em variabilidade normal, referentes a acontecimentos que podem ser parcialmente previstos e controlados e Variações Sazonais e Variabilidade Incidental, que remete as que ocorrem de maneira aleatória, que podem ocorrer em um equipamento danificado ou variações ambientais.

No que concerne as Variabilidades Humanas, estas são categorizadas em: interindividual, relacionados às características, experiências e às funções inerentes a cada profissão. Nesta categoria, defende-se que o indivíduo mediano não existe e cada pessoa possui características específicas. Sendo assim, os esforços, a fadiga e os raciocínios usados terão aspectos específicos, mesmo que os resultados de suas ações pareçam idênticos. E a intraindividual, relacionada às mudanças do estado fisiológico e psicológico dos indivíduos, que ocorrem diariamente, semanalmente, trimestralmente e ao longo dos anos (e.g., ritmos menstruais das mulheres, os ciclos circadianos, o efeito dos ritmos biológicos, cansaço de um dia de trabalho, além de acontecimentos familiares, envelhecimento). Convém ressaltar que, em Ergonomia, sua prioridade não é reduzir a variabilidade das situações de trabalho, porém, busca caracterizá-la a fim de identificar as maneiras pelas quais os trabalhadores fazem a gestão dos imprevistos, no intuito de preservar a sua saúde (Falzon, 2007).

3.3. Considerações breves acerca da Psicodinâmica do Trabalho

A origem histórica da Psicopatologia do trabalho (PPT), advém de um movimento ocorrido na França nos anos 1950, com o intuito de realizar pesquisas que procurassem dar conta dos transtornos mentais dos trabalhadores produzidos por modelos de gestão baseados

na racionalidade taylorista do trabalho. As primeiras pesquisas desta disciplina partiram de demandas sindicais. Neste sentido, torna-se importante considerar o seu desenvolvimento atrelado a história do movimento operário e a correlação de forças entre os trabalhadores, os empregadores e o Estado no interior das sociedades capitalistas (Ferreira, 2014). Partia-se do princípio, nos primórdios da PPT que o trabalho no capitalismo era por natureza patogênico e a tarefa da PPT era recolher os casos de transtornos mentais no trabalho, que se esperava encontrar em número expressivo nas empresas. Não obstante, não foi isso que se verificou. Muito ao contrário, as descompensações, os desequilíbrios psíquicos apresentavam-se em número muito reduzido, o que confirma a luta dos seres humanos em escapar da loucura (pela via da utilização de procedimentos defensivos), mantendo-se numa normalidade, ainda que sofrida e instável. Tais constatações deixaram os pioneiros da disciplina intrigados, pois a tese que os sustentava não se confirmou na prática. Essa é a razão pela qual, logo após a sua emergência enquanto disciplina, ela tenha se defrontado com um bloqueio, já que a tese que mobilizava a disciplina não se confirmou empiricamente. Isso fez com que, pelo menos durante quinze anos, não tenha ocorrido estudos significativos na PPT. Entre seus expoentes destacam-se Louis Le Guillant, Paul Sivadon e Jean Bégoïn (Lancman & Snelwar, 2011). Para Abdoucheli e Jayet (1994), a PPT se refere a análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com a realidade do trabalho. Dinâmica no sentido de analisar os conflitos que surgem do encontro entre um sujeito que possui uma história singular com as situações de trabalho, cujas particularidades existem independentes da vontade do sujeito.

Quanto a Psicodinâmica do Trabalho (PDT), em seus desdobramentos da PPT, Dejours (2003) buscou compreender os processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho. Dessa forma, passou a considerar não apenas o sofrimento e o adoecimento no trabalho, objetos históricos da PPT, mas a normalidade, ou seja, um estado de luta permanente

e incansável dos trabalhadores para não sucumbirem a descompensação psiquiátrica. Portanto, a atenção deveria se voltar, para além do sofrimento e adoecimento no trabalho, para o estudo da normalidade, no sentido de como fazem os trabalhadores para não enlouquecerem frente a condições de trabalho tão deletérias. Por outro lado, a PDT se interessa pelos processos de conversão do sofrimento em prazer, creditado sobretudo ao reconhecimento no trabalho. Portanto, é especialmente pelo lado da promoção da saúde, das condições pelas quais o trabalho pode desempenhar um papel de promotor de saúde que a PDT se afirma enquanto disciplina. A própria PDT é uma tentativa de ir além das negatividades do trabalho, buscando compreender as condições pelas quais o trabalho pode contribuir para a saúde e o desenvolvimento das pessoas.

A PDT proposta por Dejours lança a mão de alguns conceitos fundamentais, a saber: Organização de trabalho, Inteligência prática, Reconhecimento, Sofrimento (criativo ou patogênico), Prazer e Estratégias Defensivas. Assim, no tópico seguinte, serão apresentados alguns desses conceitos, fundamentais na compreensão do objeto da presente pesquisa.

3.3.1. Conceitos em Psicodinâmica do Trabalho

3.3.1.1. Organização de Trabalho

Diante das primeiras experiências metodológicas originadas no estudo da PDT foi possível elucidar o fator que gerava mais instabilidade para a saúde dos trabalhadores, sendo este decorrente das pressões da organização do trabalho. Dejours e Abdoucheli (1994) apontam que a definição de organização do trabalho foi realizada em contraste às condições de trabalho, que era o foco de estudo da maioria dos pesquisadores médicos e ergonômicos. Assim sendo, as condições de trabalho referiam-se as pressões físicas, mecânicas, químicas e biológicas do ambiente de trabalho. O alvo principal do estudo das condições de trabalho era

o corpo dos trabalhadores, pois nele evidenciava-se o desgaste, o envelhecimento e as doenças somáticas.

Diante do que fora mencionado anteriormente no intuito de conceituar a organização do trabalho, Dejours (1994) aponta que a mesma compreende a distribuição do trabalho (divisão de tarefas, repartição, cadência, modo operatório prescrito) e a divisão de pessoas (repartição das responsabilidades, hierarquia, comando e controle). A organização do trabalho estrutura-se sob duas bases: a divisão técnica do trabalho, que está relacionada aos procedimentos, meios, competências, entre outros; e a divisão social e hierárquica do trabalho que se trata das formas de comando, coordenação, autonomia (Molinier, 2013). Além disso, Mendes R. (1995) comenta que cada categoria profissional possui um modelo pré-estabelecido de organização do trabalho que pode vir a conter elementos homogêneos ou contraditórios, facilitadores ou não da saúde mental.

Em suma, a organização do trabalho para poder funcionar corretamente, depende de dois fatores: o equilíbrio entre o desejo do trabalhador e o desejo da administração/chefia. Para que exista congruência entre estes fatores, é necessário que a partir da lacuna entre o trabalho prescrito e o trabalho real constituísse um espaço para *negociações* entre o que pode ser feito e o que é possível fazer. Nestes termos, caso a carga psíquica do trabalho se torne muita densa e sem possibilidade de encontrar alívio, o resultado pode ser prejudicial à saúde dos sujeitos (Dejours, Adboucheeli, & Jayet, 2014).

3.3.1.2. Inteligência da Prática

A inteligência da prática ou astuciosa é mobilizada frente ao real do trabalho, a partir do que emerge por sua resistência ao domínio dos saberes e do conhecimento disponível. Utilizada diante de situações inéditas, imprevisíveis e móveis, essa inteligência está vinculada aos processos psíquicos utilizados pelos trabalhadores na construção de macetes das regras de

ofício que transgridem e subvertem as normas prescritas pela organização do trabalho (Dejours, 2007).

A inteligência da prática tem como uma de suas principais características o enraizamento no corpo, ou seja, o contexto de trabalho, em suas diversas nuances, é absorvido, interpretado e sentido pelo corpo. Entretanto, é somente a partir da experimentação prévia, do vivido pelo sujeito, que ter-se-á como resultado um completo envolvimento do corpo com a tarefa e o desenvolvimento de seus sentidos para captar cada alteração do meio. Estes aspectos são essenciais para a compreensão da inteligência da prática, no sentido de diferenciá-la do raciocínio lógico. Em suma, pode-se afirmar que a inteligência da prática se constitui como uma inteligência do corpo.

É essencial esclarecer que são necessários alguns requisitos, individuais e sociais, para a utilização da inteligência astuciosa. Assim, para Dejours e Abdoucheli (1994) os requisitos individuais referem-se à curiosidade do sujeito mobilizada pelo trabalho. Tal curiosidade é acionada a partir do encontro com a situação de trabalho. Desse modo, a tarefa deve fazer sentido para o sujeito, a partir de sua história singular. Quanto aos requisitos sociais, a utilização da inteligência astuciosa remete a construção de regras de ofício e dos macetes que necessitam ser validados no campo social. Isto se refere por seu turno ao reconhecimento dos superiores hierárquicos. Ademais, há outros requisitos que devem ser atendidos, a exemplo de um espaço de liberdade entre a organização prescrita e real do trabalho, para que o trabalhador possa exercer sua inteligência astuciosa (Machado, 2006).

3.3.1.3. Sofrimento-Prazer e Reconhecimento

Para a PDT, a palavra sofrimento encerra um conceito específico, que trata do espaço de luta que cobre o campo situado entre, de um lado, o bem-estar, e de outro, a doença mental ou loucura (Dejours, 1992). “O trabalho está sempre rodando o trabalhador” (Dejours, 2007, p. 17). A relação prazer-sofrimento no trabalho vem sendo estudada pela PDT como um

constructo dialético marcado pela dinâmica de evitação do sofrimento e busca do prazer (Dejours, 1994, 1999, 2000; Mendes & Abrahão, 1996; Mendes & Tamayo, 2001; Ferreira & Mendes, 2001; Morrone, 2001). No entanto, o trabalho pode ser ao mesmo tempo fonte de equilíbrio como também causa de fadiga. Se o trabalho provoca prazer, o mesmo pode ajudar na construção do equilíbrio psíquico (Dejours, 1992).

Em linha com o que anteriormente foi dito sobre o sofrimento, trata-se de uma vivência que se interpõe entre a saúde e a doença, ou seja, é uma vivência intermediária entre estas duas instâncias. Assim, o sofrimento configura-se como inerente ao mundo do trabalho, pois realiza o encontro de um sujeito, com sua história individual e singular, como uma organização do trabalho. De tal forma, que são identificados dois tipos de sofrimento: o *sofrimento criativo* e o *sofrimento patogênico*.

O *sofrimento patogênico* ocorre quando se esgotam todos os recursos defensivos do trabalhador, ou seja, quando não há mais liberdade para a transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização. Principia-se então a destruição e o desequilíbrio psíquico do sujeito, e por consequência a doença. Destarte, quando não há nada mais do que as pressões fixas e rígidas, abre-se o espaço para a repetição e a frustração, o medo, ou o sentimento de impotência. Não obstante, quando o sujeito busca elaborar soluções originais para que sua saúde seja favorecida, ocorre o *sofrimento criativo*. A gênese de tais sofrimentos é creditada à organização do trabalho.

Apesar disso, o bem-estar, não advém só da ausência de funcionamento psíquico, mas sobretudo de um livre funcionamento. O resultado da descarga psíquica na realização da tarefa tem por consequência o prazer do trabalho. Portanto, o sofrimento adquire sentido quando as adversidades e as dificuldades das situações de trabalho, torna-se um desafio, sendo a criatividade responsável por esse sentido, oferecendo identidade e reconhecimento ao trabalhador (Machado, 2006). De forma semelhante Rossi (2014) afirma que não se trata de

acabar com o sofrimento, pois o mesmo, constitui o ponto de partida em busca de soluções e caminhos. Dejours (1992) aponta em seus estudos que o trabalhador não busca situações de trabalho sem sofrimento, e sim, busca desafios.

Ainda no que concerne ao sofrimento, suas origens podem advir da mecanização e robotização das tarefas, das pressões e imposições da organização do trabalho, da adaptação à cultura ou ideologia organizacional, por meio das pressões do mercado, nas relações com os clientes e com o público. O trabalhador passa a se sentir incapaz de fazer face às situações convencionais, inabituais ou erradas, quando ocorre pela retenção da informação que destrói a cooperação (Dejours, 1995, 1997, 1998).

De acordo com Mendes e Marrone (2010), a vivência de sofrimento caracteriza-se pela presença de ao menos um dos seguintes sentimentos de medo, insatisfação, insegurança, estranhamento, desorientação, impotência diante das incertezas, alienação, vulnerabilidade, frustração, agressividade, impotência para promover mudança, desgaste, estímulo, desânimo, sentimento de impotência, desgaste físico, emocional, desvalorização, culpa, tensão e raiva. Por outro lado, no que se refere as vivências de prazer, esta, por sua vez, inclui os sentimentos de reconhecimento, identificação, orgulho pela atividade em si, realização e trabalho.

A priori, na medida em que o sujeito contribui para a realização do trabalho, qualquer que seja o produto (ou serviço), almeja-se que o mesmo seja reconhecido (Palácios, Duarte, & Câmera, 2002). O trabalho para Dejours (2001) é visto como indispensável para a vivência de prazer, bem como para a construção da identidade do sujeito, pois é este reconhecimento que dá sentido ao sofrimento vivido durante o processo de trabalho (Machado, 2006).

Dejours (2012) afirma que existem dois tipos de julgamentos, a saber: o julgamento de utilidade, aquele proferido pelos superiores ou, eventualmente, pelo público; e o julgamento estético ou de beleza, que é proferido pelos pares, pelos colegas ou pela comunidade. No que se refere ao julgamento de utilidade, este visa apreciar tanto a qualidade do trabalho, como a

engenhosidade e os riscos envolvidos na sua execução pelo trabalhador. O julgamento de utilidade refere-se à contribuição trazida à organização de trabalho, a partir de aspectos de ordem econômica ou social, por meio do reconhecimento de sua atividade como um trabalho na sua totalidade.

Quanto ao julgamento de beleza, este versa sobre um trabalho em conformidade às “regras do ofício”, por meio da engenhosidade imprimida no trabalho, o caráter original, e a singularidade que distingue o trabalho por sua qualidade. Ademais, o mesmo confere individualidade em relação aos outros integrantes do coletivo, ou seja, atribui identidade. Este julgamento pode ser feito apenas pelos pares, pois, conhecem a realidade da atividade, as regras do trabalho e podem julgar a característica de originalidade daquele trabalhador em relação às normas e às práticas (Dejours, 1999, 2004).

Entretanto, se o reconhecimento não for exercido, o trabalho não prospera, o sofrimento não pode ser convertido em prazer e o trabalho perde seu sentido subjetivo, gerando no trabalhador alienação, crise de identidade e o surgimento de patologias. Portanto, pela perspectiva da PDT, quando o reconhecimento é negado ao trabalhador, ocorre uma desestabilização da saúde, e todos sabemos ser a justiça a armadura da saúde mental. Se há reconhecimento, entretanto, o mesmo irá repercutir em favor da saúde e da construção da identidade.

3.3.1.4. Estratégias de defesa

No que concerne as adversidades das situações de trabalho, os trabalhadores podem desenvolver estratégias defensivas, que podem alterar a percepção que eles têm da realidade geradora do sofrimento (Machado, 2006). As estratégias defensivas têm o intuito de permitir aos trabalhadores minimizar as percepções que tem das pressões organizacionais. Desta forma, os mesmos passam de vítimas passivas para agentes ativos de um desafio. No

entanto, é preciso esclarecer a diferença entre o mecanismo de defesa individual e a estratégia coletiva, o seja, o primeiro esta interiorizado, pois, persiste no indivíduo mesmo sem a presença física de outros, ao passo que a estratégia coletiva depende de fatores externos, não se sustenta se não possuir um consenso (Adboucheli & Jayet, 1994).

Ao mesmo tempo é um mecanismo utilizado pelos trabalhadores, de modo inconsciente, em busca de uma negação que pode ser do próprio sofrimento e do sofrimento alheio no trabalho (Anjos, Mendes, Santos, & Facas, 2011).

Assim, as estratégias defensivas visam reduzir o custo humano e o sofrimento psíquico no trabalho, por meio da utilização de mecanismos de negação e de controle excessivo, que protegem o ego, mas que podem conduzir à alienação quando utilizados excessivamente (Barros & Mendes, 2003).

Diante do que foi exposto neste capítulo, relativo as abordagens teórico-metodológicas que serviram de lastro à presente pesquisa, no próximo capítulo discorreremos sobre a trajetória metodológica que foi utilizada para acessar as vivências subjetivas dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar e compreender a relação trabalho e saúde desses profissionais.

O presente capítulo aborda os aspectos metodológicos por meio dos quais essa pesquisa foi desenvolvida, uma vez considerados o objeto de estudo escolhido e o aporte teórico que serviu de base para a coleta e análise dos dados da pesquisa.

4.1. Delineamento

A pesquisa caracteriza-se pelo delineamento não experimental (sem manipulação de variáveis), construído a partir de relatos dos profissionais de limpeza hospitalar, de natureza qualitativa e de caráter descritivo e exploratório.

4.2. Participantes

Para este estudo, contou-se com uma amostra não probabilística, por conveniência, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados que aceitaram responder a pesquisa de forma voluntária, sem restrições quanto ao sexo. Os critérios de seleção dos entrevistados foram ter maioridade (a partir de 18 anos), e integrarem o corpo de profissionais de serviços gerais de limpeza do Hospital Universitário. Na instituição em que foi realizada a pesquisa, a equipe de funcionários de higienização era composta por um total de 60 trabalhadores. Contou-se com 30 profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar, com idade variando entre 21 e 61 anos ($M = 40,3$; $DP = 11,0$), solteiros (43,3%), do sexo feminino (66,7 %), com ensino médio incompleto (50%). O tempo de serviço variou de três dias a 28 anos na organização pesquisada. Com relação a composição familiar, a maioria dos entrevistados tem filhos (90%), com número de filhos variando de um a quatro ($M = 1,96$, $DP = 0,8$). Dentre os participantes do estudo, a maioria, 86,7%, revelou que não possuía outra atividade remunerada e os outros 13,3% possuíam outra atividade remunerada (e.g. faxineira, garçoneiro, pedreiro e servente de pedreiro). No que concerne à renda pessoal, 90% dos

participantes recebem um salário mínimo e com relação a renda familiar, a maioria dos entrevistados (66,7%) relatou receber entre um e dois salários mínimos.

4.3. Instrumentos

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram:

Questionário Sociodemográfico: os participantes responderam a perguntas de cunho demográfico e profissional, a saber: cargo/função, tempo de trabalho como servidor de limpeza hospitalar, nível de escolaridade, estado civil, idade, sexo, composição familiar e a renda pessoal e familiar.

Roteiro de entrevista Semi-estruturada: um guia orientador para a entrevista, embasados nas categorias teóricas do estudo. Nesse sentido, as questões estão relacionadas a temas que versam sobre a atividade do trabalho, condições e organização do trabalho, as situações de risco identificadas, bem como as estratégias utilizadas para lidar com eles, prazer e sofrimento no trabalho, as relações intersubjetivas com a hierarquia, com os pares e com os outros funcionários que compõem o quadro de pessoal, reconhecimento, e dinâmica da vida pessoal e sua relação com o trabalho.

Utilizou-se a entrevista Semi-estruturada (Anexo 2) devido à flexibilidade que este tipo de entrevista permite, possibilitando uma maior proximidade entre os atores da pesquisa (entrevistador e entrevistado), e dessa forma explorar os saberes, representações, crenças, e valores do entrevistado (Laville & Dionne, 1999). O pesquisador e ator social não se mostram neutros neste processo, na medida em que todos são responsáveis pelo produto de suas relações e pela qualidade da compreensão decorrente da pesquisa (Minayo, 2010). Ademais, quando as pessoas relatam sobre sua realidade e experiências de trabalho passam a descobrir por meio da fala relações que não imaginavam antes (Schwartz & Durrive, 2010). Além disso, estudos de natureza qualitativa, justificam-se pela preocupação de investigar em profundidade

os significados que são dados pelos trabalhadores acerca do fenômeno estudado (Bauer e Gaskell, 2008; Breakwell, Schaw, Hammond, & Smith, 2010).

4.4. Procedimentos

4.4.1. Coleta de dados e aspectos éticos

A presente pesquisa foi realizada no período de novembro a dezembro de 2015 no Hospital Universitário de uma capital do Nordeste Brasileiro. Inicialmente, contatou-se a empresa terceirizada responsável pela higienização do hospital, que concedeu a anuência para a efetivação da pesquisa após submissão e aval do comitê de ética em pesquisa do próprio hospital. Nesse sentido, para atender as exigências da instituição e das normas de procedimentos éticos em pesquisa, este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa com o respectivo número do CAAE: 50155715.8.0000.5183 (Anexo 3).

Após a aprovação do projeto no Comitê de Ética, foi autorizado o início dos procedimentos de coleta dos dados. Dois encarregados contratados pela empresa terceirizada foram responsáveis por indicar participantes para a pesquisa. Contudo, após a realização das primeiras entrevistas, a participação da pesquisa se deu também a partir da indicação de outros participantes, este procedimento é denominado de “bola de neve”.

A participação dos respondentes se deu de forma individual. No ato de cada entrevista, procedia-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2) e aqueles que aceitaram participar da pesquisa o assinaram em duas vias, uma que ficava com o respondente e outra com o pesquisador. Além disso, solicitou-se a autorização para gravar a entrevista. Ressalte-se que antes de iniciar, foi esclarecido que a participação não traria nenhum ônus e que sua participação seria voluntariada, podendo, a qualquer momento, desistir de participar sem prejuízos. Não obstante, foi indicado que em nenhum momento os participantes seriam identificados no projeto, garantindo o sigilo da identidade e o anonimato

de suas respostas. Todos os procedimentos éticos com pesquisas envolvendo seres humanos foram cuidadosamente respeitados, baseando-se nos princípios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta, por meio de diretrizes e normas, as pesquisas envolvendo seres humanos.

As entrevistas foram realizadas no próprio setor de trabalho dos profissionais, respeitando a dinâmica do hospital, uma vez que não houve a intenção de interromper a rotina de trabalho dos profissionais de higienização hospitalar. Foram realizadas um total de 31 entrevistas, sendo 1 delas interrompida por indisposição de saúde da entrevistada que se encontrava no 6º mês de gravidez. A duração das entrevistas variou entre 13 e 109 minutos. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 28 minutos. Cabe ressaltar que todos os participantes concordaram com o uso do gravador e, dessa forma, todas as entrevistas foram posteriormente transcritas para análise.

4.4.2 Análise dos dados

Para o processamento da análise dos dados, utilizou-se o *software Iramuteq* (Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaire), que foi desenvolvido na França por Pierre Ratinaud (2009). Esse programa começou a ser usado no Brasil em 2013 (Camargo & Justo, 2013). O *Iramuteq* constitui-se em uma ferramenta informática disponibilizada de forma gratuita (www.IRAMUTEQ.org) por meio da perspectiva de fonte aberta. Para a realização dos cálculos utiliza como base a estrutura do software R (www.r-project.org) e linguagem Python (www.python.org).

O programa *Iramuteq* permite diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais e tabelas de indivíduos por palavras, desde as análises de natureza descritiva a multivariadas. Para cumprir com o objetivo de realizar análises lexicais clássicas, o *software* identifica e reformata as unidades de texto, que transformam as Unidades de Contexto Iniciais

(UCI) em Unidades de Contexto Elementar (UCE). Além de identificar a quantidade de palavras, a frequência média e o número de hapax (palavras em frequência um). Para tanto, realiza-se a pesquisa do vocabulário e reduzidas às palavras de acordo com suas raízes (lematização), sendo o dicionário criado a partir das formas reduzidas e identificadas as formas ativas e suplementares (Carvalho et al., 2014). É pertinente ressaltar que, o *software Iramuteq* exerce um papel de “ferramenta”, portanto, necessita-se do pesquisador conhecimento teórico e prático para a realização das análises e interpretação dos resultados. Uma vez que, a utilização de meios mais objetivos de análise não exclui a natureza eminentemente qualitativa do estudo (Soares, Gouveia, Mendes, Ribeiro, & Teixeira, prelo).

No que se refere ao processamento de preparação do corpus para a análise, as entrevistas foram transcritas, e o texto revisado quanto aos aspectos ortográficos e de pontuação. Posteriormente, foi executada a importação dos dados textuais para o editor de texto *OpenOffice Writer*. Após ajustes e organização do *corpus*, o arquivo foi importado para o *Bloco de Notas* do Windows e salvo na codificação UTF-8 para análise no *Iramuteq* (Ratinaud, 2009). As respostas dos participantes foram inseridas separadas entre si por meio de uma linha de comando, formada por quatro asteriscos (****) a fim de que o programa reconheça a informação inserida abaixo desta linha como um texto específico de cada um dos participantes da entrevista.

Com relação às variáveis sociodemográficas utilizadas no presente estudo, estas foram inseridas a partir de uma sequência predeterminada com a seguinte codificação: sexo: 01 = feminino, 02 = masculino; Idade: o critério de inclusão para este estudo são os participantes ter maioridade (acima de 18 anos); Grau de Escolaridade: 01= Ensino Básico, 02 = Ensino Fundamental Incompleto, 03 = Ensino Fundamental Completo, 04 = Ensino Médio Incompleto, 05 = Ensino Médio Completo; Estado Civil: 01 = solteiro, 02 = casado/união estável, 03 = viúvo, 04 = divorciado/separado, 05 = outros; Filhos: 01 = sim, 02 = não;

Número de filhos: de acordo com o relatado pelo entrevistado. A seguir, é descrito um exemplo de elaboração da linha de comando de um dos participantes do estudo:

**** *Suj_01 *sex_01 *ida_50 *esc_03 *est_04 *fil_01 *nfi_02

Este exemplo lê-se da seguinte forma: sujeito número 1; do sexo feminino; que tinha 50 anos de idade; com ensino fundamental completo, divorciada, tem filhos, possui 2 filhos.

Após a criação do Corpus Textual de todos os sujeitos da pesquisa foi utilizada a seguinte técnica para a análise dos conteúdos textuais. Assim, por meio da *Classificação pelo método de Reinert* - efetuou-se uma *Classificação Hierárquica Descendente* (CHD) - permite classificar os textos em função de seus respectivos vocabulários e o conjunto deles se divide pela frequência das formas reduzidas e o qui-quadrado (χ^2), criando classes de segmentos de textos com as palavras que apresentam um vocabulário similar entre si e distintos dos segmentos de textos das demais classes, a relação entre as classes é ilustrada em um dendograma (Camargo, 2005). Após a realização do processo de análise dos dados, foi possível descrever os resultados e discuti-los como um todo, permitindo assim gerar resultados relevantes embasados nas teorias escolhidas na seção seguinte.

Esta sessão de resultados está organizada de acordo com as classes originadas a partir do Corpus referente a análise das respostas dos participantes. Dessa forma, após a análise no *software Iramuteq*, o Corpus constituiu-se de 2132 segmentos de textos, 4265 formas distintas de palavras dentre as 73807 ocorrências de palavras. A frequência média (relação entre o número de ocorrências de palavras e o número de formas distintas) para a análise das palavras foi de 17, a partir da utilização do triplo da frequência, 51, como ponto de corte para a inclusão no dendograma.

A partir da análise da *Classificação Hierárquica Descendente* (CHD), o corpus se dividiu em 5 classes que foram nomeadas a partir de seus descritores. O corpus foi dividido em 14843 segmentos de textos, dos quais 86,44% foram consideradas na CHD. Inicialmente o corpus se dividiu em dois eixos. O primeiro eixo, chamado de Segurança no trabalho, é representado apenas pela classe 5, não tendo outras partições. Em uma segunda etapa, o eixo O trabalhar dos serviços gerais de limpeza hospitalar se dividiu, formando as classes 3 e 4 e sua última partição formou as classes 1 e 2.

É possível verificar também os vocábulos mais associados as classes com seus respectivos qui-quadrados e frequência, possibilitando visualizar não somente a relação entre as classes, sendo reportado apenas os índices que atenderam ao critério estabelecido [$\chi^2 \geq 6,00$, $p < 0,001$], por meio de uma representação alternativa do dendograma ao identificar com maior clareza o conteúdo de cada classe.

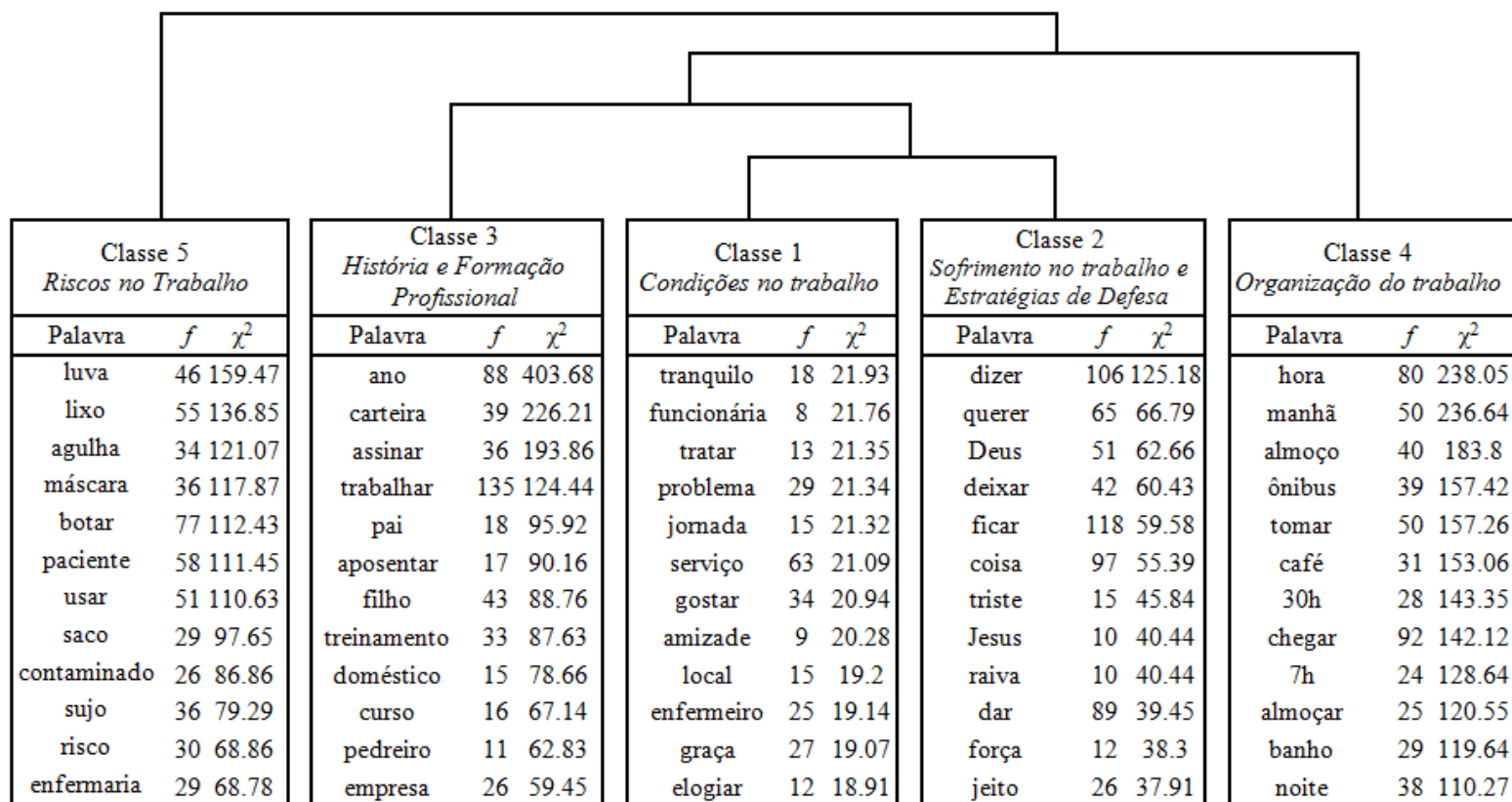


Figura 5. Dendrograma da representação dos vocábulos das classes

Para tanto segue a descrição dos resultados de acordo com o que foram identificados no dendograma:

5.1. Classe 5: Riscos no Trabalho

A classe 5, foi denominada “*Riscos no Trabalho*” ($ST_{classe5} = 410$, explicando 22,25% do total), em função dos vocábulos mais significativos (e.g., luva, lixo, agulha, máscara e botar). Nesta classe observa-se que o discurso dos participantes evidencia as condições de trabalho, os fatores de risco a que estão expostos e o descaso da instituição quanto às necessidades de melhorias no ambiente laboral. Em suma, esta classe demonstra os perigos inerentes à classe investigada, como pode ser visualizado no seguinte trecho:

(...) O risco de você ser cortada por um vidro, de ser furada por uma seringa de HIV, que já aconteceu. Sim, tanto enfermeira quanto pelo pessoal da limpeza. Já aconteceu muitas vezes de ser furado por uma agulha de HIV. Hepatite, meningite, tudo isso. Quando acontece apenas eles mandam a gente fazer um exame que não vai acusar. (Participante 30, sexo feminino, ensino fundamental incompleto, solteira, com 2 filhos)

(...) Você sabe que a limpeza do hospital não é igual de casa, que a gente tem que limpar enfermaria e banheiro, tem que ter assim, é arriscado a pessoa se furar, pegar no saco, tem que ter muito cuidado, sempre a pessoa tem que está com essa luva que é grossa, botar uma por dentro e pegar na beira do saco, se pegar assim, de repente se fura, tem contaminação. (Participante 20, sexo masculino, 35 anos, ensino fundamental incompleto, casada, com 2 filhos)

5.2. Classe 3: História e Formação Profissional

Essa foi a última classe do primeiro eixo, e se caracterizou por ser a menor de todo o dendograma, responsável por 15% dos segmentos de textos. Denominada de “*História e Formação Profissional*”, esta denominação se deu em função dos elementos que a descreve (e.g., ano, carteira, assinar e trabalhar). São refletidas nesta classe, portanto, a história e a formação profissional dos entrevistados. Estes relatam sobre quais profissões tiveram até chegar ao emprego atual e quais tipos de treinamento ou formação profissional tiveram nos empregos anteriores e na sua atividade atual elucidado no seguinte fragmento:

(...) e nisso vai fazer 4 anos que eu estou aqui no hospital e morando em João Pessoa. Eu fiz um treinamento quando eu estava na UTI, fiz um treinamento para quem trabalha na UTI, e eu fiz. É, diferenciado para trabalhar. Porque lá a gente trabalha diretamente com o paciente. Naqueles estados já muito crônicos. E a gente fez treinamento lá. (Participante 04, sexo feminino, 33 anos, ensino médio incompleto, viúvo, com 2 filhos)

Os empregos anteriores que aparecem com maior frequência são os de diaristas, empregadas domésticas e caseiros. É evidenciado também a importância dada à carteira assinada, que nem sempre estava presente no histórico profissional, como é evidenciado neste trecho:

(...) Já trabalhei em casa de família de diarista. Já trabalhei de babá. Eu já trabalhei na feira e depois vim para cá. Mas não tinha carteira assinada. Meu primeiro emprego de

carteira assinada foi aqui. (Participante 21, sexo feminino, 33 anos, ensino fundamental completo, solteiro, com 3 filhos)

5.3. Classe 1: Condições do trabalho

A classe 1 foi denominada de “*Condições do Trabalho*” ($ST_{classe1} = 497$, explicando 26,97% do total) em razão dos vocábulos mais significativos (e.g., tranquilo, funcionário, tratar, bom), sendo então a maior classe do dendograma. Nesta classe observa-se que os discursos dos participantes remetem aos sentimentos e impressões dos trabalhadores sobre as condições de trabalho a que estão expostos, suas condições físicas, químicas, ergonômicas e biológicas e quais suas consequências sobre as condições físicas destes trabalhadores, além de sua importância para o funcionamento do hospital, como exemplificado no seguinte trecho:

“(…) “Meu ambiente de trabalho eu avalio bem, ele é bom. E gosto da minha jornada de trabalho. Também gosto dos meus instrumentos de trabalho. O meu salário também está bom”. (Participante 02, sexo masculino, 46 anos, ensino básico, casado, com 3 filhos)

Percebe-se também a importância dada ao reconhecimento pessoal alcançado pelo trabalho realizado e o significado do mesmo para o funcionamento do hospital, tal como sugere o seguinte trecho:

“(…) Meu trabalho é importante demais. Porque, apesar de tudo, em primeiro lugar, dentro de um hospital, é a limpeza”. (Participante 15, sexo feminino, 37 anos, ensino fundamental completo, solteiro, com 2 filhos).

5.4. Classe 2: Sofrimento e prazer no trabalho e Estratégias de defesa

A *classe 2* está diretamente ligada à classe 1, explicando 19,1% do total do corpus, denominada de “*Sofrimento e prazer no trabalho e Estratégias de Defesa*”, denominação esta resultado dos vocábulos mais frequentes (e.g., dizer, querer, Deus, deixar e ficar). Esta classe apresenta elementos que reportam a situações de trabalho vivenciadas pelos participantes e as estratégias utilizadas por eles nas situações descritas, tal como aponta os seguintes fragmentos:

“(...) às vezes é meio complicado isso, mas eu não tenho culpa não. Eu não quero sair daqui mas se assim teu chefe diz ‘você vai para tal canto’, você tem que ir, mas, se não diz, eu não vou”. (Participante 18, sexo masculino, 35 anos, ensino básico, solteiro, sem filhos)

(...) uma vez na dezesete, meio de semana estava assim de estudante, e aí chegou a professora que entra, com os alunos tudinho dentro da enfermaria, eu estava, tem uma pia ali na sala dezesete, e tem um balde, eu estava tirando o lixo do balde, tirando o saco, aí uma mulher, bonita ela, bem feita, bem alta, mas é bonita a danada, todo mundo passou não me levou, e a última foi ela, mas ela bateu aqui em mim, que eu parei na porta de entrar na enfermaria, aquilo me irritou. E ela nem para olhar assim, dizer assim desculpe, eu não vi, porque não tinha como ela não me ver ali. Ela bateu aqui assim, está, eu fui direito, parei na porta da enfermaria para entrar, e eu não aguentei não. Eu não aguento certas coisas, e eu disse ô menina, ela virou se, e eu disse olhe minha linda, eu trabalho no lixo, viu. Mas eu não sou lixo não, sou gente igual a você. (Participante 16, sexo feminino, 56 anos, ensino básico, solteiro, com 2 filhos)

Apesar de passarem por situações desconfortáveis no trabalho, muitos dos entrevistados alegam que não há uma solução a seu alcance, fazendo então um apelo para uma intervenção divina, como neste trecho:

“(...) E ali dá tudo certo. E eu graças a Deus tenho passado por algumas situações, mas eu olho, analiso, peço força para Deus e vou lá e dá tudo certo. Com certeza eu vou lá e faço o meu trabalho”. (Participante 10, sexo feminino, 61 anos, ensino fundamental incompleto, solteira, com 2 filhos)

5.5. Classe 4: Organização do Trabalho

A classe 4 recebeu o nome de “*Organização do Trabalho*” ($ST_{classe1} = 293$, explicando 15,09 do total). Esta foi a última classe formada no dendograma. E está associada diretamente às classes 1, 2 e 4. Esta classe apresenta elementos que remetem a aspectos estruturais do trabalho. A organização do trabalho é estabelecida a partir da divisão das tarefas, o seu conteúdo, o sistema hierárquico e as relações estabelecidas entre os trabalhadores. Os entrevistados, ao descreverem sua jornada de trabalho, evidenciam seus horários de início e término, o meio de transporte utilizado (em sua maioria ônibus) e sua pausa para o almoço.

“(...) De manhã, preparo o café das minhas filhas, me arrumo, pego um ônibus e venho para cá. Bato o ponto às 7 horas e pego o material quando chego, troco de roupa, subo e começo minha rotina de trabalho”. Participante 28, sexo feminino, 23 anos, ensino fundamental completo, casada, com 2 filhos)

Apesar de todos os entrevistados serem profissionais de serviços gerais de limpeza hospitalar, alguns possuem algumas particularidades devido à sua função, como os coletores de lixo, que costumam tomar banho no local de trabalho, como ilustrado por um dos entrevistados:

(...) se eu fizer a primeira coleta às 9h da manhã, eu tomo um banho e de 12h eu tomo outro banho, porque a gente trabalha com bactérias, então quer queira, quer não, eu tomo um banho de 9h e tomo outro banho de 12 h. (Participante 08, sexo masculino, 46 anos, ensino fundamental completo, casado, com 2 filhos)

Outro aspecto, ainda, retratado refere-se ao relacionamento estabelecido dos participantes entrevistados com seus chefes/relações hierárquicas, que pode ser observado nos fragmentos dos discursos de maior predominância na classe 4.

(...) A relação com os meus chefes eu até procuro me dar bem com eles assim, eu até agora eu procuro me dar bem. Porque assim, a gente sempre tem um pezinho atrás, mas eu me dou muito bem com eles. Eles sempre, pelo menos comigo, eles nunca me destratarem. (Participante 04, sexo feminino, 33 anos, ensino médio incompleto, viúvo, com 2 filhos)

No capítulo em questão apresentamos e discutimos os dados empíricos que fomentam a discussão da díade trabalho-saúde dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar. Para atender tal propósito, buscou-se estruturar os resultados nos quais foram estabelecidos com base na análise da Classificação Hierárquica Descendente, embasadas nas Teorias que serviram de alicerce teórico para este empreendimento científico: a Psicodinâmica do Trabalho e a Ergonomia da Atividade.

Inicialmente há a caracterização dos participantes da pesquisa e, por conseguinte, os eixos estabelecidos pela CHD, a saber: o Eixo 1: Segurança no Trabalho constituído pela classe 5: Riscos no trabalho (Classe 5) e o Eixo 2: O trabalhar em serviços de limpeza hospitalar, constituído pelas classes 3: História e Formação Profissional, Classe 1: Condições do Trabalho, Classe 2: Sofrimento e prazer no trabalho e Estratégias de defesa e por fim, a Classe 4: Organização do Trabalho.

6.1. Eixo 1: Segurança no Trabalho

6.1.1. Classe 5: Riscos no Trabalho

Estudiosos afirmam que qualquer atividade laboral está exposta a correr riscos, e necessariamente, precisam enfrentar constrangimentos em seu trabalho (Dejours, 2012; Nouroudine, 2004; Porto, 2000; Vasconcelos & Lacomblez, 2004; Molinier, 2013). Nesse sentido, na presente seção, apresentamos os principais elementos que emergiram nos resultados acerca da exposição no ambiente de trabalho dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar, especificamente, em relação aos fatores de risco e as exigências físicas impostas pela dinâmica da atividade que estes trabalhadores realizam no hospital.

Entretanto, a compreensão da noção de risco no trabalho, segundo Nouroudine (2004) apresenta-se ainda “mal definida e nebulosa” (p. 38), no sentido de estar sendo analisada em

dois tipos de constatação: uma que se refere a definição das normas de segurança antes das atividades, e a outra que concerne aos “saberes-fazer de prudência” constituídos quase que clandestinamente na realização das atividades” (p.38).

Não obstante, apesar disso, Mauro, Muzi, Guimarães e Rosa (2004) definem os riscos ocupacionais como algum tipo de agravo à saúde do trabalhador em decorrência da atividade produtiva em um dado momento. De modo semelhante, Rouquayrol e Goldbaum (1999) entendem o risco ocupacional como a probabilidade de um evento prejudicial (indesejado) ocorrer à saúde do indivíduo em um futuro imediato ou remoto.

Tais riscos podem ser caracterizados como risco biológico (contato com microorganismos), físico (condições inadequadas de iluminação, temperatura, ruído, radiações, etc), químico (manipulação de desinfetantes, medicamentos, etc), psicossocial (atenção constante, pressão da chefia, estresse e fadiga, ritmo acelerado, trabalho em turnos alternados, etc) e ergonômico (peso excessivo, trabalho em posições incômodas) (Marziale, 1995).

Assim, é pertinente apontar que, a realização da atividade humana, por meio do engajamento tanto corporal, quanto cognitivo e mental, é atravessada do início ao fim pelo risco (Noroudine, 2004). Dito isso, a compreensão da influência da organização do trabalho na qualidade de vida, na saúde mental, no desgaste e no adoecimento dos trabalhadores, torna-se fundamental para a análise e para intervenção em situações que podem ocasionar diversas formas de sofrimento, adoecimento e exclusão (Lancman & Jardim, 2004).

Na atividade dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar verificamos riscos relacionados à saúde destes trabalhadores nos mais variados aspectos. Deste modo, se faz necessário, além de identificar os riscos presentes, buscar a compreensão do modo como os trabalhadores percebem os riscos e vivenciam os mesmos em sua jornada de trabalho (Dejours, 2012).

Quando questionados sobre os fatores de risco identificados no seu trabalho alguns profissionais de limpeza hospitalar reconheceram em sua maioria estarem expostos a contaminação por seringas, agulhas e outros materiais perfurantes e cortantes que são encontrados em meio ao lixo. Ademais, os trabalhadores sofrem com a falta de cuidado de outros colegas profissionais e de usuários do hospital com a limpeza. Reclamam da existência de lixo descartado fora das lixeiras e do descarte de material clínico e cirúrgico de maneira inadequada “Eu sempre falo para as enfermeiras, gente, vocês tenham cuidado, porque a gente aqui que está trabalhando, a gente é um ser humano e qualquer deslize, qualquer falha que vocês derem aí prejudica a gente” (Participante 22). No entanto, também foram destacados episódios em que acidentes de trabalho ocorreram apesar do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), visto que, o descarte de objetos perfurocortantes nem sempre é feito de forma adequada. Essas situações demonstram a distância entre o prescrito e o real do trabalho hospitalar, como é conceituado na Ergonomia e demonstrado em estudos como o de Viegas, Borré e Grasel (2016).

“

(...) Eu me furei e a gente está trabalhando e quando vê sangra. Não é todo tempo não, as vezes acontece. A gente lava com álcool na mão, tudinho, seca de novo, o sangue estanca e continua a jornada de trabalho (...). (Participante 12)

Os riscos geralmente chegam - muita tesoura, muito material, agulha, seringas, vem dentro da roupa. Está ali, a gente está com uma caixa cheia ali, de seringas, agulhas e muitas tesoura de bloco cirúrgico, e vem soltas com as roupas. Tem gente que já viu até placenta dentro da roupa, placenta, que não era para vir (...). (Participante 08)

(...) Os riscos mais que eu tenho, que tem lá, é que é muito, o negócio perfurocortante que são agulhas, seringas, esses negócios de bisturis, já levei duas furadas já lá. Vou ter até que voltar para fazer exame de novo, mas graças a Deus não deu nada não. Tenho que voltar lá mês que vem, foi só essas duas vezes. Porque tem muita gente, muita auxiliar de enfermagem que trabalha lá em cima e eles não tem o cuidado de toda vez jogar a agulha dentro do saco e quando eu vou pegar para encher as bombonas e não sei o que é que tem dentro, às vezes eu acabo me furando. (Participante 20)

Como afirma Costa (2007) qualquer material descartado que pode introduzir algum tipo de risco à saúde do homem ou do meio ambiente, sendo sua natureza química ou biológica, é considerado perigoso. Há de se destacar que acidentes ocupacionais com sangue e outros fluidos corpóreos são mais suscetíveis de ocorrerem com os profissionais da área de saúde e limpeza, sendo que os acidentes com materiais perfurocortantes estabelecem o maior risco ocupacional (Figueiredo, 1992; Queiroz, 1995; Cardo, 1997; Stier et al., 1995; Doebbeling, 1997). Dessa forma, fica evidente que os profissionais que estão diretamente envolvidos com os processos de manuseio, transporte e destinação dos resíduos são os que se encontram mais expostos aos efeitos prejudiciais à saúde causados pelo lixo (Costa, 2007).

Um outro aspecto mencionado pelos entrevistados diz respeito à negligência por parte da empresa terceirizada sobre um respaldo, um aparato médico quando os mesmos ficam doentes. Não há uma avaliação mais aprofundada sobre os sintomas e as mazelas ocorridas aos trabalhadores: “O médico dá um remédio, a gente fica bom, com três dias, quatro dias a gente volta ao trabalho de novo e assim vai. É, a tendência é essa” (Participante 03). É imprescindível uma maior divulgação acerca da vacinação, doenças imunopreveníveis, assim

como uma maior disponibilidade das vacinas para os profissionais por parte da empresa terceirizada (Neta, Araújo, & Silva, s/d).

Os riscos acima citados são, de certa forma, grandes caracterizadores da insalubridade e da periculosidade em um ambiente hospitalar, sendo causadores de vários acidentes e doenças do trabalho (Bartolomeu, 1998). Em alguns casos, essa ocorrência é devido ao estresse dos trabalhadores, que não conseguem descansar em casa e assumem dupla e/ou tripla jornada de trabalho para aumentar a renda familiar, ocasionados pela falta de capacitação e condições adequadas de trabalho. Para integridade da saúde dos trabalhadores e dos pacientes, todos os entrevistados tomam banho ao terminar o trabalho (Ferreira & Anjos, 2001).

Apesar dessas ocorrências, ao serem perguntados sobre os acidentes de trabalho que haviam sofrido, alguns participantes relataram que estes não aconteciam e nem tinham conhecimento de qualquer acidente que já venha a ter ocorrido aos seus colegas de trabalho. A negação desses casos parece constituir um mecanismo de defesa (Dejours, 2011), na medida em que nega uma realidade que se mostrou bastante evidente:

Não, ainda não encontrei nenhum risco. Nenhum risco assim não. Não sinto cansaço. Muito pelo contrário, me deu foi disposição. Antigamente, só ficava em casa, em casa, em casa, e só saía final de semana. Hoje em dia, não. No dia que eu chego do trabalho, já estou saindo já, ai pronto. Saindo, para qualquer canto, para o shopping. Assim que eu chego em casa eu saio. Antigamente não, eu só saía no final de semana. Me deu mais disposição. (Participante 22)

“Não identifico nenhum risco não, às vezes cansaço, é, tem tempo que está muito cansada. Contaminação não”. (Participante 07)

É difícil acontecer acidente aqui no hospital, é tranquilo. Teve uma vez que um rapaz aqui levou uma furada, mas ele foi atendido logo, tal, mas ficou tranquilo, começou a trabalhar normal. Não deu nada não. O negócio é ter cuidado. (Participante 15)

Entretanto, mesmo diante das estratégias defensivas utilizadas pelos trabalhadores, os mesmos reconhecem os diversos riscos a que estão expostos. Outro risco apontado pelos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar diz respeito a contaminação por agentes biológicos. Principalmente durante a limpeza nas clínicas em que há pacientes com doenças de risco de contaminação. Estes profissionais manuseiam materiais potencialmente infectantes, contaminados com material biológico, e estão expostos ao contato inevitável com fungos, bactérias e outros tipos de microorganismos (Lima, Oliveira, & Rodrigues, 2011). Os participantes relataram: Já adoeci de uma bactéria que peguei na unha. Eu trabalhava na pediatria e fui dar uma limpeza geral, a água entrou e eu não tirei a bota, era para ter tirado. Eu demorei demais para tirar e quando eu fui tirar para ir embora já tinha criado uma bolha (Participante 17). [Quais os tipos de riscos que você identifica no seu trabalho?]. Risco que eu identifico é o que tenho medo, de bactéria, porque a gente trabalha em hospital, hospital é completamente cheio de bactéria, tem muitas doenças, toda qualidade de doença e é um risco de pegar alguma coisa e é por isso que tem que ter muito cuidado, sempre lavar as mãos (Participante 12). (...) a gente tem que ter muito cuidado, e muita habilidade para não se contaminar com sangue desses pacientes. No início a gente fazia limpeza quando era sangue no chão a gente colocava hipoclorito, colocava papel toalha, botava em cima daquele sujo, depois vinha com rodo, limpava, e depois passava o MOP (Participante 07).

As condições de trabalho presentes na atividade dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar ainda são apontadas como fatores de risco no que se refere ao uso de

Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). Como já fora mencionado anteriormente, os profissionais são contratados por empresas terceirizadas que são responsáveis pelo fornecimento dos EPIs. No entanto, alguns trabalhadores relataram que, mesmo utilizando os equipamentos necessários, sofreram algum tipo de acidente ou denunciaram a falta dos mesmos:

O risco que eu tenho aqui no trabalho, a gente já recebeu ordem, de trabalhar assim com máscara, a gente não tem isso aqui. Porque eu não sei, porque eu acho que quem trabalha em hospital tem que ter máscara, touca, tem que estar bem equipado e não temos isso aqui. O que temos é touca, par de sapato, farda e trabalhamos com roupa limpa, quem trabalha com a roupa suja tem de trabalhar de máscara, mas eu acho que todos deveriam trabalhar protegidos. (Participante 19)

(..) Trabalho de luva, mas a luva aqui não é apropriada para o meu trabalho. Eu uso uma luva fina amarela. Já levei isso a chefia, mas ficaram de comparar e não compararam não. (Participante 22)

Não obstante, alguns profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar se abstêm do uso de alguns equipamentos exigidos, como: bota, máscara, luva, ainda que entendessem a sua importância, diferentemente do que foi constatado por Fernandes, Maciel e Xavier (2007), cujo estudo revela a falta de esclarecimento sobre a dimensão dos danos possíveis na limpeza hospitalar. Molinier (2013) aponta que as estratégias coletivas de defesa viris objetivam os trabalhadores a se distanciarem das representações conscientes do risco e da vulnerabilidade do corpo (e.g., feridas, fraturas, impotências funcionais, cansaço, dores, doenças). A estratégia de eufemização (minimização da importância) revela-se nesse caso a não utilização dos

equipamentos de segurança. Ao negar sua existência, nega-se também o risco e a probabilidade de que algo aconteça consigo mesmo. De todo modo, quando indagados dos motivos de não utilizarem todos os equipamentos de segurança, os profissionais relataram sobre o desconforto e até a inadequação destes equipamentos. Meus equipamentos de proteção a gente usa a farda e o sapato. Não gosto de usar o sapato, mas a gente, até a empresa falou, todo mundo sabe que é para usar o sapato mesmo. Tem que trabalhar de sapato (..) (Participante 17). Além de uma estratégia de defesa, a não utilização dos EPIs, poderia estar relacionada a impossibilidade de se executar as prescrições estabelecidas na atividade (Guérin et al., 2010). Esse cenário é recorrente no contexto hospitalar em geral. Silva et al (2013) mostram que apesar dos trabalhos de prevenção, seus equipamentos ainda não foram capazes de diminuir significativamente os riscos ocupacionais desses trabalhadores.

Vale citar, neste momento, sobre a Norma regulamentadora 32 (NR32) cuja função é normatizar a segurança e saúde dos trabalhadores da área da saúde. Dentre suas diretrizes, pode-se destacar a necessidade de utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) (e.g., touca, luvas, jaleco), e que devem estar à disposição, obrigatoriamente, em número suficiente nos postos de trabalho, de forma que seja garantido a sua reposição e fornecimento imediato (Oliveira, Lage & Avelar, 2011).

Um outro risco apontado pelos profissionais de limpeza hospitalar diz respeito ao fato de desenvolverem problemas osteomusculares, já que relataram sofrer dores relacionados à postura/coluna. A atividade de limpeza hospitalar demanda que esses profissionais façam a retirada do lixo nas lixeiras, e nas áreas específicas como na lavanderia, onde os trabalhadores precisam permanecer grande parte do tempo em pé dobrando os lençóis e as roupas hospitalares destinadas aos pacientes. Em qualquer desses setores, as exigências físicas (e.g., levantamento e carregamento de peso, a execução de movimentos repetitivos, sobrecarga

das articulações, postura corporal, etc.) fazem parte do cotidiano, como pode ser verificado na fala a seguir:

Tirar os lixos dos baldes que às vezes a costa da gente dói, tem que tirar o lixo, daí tem que se abaixar para tirar os lixos dos banheiros, as enfermarias, aí a gente chega em casa toda quebrada. Eu fico com as costas queimando, doendo. Só preciso me abaixar para tirar o lixo mesmo, porque a gente tem um carro para espremer para limpar o chão. (Participante 27)

“A gente adoece, sempre a gente adoece, é a coluna. A gente passa o tempo todinho em pé, andando para aqui, para acolá, entregando roupa e tal”. (Participante 03)

Sinto, cansaço eu sinto. Cansaço demais. Sinto às vezes dor nas pernas, é o cansaço, nas pernas, nos pés, um pouquinho na coluna, quando faço muito esforço, porque a gente dá uma geral de lavar tudo, lava as paredes, chão, isso cansa. Muito cansativo. (Participante 12)

Entretanto, mesmo frente aos riscos, não foi verificado nenhum outro tipo de atividade que a empresa oferece para amenizar ou se proteger desses riscos, (..) quando a gente vai lá no terminal, tem que se abaixar, tem que limpar a cama bem limpada, os colchões, se abaixa, a coluna dói, mas se é o trabalho da gente, que tem que fazer uma limpeza completa. Minhas costas ficam doendo, mas graças a Deus, dói assim, eu tomar um remédio, passa (Participante 06).

Outro aspecto mencionado nas entrevistas diz respeito às condições físicas do ambiente de trabalho dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar (e.g.,

iluminação, ruído, ventilação). Quando questionados sobre os riscos que sofrem em seu ambiente de trabalho alguns participantes relataram: no laboratório, que lá é cheio, todo fechado, cheio de ar condicionado, aquela frieza, e eu fiquei só, fiquei um pouco gripada, eu comecei a espirrar, espirrar, com a frieza do ar condicionado nesse setor. (Sujeito 01), “No setor que eu estou agora é muito quente, muito, muito quente mesmo, muito barulhento. Mas é um canto limpo” (Participante 17).

Um dos entrevistados relatou sofrer com as noites perdidas de sono devido ao trabalho no turno noturno: “como eu já passei muita noite acordado por não poder tirar um cochilo para descansar. É muito sono perdido para gente. Até que eu já estava até ficando estressado em casa, quando chegava queria dormir”. (Participante 14). O trabalho realizado em turnos, diurno e noturno, mesmo sendo realizado em turnos alternantes ou fixos, os trabalhadores sempre estarão sujeitos a uma dessincronização entre o ciclo vigília-sono (Barthe, Gadbois, Prunier-Poulmaire, & Quéinnec, 2004; Ferreira, 1985; Fischer & Lieber, 2005; Izu, Cortez, Valente, & Silvino, 2011; Seligmann-Silva, 2011). Para a saúde do trabalhador, as consequências da realização do trabalho no período noturno manifestam-se como alterações do equilíbrio biológico, dos hábitos alimentares e do sono, na perda de atenção, na acumulação de erros, no estado de ânimo e na vida familiar e social (Manhães, 2009). Além do mais, estarão submetidos a um maior risco de apresentarem uma série de distúrbios de ordem fisiológica e psicossocial (Fischer & Lieber, 2005).

Ademais, destacou-se também a presença de riscos de contaminação por agentes químicos, em função do manuseio de substâncias como hipoclorito de sódio, detergentes, álcool, sabão, removedores e solventes. A água sanitária, que contém hipoclorito de sódio, mesmo em baixa concentração libera o gás cloro que provoca a irritação das vias aéreas, lacrimejamento e dores de cabeça, e pode piorar um quadro asmático já existente (Manual de Limpeza, ano).

Não, nunca me acidentei o meu trabalho, quando eu entrei logo aqui no HU eu tive uma infecção na garganta, eu acho que era, não sei, que era o costume de trabalhar em hospital, a gente usa aquele produto, hipoclorito de sódio, é uma coisa forte e eu sentia a minha garganta seca e quando eu pensei que não, estava toda, estourou tudo lá dentro, febre, aí eu tive dois dias de afastamento, dois dias o médico me deu, afastada para eu melhorar, mas também, ele passou umas bezetacil, eu tomei, acabou. Desde que eu cheguei aqui que eu não senti mais nada. Foi um médico daqui do hospital. Nunca me afastei não, só essa vez. (Participante 22)

“Doença eu já tive, porque tenho problema de alergia muito grande, e eu sempre tenho. Quando eu começo a varrer começo a espirrar, é um problema para mim, muito problema”. (Participante 24)

Além de todos os riscos à saúde associados às condições de trabalho, os participantes também reconhecem o risco de adoecimento frente às questões colocadas pela organização do trabalho. O trabalhar em um ambiente que exige a todo o momento uma agilidade e prontidão quanto a limpeza, o saneamento das demandas imediatas, a pouca autonomia na resolução das variabilidades da atividade, poderá pôr em risco o seu emprego, pois trata-se de um emprego terceirizado, e podem vir a contribuir com o desenvolvimento de problemas psicológicos e comportamentais:

E é a hora que desocupa tudo de uma vez. E todos querem que limpe. Para quando o outro médico chegar, já estar limpo. E a gente fica, não espera e, um chama, o outro chama, e a gente fica naquela agonia, e não tem condições, e quando é de tarde que

é para a gente deixar o plantão todo limpo, para entregar tudo limpo, de tarde é que é correria. A gente não tem tempo nem de tomar água. É muito, muito mesmo e agora, antigamente era só um, graças a Deus agora botou outro. Mas agora eles estão exigindo mais, querem mais detalhadamente a limpeza e a gente só se ferrando. Já pensei até em sair porque não aguento mais. Já pensei até em sair, mas não vou pedir conta, vou levando, vou levando e pedindo a Jesus força para atravessar. (Participante 14)

O estresse, o estresse mas tem que fazer. Uma hora a gente está fazendo um canto e outro chama, olhe, fulano vomitou ali. Tem que encarar. Vai, para. Se for um vômito, a gente sai nas carreiras, vai limpar, e depois volta de novo para o serviço. E se não se apegar a Deus, minha filha, a gente endoidece, porque tem dia que eu estou em ponto de correr. Digo, Senhor, me dê força, porque se não a pessoa joga tudo para cima, desconta em até quem não deve. (Participante 18)

As exigências excessivas do trabalho induzem a um desgaste precoce tanto físico quanto psíquico. Para tanto, o trabalhador acaba por sobrecarregar o seu organismo para tentar manter seu desempenho e a produtividade e dessa forma fica mais vulnerável a quadros de adoecimento (Lancman & Jardim, 2004). O treinamento, à divisão de tarefas, os procedimentos, à cobrança de produtividade, à intensificação do trabalho, os mecanismos de coerção e punição, somados à terceirização, a redução de efetivos e a forma como a manutenção é realizada são característicos da organização do trabalho. Tais fatores influenciam direta ou indiretamente na geração de acidentes, doenças ou outras formas de sofrimento dos trabalhadores (Porto, 2000).

Alguns entrevistados se referiram ainda, a “riscos interpessoais”, ou a riscos relacionados as relações com os pacientes e os acompanhantes destes, somado ainda as pressões sofridas pela organização do trabalho, o que pode ser verificado nas falas seguintes:

Com relação aos riscos no caso da minha função, não, é o seguinte, a gente tem que ter, olhar, inclusive a gente tem que ver os pacientes que tipo de paciente é aquele, a gente tem que se vigiar, porque pode haver uma agressão por parte de um paciente, então você tem que saber lidar com aquela situação ali. Agressão, que assim, porque tem paciente com problema psicológico, aquela coisa, de vez em quando vem fazer, pelo menos no meu setor. E tem setor vizinho também que é exatamente psicológico. Então a gente tem que se vigiar e ter cuidado para que não aconteça nenhum incidente. (Participante 19)

(..) Porque a gente se dá mais com criança aqui nesse setor. Eu me sinto cansada, estressada de você ficar assim trabalhando perto de criança, vários choros, isso, aquilo, você se estressa, mas eu costumo assim, sempre está rindo, falar bom dia e nunca trazer meus problemas de casa para dentro do hospital, para dentro do trabalho. (Participante 06)

Assim sendo, o relacionamento com os pacientes e os seus acompanhantes aliados às pressões estabelecidas pela organização do trabalho constituem-se como ameaças a saúde desses profissionais. Com a possibilidade de tentar lidar com esses riscos, geradores de sofrimento, estratégias foram desenvolvidas por estes trabalhadores para suportar esses problemas. Tais estratégias, mesmo que não compartilhadas por todos os profissionais,

auxiliam individualmente a vivenciar o sofrimento no trabalho (Dejours & Abdoucheli, 1994), o que pode ser percebido nas falas dos participantes a seguir:

Mas eu costumo assim, sempre está rindo, falar bom dia e nunca trazer meus problemas de casa para dentro do hospital, para dentro do trabalho. Não levo meus problemas para casa não. Chego em casa, tomo banho, fico com meu filho. Normalmente vou assistir com meu filho, vou dormir com meu filho. (Participante 07)

Ultimamente eu estava sentindo muita dor aqui, muita dor mesmo (apontando para o peito), até dor de cabeça dava em mim. Não tomo nada para passar a dor, passou, Deus me cuidou e Nossa Senhora. Só, eu tomava só um relaxante muscular. A mente não está cansada não, durmo bem, graças a Deus. (Participante 06)

Ninguém fala nada sobre isso (acidentes de trabalho), fala nada não, a gente só entra, dá bom dia e os médicos também dá bom dia e a gente pega o lixo e pronto, porque tem vez que sai o pessoal da sala, e fica só o servente de limpeza para pegar o lixo. Tem problema nenhum não, até agora não. (Participante 15)

As estratégias identificadas remetem a atitudes de esquecimento dos riscos a que estão expostos, ao distanciamento dos problemas relacionados ao trabalho quando os profissionais já se encontram no seio da família, e também ao fortalecimento da religião para curarem suas mazelas. No entanto, os riscos ainda permanecem presentes, ou seja, mesmo com as estratégias defensivas, as mesmas não modificam as situações de riscos (Dejours & Abdoucheli, 1994). Assim, mesmo as situações a que estão expostos os trabalhadores e que

afetam a sua saúde, os profissionais de limpeza hospitalar buscam desenvolver estratégias mobilizadoras, individuais ou coletivas, para manterem o corpo e o funcionamento psíquico saudáveis.

Nesse cenário, as estratégias defensivas permitem aos trabalhadores distorcerem a realidade de acordo com as singularidades internas de cada um e o modo como percebem o seu entorno (Sawrey & Telford, 1971). Não obstante, tais estratégias podem não ser as mais apropriadas, pois podem impedir que outras estratégias, mais adequadas, duráveis e provedoras da saúde mental dos sujeitos se estabeleçam. Desse modo, cabe o prosseguimento da análise da díade trabalho-saúde dos profissionais dos serviços gerais de limpeza em análise a história e formação profissional destes trabalhadores.

6.2. Eixo 2: O trabalhar dos serviços gerais de limpeza hospitalar

6.2.1. Classe 3: História e Formação Profissional

Aqui discutiremos sobre os empregos anteriores dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar, e sobretudo, serão apresentados os treinamentos realizados nos empregos anteriores, assim como na atividade atual. Quanto aos empregos anteriores, a maioria afirma já ter iniciado sua trajetória no trabalho desde muito cedo. Alguns relataram trabalharem desde a infância. Indagados sobre os motivos que os levaram a trabalhar tão cedo, os argumentos foram os mais diversos, sendo o que mais sobressaiu foi ajudar na renda familiar, pois, um fato importante da vida destes trabalhadores é que são provenientes de famílias com baixa renda:

Bom, eu já comecei a trabalhar desde pequeno né? Só que assim, eu trabalhava com meus pais, porque eu morava no interior. Meus pais eram de Salgado de São Félix. Aí a gente trabalhava em agricultura, no roçado, limpando mato, limpando, plantando,

apanhando feijão, milho, essas coisas assim, desde criança. Aí quando foi depois de grande já, aí nunca tinha trabalhado de carteira assinada. (Participante 06)

Eu já fui assim, na verdade, já fui sofrido no mundo, já trabalhei em muitas coisas, já fui carroceiro, já trabalhei em depósito. Eu comecei a trabalhar, vamos dizer, primeiro eu comecei a trabalhar vendendo sorvete, eu tinha uns 14 anos, aí daí passei para ser carroceiro, aí de carroceiro comecei a trabalhar em construção civil, aí depois trabalhei em depósito, material de construção, entregando, fazendo entrega, tudo isso. De carroceiro eu passei uns 10 anos, nos depósitos, passei dois anos. Carteira assinada só foi esse que eu estou agora e outro o do depósito, era carteira assinada. (Participante 15)

Quanto a renda pessoal dos participantes, verificou-se que 27 dos 30 participantes que compõem a amostra recebem apenas um salário mínimo como remuneração (R\$ 788,00, valor regimentado pelo Decreto 8.381/2014). Somados com o valor do vale alimentação e do vale transporte chega-se ao valor de (R\$ 920,00): “não sei nem quanto eu recebo, que eu recebo junto com o salário, os dois juntos dão o valor de R\$ 920,00. E o vale transporte, bota tudo direitinho, do mês todinho” (Participante 07). Os três participantes que relataram ganhar mais de dois salários mínimos como renda pessoal realizam trabalhos extras (faxineira, garçom, servente, pedreiro), tais aspectos são considerados importantes para entendermos a realidade vivida por estes trabalhadores. A remuneração considerada insuficiente para que o trabalhador supra suas necessidades e da sua família, forçam o trabalhador a buscar outras ocupações, mesmo em detrimento da saúde física e emocional. O trabalhar em atividades extras, certamente, tem consequências sobre a saúde dos trabalhadores, pois, implica em uma carga adicional. Ademais, existem ainda outros constrangimentos, especialmente, os deslocamentos para ir ao outro emprego, que, por sua vez, dependem do transporte público.

Consequentemente, o cansaço será maior, diminuindo as horas de descanso, lazer, convivência familiar, cuidado com a saúde, entre outras atividades.

No tocante à renda familiar a maioria (66,7%) relatou receber entre um e dois salários mínimos, que se justifica pelo acréscimo do salário do cônjuge, de tal modo que a renda familiar não se configura em mais de R\$ 2.000,00, e também advindas dos seus trabalhos extras remunerados que já foram mencionados anteriormente. As características sociodemográficas e econômicas dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar apresentadas corroboram os resultados de outros estudos com a mesma categoria. O perfil desta categoria contribui para que estes trabalhadores constituam um grupo que desempenhe atividades com menor remuneração e que não exige qualificação profissional (Andrade & Monteiro, 2007; Silva, Haaddad, Domansky, & Vituri, 2010).

No que diz respeito ao grau de escolaridade, 50 % dos participantes possuem o ensino fundamental incompleto, tendo apenas seis trabalhadores com ensino médio completo. Tais dados acerca da escolaridade dos participantes concordam com a visão de diversos autores sobre a baixa qualificação profissional exigida na execução da atividade dos profissionais de limpeza hospitalar (Diogo, 2007; Santos, Lima, Murta, & Motta, 2009). É importante destacar que quanto mais baixo o nível de escolaridade, maior a probabilidade de conquistar empregos que exige maior força física, bem como, uma renda menor, e consequentemente um salário irrisório. Desta forma, a busca por condições de tratamento para seus problemas de saúde não são prioridades (Balbino, Lauro, Fontes, & Lisboa, 2007).

Quando perguntadas sobre sua trajetória profissional a maioria das profissionais relataram em sua trajetória trabalharem sempre em serviços domésticos, uma prática iniciada desde a infância:

“Eu comecei a trabalhar com nove anos, casa de família, ajudando, que minha mãe foi embora para o Rio aí eu fiquei com meus irmãos, ajudando meus irmãos”.
(Participante 25)

Minha filha, eu sempre trabalhei só empregada doméstica. Desde os 10 anos de idade. As condições do meu pai. Que muitos filhos, 14 filhos, não tem condições de dá sustento a gente, então a gente foi pegando costume de trabalhar, o povo foi gostando, a gente foi criando, a gente foi crescendo. (Participante 24)

Só fui diarista mesmo, faxineira. Até chegar aqui. Comecei a trabalhar com 13 anos. Ganhava assim por semana, no tempo ganhava cinquenta reais, sessenta. Eu só saí porque eles são gaúchos, aí eles voltaram para terra. (Participante 15)

Olha eu comecei a trabalhar logo cedo, doze anos. Sempre lavava roupa, lá onde a gente mora em Fagundes tinha rio, aí ia, lavava roupa, ia para casa do pessoal conhecido lá, fazer as coisas, varrer, fazer comida, essas coisinhas assim. Mulher, lá não tinha nem como ganhar salário na época. Era trocadinho mesmo, ficava trabalhando só para trabalhar para ganhar comida. (Participante 16)

Nestas falas fica evidente que a única saída para estas mulheres desde a tenra infância era o trabalho doméstico, servil. Socialmente, várias profissões entendidas como femininas são caracterizadas pela falta de status, reconhecimento, baixa remuneração e baixa qualificação (Feretti, 1976; Lewin, 1980). Entretanto, a falta de reconhecimento e baixa remuneração, não se relacionam apenas às mulheres, pois, embora a amostra tenha uma predominância feminina, estas características se expressam para ambos os sexos.

Quanto a predominância do sexo feminino, apesar da crescente participação das mulheres no mercado de trabalho nos mais variados setores, ainda há uma notável persistência de nichos de trabalho femininos (e.g., trabalho doméstico, serviços de limpeza, em áreas de saúde, educação, serviços, entre outros) apontando para uma divisão sexual do trabalho (Souza, 2010). A maioria destas trabalhadoras são as únicas provedoras da família, e sentem-se sobrecarregadas com tantas responsabilidades: Sinceramente filha, passei seis anos sendo o homem e a mulher da casa. Meu marido nunca me ajudou não. Aí para completar arranjou uma dona e estava bancando ela, com o dinheiro que ele recebia e não mandava nada para os meninos, daí me separei (Participante 15). Estudos realizados com trabalhadores atuantes em serviços de limpeza em hospitais encontraram resultados semelhantes com relação a predominância do sexo feminino entre os profissionais de limpeza hospitalar (Gonzales & Carvalho, 2003; Martarello & Benatti, 2009).

O trabalho dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar foi apontando ainda como sendo o primeiro emprego formal, com todos os dispositivos legais (registro de carteira assinada, férias renumeradas) para a maioria dos entrevistados, mesmo para aqueles que já tiveram outros empregos. O “emprego de carteira assinada”, ou seja, amparado pela legislação trabalhista, destaca-se como um ponto positivo nas entrevistas. O salário mensal configura-se como uma certa estabilidade financeira e de grande importância na estratégia da economia familiar:

Na verdade, eu comecei a trabalhar aos meus 18 anos, mas só que na época não era carteira assinada, era clandestino, como se fala né? Eu vim assinar minha carteira aqui, mas eu trabalhei uns 3, 4 anos atrás. Era desse jeito, informal né? (..). (Participante 01)

Desde os dezessete que eu faço bico. Sempre trabalhei assim em lanchonete e tal, só que nada com carteira assinada. Aí meu irmão entrou nessa empresa aqui, depois ele

foi e falou com a mulher para me colocar, para poder assinar minha carteira, aí pronto. É. Já trabalhei em lanchonete, já trabalhei na SKY também, só que [...]. Já trabalhei no shopping também, só que nada com carteira assinada. Sempre bico, já trabalhei como babá. (Participante 11)

” Já trabalhei em casa de família de diarista. Já trabalhei de baba. Já trabalhei na feira, e depois vim pra cá. Mas não tinha carteira assinada. Meu primeiro emprego de carteira assinada foi aqui”. (Participante 21)

Os participantes da pesquisa apesar de trabalharem todos no mesmo hospital, possuem algumas especificidades, sendo 24 distribuídos nas clínicas (e.g., Pediatria, Unidade de Terapia intensiva UTI, Maternidade), cinco na lavanderia (e.g., separar a roupa contaminada das roupas não contaminadas, lavar, passar e guardar as roupas e lençóis) e um responsável pelo transporte e retirada do lixo hospitalar. Neste estudo, em particular serão consideradas as vivências relacionadas a saúde da atividade dos profissionais dos serviços gerais de limpeza em geral, não obstante, no que se refere aos treinamentos e formações realizadas nos empregos anteriores, alguns participantes relataram o seguinte:

Aqui no HU eu não fiz não, mas onde eu trabalhei na imobiliária, onde eu trabalhei na escola, eu fiz o curso de informática, não aquele avançado, mas eu fiz, informática. Não, só o treinamento deles que eles dão pra gente, dentro da função que eu exerço aqui. Sobre a limpeza, como trabalhar na limpeza, não teve outro curso não, até o momento né, pode ser que surja. Gostei. E se vier a gente faz, é só ter oportunidade. (Participante 10)

Eu fiz no tempo que eu estava trabalhando na SKY, eu fiz treinamento de vendedora e tal, sabe? E nesse aqui também quando eu entrei para trabalhar, fiz treinamento, mas foi só um dia de treinamento. Treinamento de como limpar as camas, fazer a limpeza das salas, das enfermarias, essas coisas. Foi dado por duas enfermeiras, não lembro. (Participante 11)

Eu fiz, na UNIPE era como Jovem Aprendiz, né. Aí trabalhava e estudava no Senac à tarde. Era como se fosse uma espécie de treinamento, né. Mas fiz, fiz treinamento sim. Quando trabalhei na UNIPE. Assim, quando eu entrei aqui, o pessoal mesmo aqui, treinou né, para mexer nos maquinários, tudinho, tal. (Participante 12)

O treinamento, é em boa parte, realizado pelos colegas, e com isso, os hábitos de trabalhar são transmitidos aos recém-contratados, mesmo que estejam repassando procedimentos e informações que não estejam totalmente corretas. Além disso, a organização não conhece a realidade do serviço dos funcionários dos setores de limpeza. Há uma tendência de adotarem soluções e procedimentos simplistas para os problemas existentes, muitas vezes pelo fato da empresa terceirizada não os conhecer bem. A falta de capacitação periódica compromete a real sensibilização para a importância da utilização dos EPI's e para a evitação e prevenção de acidentes e transmissão de doenças. A organização de trabalho deveria vir a resolver essas lacunas com uma educação/treinamento do processo de trabalho (Acosta & Echternacht, 2006). Os treinamentos juntamente com o uso de EPI's contribuem para uma maior segurança no trabalho hospitalar (Andrade, Silva & Neto, 2015):

Treinamento eu não fiz não. Quando eu cheguei aqui aí uma das meninas da limpeza ficou, trabalhou comigo durante dois dias e me ensinou tudo. Eu aprendi porque eu já era acostumada, sempre gostei de trabalhar e não é essa dificuldade toda. Aí depois

desses dois dias eu continuei, fiquei nove meses no laboratório. Foi a primeira parte que eu trabalhei aqui no HU. (Participante 01)

Porque o treinamento da gente é o dia a dia né? Com certeza eles botam alguém pra ensinar, como agora tem um rapaz aí, a gente tá ensinando a ele. Não, sempre é o salário, aquele salário x né? Nem mais nem menos. É o mais novo. A gente tá ensinando a ele, como operar máquina, como fazer coleta. E eu acredito que tem já duas semanas, já aprendeu já. Já sabe mexer em tudo, aprendeu rápido. (Participante 08)

Podemos inferir por meio das falas dos entrevistados que as informações referentes ao aprendizado da atividade dos serviços de limpeza é feita essencialmente por meio das práticas diárias e do repasse da experiência dos outros colegas. Neste cenário, observa-se a importância da Inteligência da Prática no aprendizado e no exercício da atividade do trabalho, que se torna assim essencial para a realização do trabalho (Abrahão et al. 2009; Dejours, 1993, 2000; Molinier, 2013; Zarifian, 2003). Ademais, verifica-se a mobilização subjetiva e a cooperação entre os colegas, pois os mesmos se solidarizam nessa ação. Estas ações não surgem da manipulação administrativa, mas, sobretudo, das relações que se estabeleceram entre os profissionais de maneira natural, e consequentemente expressam a necessidade do coletivo de agir tendo em vista a qualidade e eficiência do serviço prestado. Observa-se também que a competência e o aprendizado ocorrem no dia a dia, sobre o real do trabalho, diante do inesperado, e a partir da iniciativa, na responsabilidade, na inteligência, na cooperação e no rigor (Zarifian, 2003). Neste sentido, a Ergonomia da Atividade compreende as variabilidades presentes no real do trabalho, modificam sua natureza, determinando o consequente desenvolvimento das competências dos trabalhadores (Abrahão et. al, 2009).

Apesar disso, os entrevistados alocados para trabalhar na UTI, por sua vez, destacaram treinamentos mais formais, dadas as especificidades na execução dessa atividade. Tais dados podem ser identificados nas falas a seguir: Eu fiz um treinamento quando eu tava na UTI, fiz um treinamento pra quem trabalha na UTI, aí eu fiz. É, diferenciado, pra trabalhar. Porque lá a gente trabalha diretamente com o paciente né? Naqueles estados já muito crônicos. Aí a gente fez treinamento lá (Participante 04). Destaca-se nessas falas a importância e como é essencial uma formação destinada as especificidades da sua atividade.

Assim sendo, a partir da análise dos dados que representam a trajetória e a formação profissional destes trabalhadores podemos compreender a realidade vivenciada pelos mesmos. As experiências anteriores, os enfrentamentos diários, a troca de conhecimentos entre os pares constitui uma evolução ao desenvolvimento da atividade dos serviços de limpeza. As lacunas constituídas pelas teorias, normas, e as situações reais só podem ser preenchidas por meio da cooperação entre colegas, pelo uso da inteligência prática, e sobretudo, pelo uso das experiências anteriores.

6.2.2. Classe 1: Condições de Trabalho

As condições de trabalho envolvem tudo que influencia o trabalho. Desta forma, as condições nas quais o trabalho é desenvolvido possui um papel importante para a constituição da subjetividade e do modo de vida do trabalhador, influenciando de forma direta na sua saúde física e mental (Wisner, 1987). As pressões físicas, mecânicas, químicas e biológicas que constituem o ambiente laboral referem-se as condições de trabalho (Dejours & Abdoucheli, 2011). Compreender quais são as condições de trabalho vivenciados pelos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar se faz relevante no entendimento das relações geradoras de prazer e sofrimento, em especial, quanto aos fatores de risco e as

exigências físicas impostas pela dinâmica da atividade que estes profissionais realizam no hospital.

No que concerne as condições de trabalho às quais estão expostos os profissionais de limpeza hospitalar, os aspectos físicos do hospital foram citados como interferentes para uma limpeza mais efetiva e sem muitas dificuldades. A inadequação do mobiliário e do equipamento para limpar adequadamente é dificultada ainda pelo peso e pela ausência de espaço em certos setores. Ademais, a própria dificuldade da limpeza de equipamentos mais sensíveis exige que o trabalhador mude seu modo operatório para que possa executar seu trabalho sem danificar os equipamentos: “Mas quando tenho que limpar os quartos não é fácil não, eu sempre tenho que afastar as mobílias, algumas coisas e sempre peço para o pessoal sair” (Participante 26). Ainda vale mencionar, que tudo isto, acarreta um esforço, as posturas inadequadas para a limpeza e conseqüente problemas osteomusculares. Estes dados corroboram com estudos realizados por outros autores (Maiara, Ferreira, & Carvalho, 2000; Martarello & Benatti, 2009).

Uma outra dificuldade enfrentada pelos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar se refere a utilização frequente das pernas para mover os mais diversos objetos e possibilitar a limpeza. Fica inviável utilizar diversas vezes as mãos, pois, o trabalhador teria que retirar as luvas frequentemente para mover os móveis. A ausência do rodízio do mobiliário e dos equipamentos agravam este quadro: “Às vezes fica difícil limpar os quartos, tem as camas, tem os objetos dos acompanhantes, a gente tem que se virar para limpar tudo” (Participante 12). Há ainda, a frequente utilização dos membros superiores, pois, os trabalhadores utilizam as mãos diversas vezes, em especial, na utilização de rodos e do “mop”. A atividade de limpeza hospitalar exige do trabalhador um bom preparo físico, alimentação e orientações da empresa terceirizada quanto à postura correta para a execução do seu trabalho. Assim, devido à variedade de tarefas realizadas pelos profissionais de limpeza,

que compreendem a postura inadequada, força e insuficiência de repouso, estes profissionais estão mais propensos as lesões musculoesqueléticas (Woods et al. 1999).

Entretanto, a partir dos relatos dos participantes observou-se que houve uma mudança nos equipamentos de limpeza ocasionando uma melhora para os profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar quanto a sua utilização e redução do desgaste físico dos mesmos:

Antigamente a coluna doía porque faz pouco tempo, acho que faz uns cinco anos que adquiriu esse material, que é até bom para gente trabalhar. A gente tinha que passar o pano no chão com o rodo, rodo pequeno, e depois quando estava sujo tinha que tirar, dentro do balde, se abaixar, com as duas mãos, lavar, botar de novo, o tempo todo isso. O tempo todo, não tinha coluna que aguentasse minha filha. Aí agora não. Agora a gente tem esses equipamentos que a gente limpa, os cabos são grandes, a gente nem se move direito, nem se abaixa muito. (Participante 18)

Os fatores mencionados anteriormente indicam que estes trabalhadores acabam por se sentirem sobrecarregados, e comprometidos quanto a qualidade do sono, do humor e das relações sociais, pois, se sentem desestimulados ao convívio familiar.

Meus filhos dizem assim sobre o meu trabalho, mãe, não vejo a hora de você se aposentar para parar de trabalhar, que eu vejo você muito cansada. Quando eu chego em casa eu digo, ai meu Deus, não toque em mim não, que eu vou tomar um banho e me deitar, cansada, eu não vejo a hora de chegar logo sábado, fico contando porque realmente cansa. (Participante 22)

Os participantes mostraram-se insatisfeitos com seu ambiente de trabalho, de modo mais específico no que se refere as temperaturas às quais estão expostos e a falta de manutenção do ar-condicionado:

Meu local de trabalho não é confortável não porque é quente. Eu trabalho em duas salas, lá e cá. Aqui tem ar condicionado. E aqui faz mais calor, mas quando quebra o ar condicionado a gente passa o tempo todinho naquele aperreio, aquela quentura. Que, na verdade, a gente nunca teve ar condicionado aqui. Eu creio que faz uns 3 anos que botaram isso aqui, mas assim mesmo ele funciona 15 dias, 20, e passa 2 dias, 3 dias quebrado. O pessoal vem, ajeita e é essa peleja toda. (Participante 03)

O local de trabalho isso aí a gente não pode nem avaliar, porque a gente não tem isso, isso aí é só para o pessoal que estão na sala, a gente não tem um repouso, a gente não tem onde comer, até no banheiro que era só da gente, não é mais, o pessoal tudo usando, a gente nem tomar banho direito pode, porque só tem dois chuveiros, e é meio mundo de gente para tomar banho, e a gente vai embora sem tomar banho, porque não dá tempo, porque se for esperar todo mundo tomar banho, chega em casa de nove horas da noite. (Participante 30)

Um outro ponto de insatisfação dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar diz respeito a fadiga pelo fato de que os produtos nem sempre estão no local e no momento em que se precisa. A falta de produtos e equipamentos desperdiça o tempo de serviço do trabalhador que tem que ir em busca de produtos, pois, não há suficientes no estoque para atender as demandas imediatas.

Às vezes a gente trabalha sem nada, sem ter material, a gente tem que se virar. Às vezes não tem detergente, às vezes não tem hipoclorito de sódio e tem que esperar, e não pode ficar sem fazer nada, mas se está faltando a gente vai fazer o que. E eu fico de um lado para outro procurando MOP para trocar e atrasa o serviço, e andando também, e às vezes não tem, e a gente volta para fazer o serviço e o serviço que está para fazer o povo reclama. (Participante 17)

A falta de local de descanso para os trabalhadores foi outro motivo de insatisfação, pois os diaristas, diferentemente dos plantonistas, que almoçam no refeitório, não possuem lugar para fazerem suas refeições e nem ao menos para descansar: “A gente almoçava na sala de material de limpeza. Descanso só se for dentro do hospital ou do lado de fora debaixo das árvores, o descanso é esse de uma hora da tarde na hora do almoço” (Participante 18); “A gente não tem local para descanso não. É a gente que inventa. Eu trazia de casa o almoço quando trabalhava como diarista e eu comia em lugar ruim” (Participante 14). O barulho também foi mencionado como um fator de insatisfação: “No meu local de trabalho o barulho sempre incomoda, mas fica para lá e a gente trabalha aqui” (Participante 15). O ruído é definido por Lida (2005) como um estímulo auditivo que não fornece informações úteis e desejáveis. Estes ruídos, quando presentes no ambiente de trabalho, podem acarretar prejuízos ao desenvolvimento das atividades, além de riscos à saúde do trabalhador (e.g., problemas de audição, estresse, irritabilidade e ansiedade).

Apesar disso, um participante relatou que tudo estava funcionando bem e por eventuais disfunções nos aparelhos era só acionar a manutenção:

Não, está tudo em ordem, tudo em ordem, em perfeito estado. Se houver algum problema com algum elétrico, nós temos uma turma que faz a manutenção, mas está

tudo em ordem aqui, ventilador, ar condicionado, que tem nas enfermarias, nas salas, tudinho, tudo em ordem. (Participante 01)

“Meu ambiente de trabalho eu avalio bem, ele é bom”. (Participante 02)

Os equipamentos de trabalho foram destacados no tocante a serem escassos e por terem uma má qualidade:

Acho que deveria melhorar muito o material. Porque às vezes não tem detergente, a água sanitária e o detergente não está faltando, agora o resto do material, os sacos se a gente balançar ele com muita força, ele se abre, é sério, porque é tão fino, tão fino. E assim, esses baldes que a gente bota ali, tem saco que é muito estreitinho a boca, que a gente para botar, perde dois sacos, três sacos, antes de botar. E eles economizam, compram uma coisa que não presta para economizar o dinheiro e termina não economizando mesmo porque gasta mais. (Participante 16)

Na semana é agoniado demais. Elevadores tudo com problema, e tem o pessoal da construção. Pessoal da construção civil, não estão fazendo reforma no hospital. E eles usam o elevador também. Todo mundo usa aquele elevador. Fica difícil botar e tirar o carrinho. E tem um carrinho da gente que ele não entra reto no elevador não, a gente tem que estar pegando ele fazendo força agora, já que ele quebrou. Foi colocado dois pneus, dois velhos, foi uma adaptação. (Participante 22)

Já outros participantes ressaltaram que, apesar da falta de alguns materiais de limpeza, as luvas e máscaras sempre foram fornecidas:

(...) Com relação aos equipamentos, tem que ter os equipamentos necessários para não pegar contaminação, pegar riscos, se proteger mesmo, trabalhar com atenção. Coisa perigosa é quando uma pessoa está trabalhando numa clínica que tem doença contagiosa, não usar o equipamento necessário que é para usar, arriscado pegar uma doença como hepatite, que é/ muito contagiosa e várias outras doenças que tem. (Participante 16)

(...) Os equipamentos de segurança são só a luva, luva de borracha e máscara. Luva e máscara, gorro, essas coisas nunca faltam não, sempre tem que ter. tem, geralmente tem, nunca faltou não, isso e não porque pelo menos a máscara, luva de borracha, a gente sempre tem no carrinho, sempre tem mesmo. Isso a gente tem que ser verdadeiro, não falta (...). (Participante 7)

A exposição a agentes químicos também foi identificada como um risco presente nas condições de trabalho dos profissionais dos serviços de limpeza. Durante a separação das roupas os trabalhadores se expõem a riscos que influenciam na sua saúde.

A gente entra em contato com material químico, produto químico, e a gente trabalha também. Os produtos químicos que entram nas roupas. O rapaz que trabalha colocando as roupas lá dentro, sente aquele cheiro forte também. Mesmo com a máscara dá para sentir. A gente que trabalha abrindo as roupas de fezes, sangue e urina, constantemente a gente está sentindo aquele mau cheiro muito forte. (Participante 12)

O hospital constitui um espaço de risco tanto para o paciente quanto para o trabalhador. A preocupação com as normas, buscando sempre um cuidado constante, deve ser prioridade dos trabalhadores. A consciência do risco é importante para lidar com os mesmos. Nesse sentido, por meio das falas dos participantes, percebe-se o quanto as condições de trabalho presentes nas atividades dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar podem influenciar na saúde física destes trabalhadores. As condições de trabalho e a saúde física possuem um estreita relação e consequente fonte de perigo para o corpo (Dejours, 1992).

6.2.3. Classe 2: Sofrimento e prazer no trabalho e Estratégias de defesa

O trabalho é tanto fonte de prazer como de fonte de sofrimento, são vivências de naturezas diferentes, mas que não se excluem. Quando estudadas nas pesquisas empíricas e nas discussões teóricas da Psicodinâmica do Trabalho, as fontes de prazer e sofrimento são consideradas como sendo um construto único. As vivências de Prazer-sofrimento são consideradas a origem das mediações utilizadas pelos trabalhadores para manterem a saúde, ao evitar o sofrimento por meio de alternativas de obtenção do prazer (Ferreira & Mendes, 2003).

O sofrimento no trabalho pode ser definido como uma vivência concomitante de desgaste e insegurança, abrangendo sentimentos como desânimo, cansaço, ansiedade, frustração, tensão emocional, sobrecarga e estresse no trabalho (Mendes e Cruz, 2004). Quando isso acontece, a saúde mental dos trabalhadores é posta, pois, em segundo plano. Ademais, é mais fácil compreender e justificar uma dor física, uma fratura, uma infecção, ao invés de uma ansiedade, uma angústia, que se constitui como indefinível e indescritível para os trabalhadores que passam por esta experiência (Gonzales & Carvalho, 2003). Não obstante,

o sofrimento no trabalho não se limita apenas ao tempo e ao espaço formal de atuação, estende-se para as demais esferas da vida, tendo em vista a centralidade psíquica do trabalho.

Na vida dos entrevistados, percebeu-se que o trabalho tem caráter essencial, articulando a esferas social e privada, concordando com o conceito da “centralidade do trabalho” de Dejours (2011). A construção de suas identidades perpassa pelo trabalho e sua importância é destacada nos relatos de suas rotinas familiares, que se modificou juntamente com o trabalho, e da importância dada à formalidade deste emprego, como pode ser observado nestas falas: Eu acho na minha vida familiar, o meu trabalho é tudo. Aqui é onde que eu tiro meu ganho para as despesas que eu tenho em casa. Meu salário eu tiro daqui. Aqui eu só tenho a agradecer por esse trabalho (Participante 07). No entanto, a esfera privada não é suficiente para essa construção, sendo necessária também a valorização social do que se faz. O reconhecimento, pela chefia, pelos pares e pelos usuários, é visto como importante e validador da boa realização do trabalho, assim como é trazido por Gonzales e Carvalho (2003). Os elogios recebidos pelos superiores imediatos e pelos usuários são destacados e apreciados pelos entrevistados, que se sentem valorizados.

Dejours (1999; 2002) aponta para a existência de duas formas de reconhecimento, um reconhecimento baseado na utilidade, por meio de seus superiores hierárquicos e subordinados, e ainda, eventualmente pelos usuários. E um julgamento de beleza/estética pronunciado pelos pares, colegas, membros da equipe ou da comunidade. No que tange ao julgamento de utilidade um ponto de insatisfação destacado pelos servidores de limpeza hospitalar remete a pouca valoração de outros profissionais pelo seu trabalho. Mesmo acreditando na importância do seu trabalho revelaram indignação pelo modo como são tratados e não reconhecidos pelos outros profissionais. Ademais, não se sentem parte de uma equipe, por passarem despercebidos. As atividades de serviço caracterizam-se em ter a parte mais importante do seu trabalho efetivo “invisível”, o que traz dificuldades ao

reconhecimento do seu trabalho (Dejours, 2004). Para que o trabalho se realize de forma contígua com as demais atividades do hospital, é necessário enfrentamento dos imprevistos no trabalho, como falta de materiais de limpeza ou equipamentos quebrados. No entanto, quando os trabalhadores se veem frente a um problema, e as mobilizações voltadas para sua resolução não se mostram efetivas, eles se voltam para suas práticas religiosas, esperando por uma intervenção divina assim como visto em Martins et al. (2013). A adesão à religião parece também configurar-se como mecanismos defensivos, para alguns, contra os aspectos deletérios do trabalho (Seligmann-Silva, 1994). A fala desta entrevistada foi reportada na íntegra:

O que mais me faz sofrer, meu Deus do céu, eu acho que é o preconceito, preconceito da população contra quem trabalha na limpeza, que ainda existe muito. Porque existe muito preconceito, muita gente chega, não fala com a gente, trata a gente que nem a gente fosse nada. Muitos médicos ignoram a gente. Acho que talvez seja isso. Preconceito, ainda existe. O povo diz que não existe, que é um trabalho digno. É digno, eu não tenho vergonha do meu trabalho. Onde pergunta, trabalha onde? No hospital. De que? Como Enfermeira? E eu respondo sou da limpeza. Mas ainda existe muito preconceito aqui mesmo no hospital. Às vezes você se sente. Quando você está com a auto estima baixa, você se sente nada, mas quando você está com Deus assim, bem forte no seu coração, na sua mente, você diz: eu tenho é pena dessa pessoa. Mas graças a Deus é muito difícil eu está assim, me sentir baixa, eu não sinto não, porque graças a Deus eu tenho Deus no meu coração e eu fico sempre, eu digo, eu tenho orgulho do que eu faço. (Participante 05)

Sou católica. E escutar a palavra do Senhor, escutar algum salmo, algum testemunho. E isso, nem isso a gente pode mais, e isso para mim o dia já começa péssimo, porque para mim não escutar a palavra de Deus de manhã, para mim já fico meia apavorada. Para mim isso, eu estou achando uma dificuldade muito grande agora nisso, porque antigamente eu, onde eu estava lá em cima, eu escutava o programa do padre. Pronto, ali nada que viesse me abalava, mas agora a gente está um pouco assim, a fé um pouco abalada, parece que quando vem qualquer coisa a pessoa sente vontade de chorar. (Participante 04)

Relatada por um dos participantes sobre uma desvalorização sofrida por um dos estudantes que frequentam o Hospital Universitário. O trabalhador relata sofrer os estigmas da profissão, acompanhado também de preconceito e estereótipos por desempenharem uma atividade que lida diretamente com as sujidades.

(...) uma vez na dezesete, meio de semana estava assim de estudante, e aí chegou a professora que entra, com os alunos tudinho dentro da enfermaria, eu estava, tem uma pia ali na sala dezesete, e tem um balde, eu estava tirando o lixo do balde, tirando o saco, aí uma mulher, bonita ela, bem feita, bem alta, mas é bonita a danada, todo mundo passou não me levou, e a última foi ela, mas ela bateu aqui em mim, que eu parei na porta de entrar na enfermaria, aquilo me irritou. E ela nem para olhar assim, dizer assim desculpe, eu não vi, porque não tinha como ela não me ver ali. Ela bateu aqui assim, está, eu fui direito, parei na porta da enfermaria para entrar, e eu não aguentei não. Eu não aguento certas coisas, e eu disse ô menina, ela virou se, e eu disse olhe minha linda, eu trabalho no lixo, viu. Mas eu não sou lixo não, sou gente igual a você. (Participante 16)

A falta de reconhecimento pode estar inserida também em um contexto no qual algumas funções, devido a sua carga social, são mais valorizadas do que outras. Destaca-se a função do médico que ocupa, historicamente, uma posição de importância na instituição hospitalar. As relações de trabalho no hospital são marcadas pelas relações de saber-poder hierarquizadas e disciplinares (Foucault, 1989,1991). Um outro sentimento de desvalorização e sofrimento que emergiu das entrevistas de alguns dos participantes refere-se à dificuldade de reconhecimento pela realização do seu trabalho de limpeza. Eles alegam serem invisíveis quando tudo já está feito, ou seja, só aparece quando o trabalho foi mal feito, no sentido negativo. O que remete ao trabalhador a se fazer presente apenas na ineficiência de seu trabalho, e ter sofrido palavras humilhantes dirigidas aos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar. Os que não se consideram reconhecidos mencionaram os baixos salários, desproporcionais a carga e a responsabilidade do trabalho:

A gente nunca que a gente é reconhecida, nunca. A gente só é reconhecida porque na hora que eles lembram que a gente existe, é na hora que é para tirar o lixo, e eles faz, ei, menina da limpeza, venha. Mas mesmo assim, para dar um bom dia, não dão. Muita gente passa por você não dá um bom dia, se puder dar um empurrão, empurra. Assim, levando, sabe. Não é para, bom dia, moça, bom dia, muito difícil. Os funcionários daqui não é todos que é assim não. É mais para ei, só reconhece a gente, diz, ei moça da limpeza, venha limpar aqui. Para limpar, nisso, muito difícil. Muito difícil para dizer assim bom dia, não me chamam pelo meu nome, como pessoa. Ei, moça da limpeza, ou moça da limpeza, venha limpar aqui. Mas se não for para limpar, não chamam. (Participante 12)

Tem vez que me sinto reconhecido, tem vezes que não, porque é mais cobrança. Acontece de você fazer um trabalho bem feito, e pronto, chegou, olhou, voltou, não elogiou, não deu uma palavra, um elogio. Tem vez que olha assim, e diz que não está em ordem, pronto, volta, não elogia, mas tem gente que condena as pessoas. Não elogia, tipo que nem eu estou dizendo, e você deixa uma falha, e tem até parceiro de trabalho que condena você. Tem vez que acontece de você dar um erro, tem vezes que você está muito atarefado, com muita coisa, e acontece de você deixar até uma sala, vamos dizer, aí pode acontecer isso. Quanto as pressões quando acontece só entrego a Deus mesmo e pronto. Não tem como ir lá debater nem falar porque você falou aquilo comigo. Não pode, porque vai criar contenda e inimizade, então deixa passar, só se for chamar alguém para uma reunião, a gente vai e fala na hora isso. O que tem de falar, vai e fala. (Participante 18)

A ausência de reconhecimento da categoria dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar, foi classificada de “invisibilidade pública” pelo autor Costa (2002). Dito isto, o autor sustenta essa denominação por afirmar que o reconhecimento interpessoal perde espaço para o olhar objetivante e reificante, que só enxerga o resultado de uma função, abstraindo o sujeito que a executa. Para Dejours, (1993), quando a dinâmica do reconhecimento é paralisada, o sofrimento pode não mais se transformar em prazer, o que impede a elaboração de sentido pelo trabalhador, que consequentemente pode resultar em estados de descompensação psíquica ou somática.

Em contrapartida, o relacionamento com os colegas de trabalho foi considerado como uma das principais fontes de prazer no trabalho. Os relacionamentos com os colegas foram identificados como uma forma de descontração, permitindo uma troca de interação e compartilhamento das experiências de trabalho e também sobre a vida. Uma forma de

suportar as regras do trabalho e a cooperação pela qual há um auxílio nas tarefas do outro colega quando este necessita. Quando questionados sobre o relacionamento com os pares, a maioria dos entrevistados relatou que o relacionamento com os colegas gera uma fonte de prazer no trabalho, como pode ser verificado nas falas a seguir:

Minha relação com os colegas de trabalho é tudo bem, comigo é tudo contente, conversa, quando a gente chama para hora do almoço, vai todos três, quando não vai três vai dois, e sempre tem que ficar um, porque pode ter uma ocorrência e a gente tem que ficar um para descer dois, aí de onze e meia sobe, e quando é de doze horas desce o outro para ir para o almoço. (Participante 21)

Minha relação com os colegas de trabalho é aquela simpatia, a gente trabalha, na hora do repouso conversa. Conversa aqui, tal, todo mundo tem os colegas de trabalho para conversar. (Participante 19)

Uma fonte geradora de sofrimento refere-se a grande carga de trabalho aos quais os trabalhadores são exigidos em seu trabalho: O difícil é, quando chega a horazinha da gente de repouso, e um liga, tem que deixar uma roupa não sei aonde, e a gente fica meio desconfortável com esse negócio, mas, a gente faz, a gente não deixa de não fazer (Participante 03). Em uma análise realizada sobre as questões de envolvimento com o paciente e a doença, observa-se ser uma fonte de sofrimento, em especial, para as mulheres com filhos. O convívio e o confronto com os pacientes levam a um envolvimento com o sofrimento deles. Apesar disso, relatam que com o passar do tempo estão ficando insensíveis, principalmente para os profissionais que trabalham na UTI.

No setor que eu estou agora, tem muita criancinha, eu gosto, porque tem muito bebezinho, que é o setor de pré-natal. Adoro o setor que eu estou agora, lá na frente, porque lá é muita criança, você vê muita criança e isso e para mim criança é vida. Então não tem nada que pague. Muita gestante. Cada uma que conte uma história diferente. E as conversas, elas contam, a gente conta da gente, assim é bom demais, conhecer pessoas. É ótimo. (Participante 07)

O que me deixa mais angustiado é quando eu vejo que chega jovem no início da vida e eu vejo ele ali em fase terminal. Eu fico meio angustiado porque você no começo da vida ali, a vida sendo interrompida no começo. A gente fica meio triste com os jovens. (Participante 17)

Eu lido normal com as mortes, eu já me sinto normal. Porque já estou acostumado já, já vem de muito tempo já, a gente se acostuma. No início foi bem chocante. Você se agonia, você fica meio perturbado, com vontade de sair daquele setor, mas no dia a dia você vai se acostumando, normal. (Participante 21)

O sofrimento vivenciado pelo trabalho pode vir a ser enfrentado pelas estratégias de mediação, que são conceitos centrais da Psicodinâmica do Trabalho, e que tem por objetivo evitar a desestruturação e as desordens mentais dos trabalhadores. Portanto, pode ocorrer a transformação das vivências de sofrimento em vivências de prazer sendo um conceito denominado de mobilização subjetiva ou coletiva. De acordo com Dejours (2004) a mobilização subjetiva é uma fonte de vivência de prazer no trabalho, utilizada para enfrentar o sofrimento. De forma semelhante, Mendes (2007) aponta para uma ressignificação do

sofrimento, no qual os trabalhadores se engajam no trabalho, e utilizam sua inteligência prática e o coletivo de trabalho para transformar as situações causadoras de sofrimento.

No estudo em questão, verificamos que as expressões de reconhecimento mais significativas foram as proferidas pelos pacientes. Estes resultados corroboram com as pesquisas realizadas por Sznelwar et. Al. (2004) em que se verificou que na sua atividade de trabalho se sentem mais úteis e agradecidos pelos pacientes. Entretanto, trata-se na verdade de gratidão e não de reconhecimento do trabalho em si, que segundo Molinier (2013), os usuários possuem interesses pessoais em relação ao serviço ofertado, e dessa forma não estão em condições de oferecer e avaliar reconhecimento aos profissionais, apenas os pares e a hierarquia podem reconhecer o trabalho da categoria em estudo. Especificamente, os participantes destacaram que o sentimento de utilidade aos pacientes como sendo uma fonte de prazer em sua atividade:

O paciente mesmo elogia. A última vez que eu encontrei foi um presidiário, que ele estava lá em cima com dois policiais, e, já saiu já. E ele veio aqui fazer uma visita, e ele me viu. É, você é meu amigo viu. Porque foi duas ou três vezes que ele pediu para eu lavar a roupa dele, e ele agora disse é, realmente você é meu amigo. Ali eu fiquei muito feliz naquela hora ali viu. Para mim foi gratificante. Outras pessoas passam, diz e guerreiro, em termos de o elevador vem, eu espero, as vezes eu saio para outro colega entrar, eu trabalho dessa forma assim, eu trabalho um ajudando o outro. E a gente vai conquistando. (Participante 08)

Ademais, alguns participantes relataram serem reconhecidos também pelos outros profissionais que constituem o quadro de funcionários do hospital, a saber, os médicos e as enfermeiras:

Primeiramente quem reconhecem meus trabalhos, que passam para empresa, são os pacientes e médicos e enfermeiros do setor onde eu estou trabalhando. Que eles que levam o que eu faço lá de bem feito, ou mal feito, eles que levam para empresa. E são eles que reconhecem. Porque se eu fizer bem feito, com certeza elogio receberei. (Participante 01)

Não obstante, os entrevistados externaram também a importância do trabalho de higienização para o hospital, alegando que a sua falta pararia a instituição, destacando a importância do seu trabalho e conseqüentemente a sua importância:

O meu trabalho é importante mesmo. Porque o paciente que está internado precisa de uma roupa limpa, precisa de uma lavanderia, que é para lavar a roupa, então tudo isso é preciso num hospital, ter uma lavanderia com um ótimo funcionário. (Participante 04)

Eu acho que meu trabalho é importante como o médico é importante no hospital, a gente da limpeza também é importante porque se o médico suja, tem que ter alguém para limpar né. Então a gente é tão importante, claro que o médico ele estuda muito, ele se dedica mais, ele nunca para de estudar e a gente não, mas a gente, eu me acho muito importante, porque se ele vai sair do escritório e eu não limpar, como é que vai ficar. Vai ficar sujo. Então eu acho muito importante o trabalho da higienização. (Participante 09)

Outra fonte de prazer destacada pelos profissionais de limpeza hospitalar foi a questão salarial. Apesar de alguns participantes reclamarem do salário, a maioria apontou estar satisfeita com o seu salário. Em especial, o fato de terem um emprego de carteira assinada e poderem suprir as necessidades financeiras da família. Pode-se aferir que a atribuição de aspectos positivos em serviços precários e mal remunerados evidencia a situação precária de ocupações anteriormente exercidas por estes profissionais. Como pode ser visto no trecho a seguir:

“O salário é aquela coisa, um salário mínimo. É muito bom meu salário, não vou dizer que é ruim”. (Participante 21)

“Meu salário, eu agradeço a Deus pelo meu trabalho”. (Participante 25)

“Normal meu salário. 900 e pouco reais e é bom. Não tem o que reclamar não. Eles dão auxílio alimentação”. (Participante 27)

Em suma, identificamos como principais fontes de prazer no trabalho dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar o reconhecimento por parte dos pares, dos usuários da instituição, dos outros funcionários da instituição e como forma de organização do trabalho (mencionados por meio do salário). Ademais, como fontes de sofrimento, podemos destacar: a falta de reconhecimento por parte da chefia, assim como alguns usuários, como os estudantes que circulam como estagiários, assim como as pressões exercidas pelas cargas de trabalho. Na Tab. 1 a seguir estão reunidas as principais fontes de prazer e sofrimento, identificados nesta investigação:

Tabela 1

Principais fontes de prazer e sofrimento dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar

Fontes de prazer	Fontes de sofrimento
Relacionamento com os pares	Falta de reconhecimento dos outros funcionários do hospital
Reconhecimento dos usuários e a possibilidade de ajuda-los	Falta de reconhecimento da chefia imediata
Salário	Falta de valorização social
	Sobrecarga de trabalho
	Sufrimento diante dos doentes

Em busca do seguimento das discussões elucidadas neste estudo, a seguir será discutido a Classe 4 que trata sobre a Organização do Trabalho.

6.2.4. Classe 4: Organização do trabalho

A organização do trabalho busca a representação da vontade do outro, ao implicar a supressão do desejo e das expectativas afetivas no campo das relações sociais do trabalho, e que são necessárias para resistir a longo prazo, as pressões, mas que, entretanto, podem desencadear sofrimentos e doenças ocupacionais. Apesar disso, a organização do trabalho, quando permite a flexibilidade, a negociação e adaptação de suas necessidades, expectativas e desejos do modo operatório pode-se tornar mediadora da saúde do trabalhador (Mendes et al. 2014).

Conceitualmente, Dejours (1992) define a organização do trabalho como a forma como as atividades são divididas, o conteúdo da tarefa resultante, o sistema hierárquico e as relações socioprofissionais estabelecidas, as modalidades de comando, as relações de poder e

as questões que envolvem responsabilidade. Dejours (1992) destaca ainda que a organização do trabalho exerce, sobre o homem, uma ação específica, que impacta o aparelho psíquico. Quando há conflitos entre a história individual do trabalhador, que engloba os sonhos e os desejos dos trabalhadores, e uma organização que não busca este reconhecimento, ocorre, pois, um sofrimento de natureza mental. Assim sendo, a psicodinâmica do trabalho busca desvendar as vivências intersubjetivas dos trabalhadores com relação a organização do trabalho, e com isso, ter acesso as estratégias de defesa que servem para ocultar a realidade do sofrimento e seu relacionamento dinâmico com o trabalho (Dejours & Abdoucheli, 1994; Dejours, 2004).

Molinier (2013) afirma que a organização do trabalho não é uma “entidade toda poderosa” (p.86), o indivíduo não se molda as prescrições da atividade que exerce. Pois, como a ergonomia francesa propõe, em 1970, sob a direção de Wisner: não se trata de adaptar o homem ao trabalho, mas o trabalho ao homem” (p.86). Nesse cenário, a mobilização dos trabalhadores na tentativa de regular e gerir variabilidades, referem-se a situações de trabalho marcados pelo dinamismo, instabilidade e submetidas a imprevistos, o que é possível visualizar a distância entre o prescrito/tarefa e o trabalho real/atividade (Guérin et al., 2010).

As transformações ocorridas no panorama atual do trabalho, sob o impulso da globalização da economia e das inovações tecnológicas, destaca que a organização do trabalho tem favorecido o sofrimento psíquico, sobretudo, no que diz respeito às flexibilizações nas formas de relações e contratos de trabalho, o aumento da exigência de qualificação profissional (Goulart & Guimarães, 2002). Com isso, nesta categoria, buscamos caracterizar a organização do trabalho, no que diz respeito às atividades desenvolvidas, ao ritmo, à carga de trabalho, as pausas, os trabalhos em turnos, bem como às normas prescritas e às relações socioprofissionais. Ademais, buscou-se descrever as vivências de prazer e sofrimento e como estas tem repercutido no funcionamento psíquico dos trabalhadores e as

estratégias defensivas mobilizadas para lidar com o sofrimento advindo da organização do trabalho.

A instituição onde fora realizada a pesquisa configura-se com um total de 1.000 servidores em seu corpo de contratações, além de possuírem em sua capacidade física 220 leitos, 880 consultórios médicos, e realiza 20 mil atendimentos e 250 cirurgias por mês (Ebserh, 2016). Com relação aos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar, os mesmos constituem-se em um total de 60 trabalhadores, e para compor a amostra, este estudo teve um total de 30 profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar. Os participantes desta pesquisa possuem a função de prevenir a deterioração de superfícies, objetos e materiais, promovendo conforto e segurança aos pacientes, acompanhantes e funcionários, por intermédio de um meio limpo com menor carga de contaminação possível, reduzindo a possibilidade de transmissão de infecções oriundas de fontes inanimadas (Schwengner & Baschita, 2010).

Dos 30 participantes da pesquisa, 25 trabalham em uma jornada de trabalho distribuídos em um período de plantão de 12 horas seguidos de 36 horas de folga, denominados plantonistas. O seu horário de trabalho inicia às sete horas da manhã até às 12 horas, tendo uma hora para almoço, e retornam uma hora da tarde e ficam até às 19 horas, os participantes em sua maioria relataram preferir trabalhar em jornada de plantão pela possibilidade de folgar o dia seguinte: gosto de ser plantonista, porque trabalha um dia e está folgando o dia seguinte e desde que eu comecei a trabalhar aqui sempre foi como plantonista, já trabalhei eu acho que duas vezes de diarista, mas o mais importante é se acostumar mesmo com a jornada de trabalho (Participante 17). Alguns também relataram a insatisfação em trabalhar todos os dias da semana: “(..) trabalhei como diarista aí eu estava muito cansada esse tempo todinho, já estava muito cansada, aí eu fui plantonista, eu pedi para mudar” (participante 25). Não obstante, cinco destes trabalhadores possuem uma jornada de trabalho

diária, trabalham de segunda à sábado. E possuem uma jornada de trabalho que inicia às sete horas da manhã e finda às 19 horas, estes também possuem uma hora para o almoço, e na sexta-feira os diaristas trabalham até às 16 horas: “Sinceramente eu gosto mais como diarista, porque os finais de semana eu passo em casa e os feriados também. E quem é plantão não” (Participante 15).

Na atividade dos profissionais de limpeza hospitalar, estes trabalhadores possuem uma hora para o almoço e a maioria dos entrevistados relatou ser o único momento de descanso. Com relação as pausas para pequenos descansos, a saber: tomar um café, lanchar, ir ao banheiro, estes ocorrem esporadicamente por sempre haver uma demanda de trabalho, sendo ofertados aos trabalhadores apenas o almoço. Estas pausas não estão prescritas na jornada de trabalho, impossibilitando o trabalhador de se ausentar momentaneamente da atividade, sendo esta prática proibida pela empresa contratante:

Aí quando é o que, dez horas, dependendo do dia, dez, onze horas já tem terminado, aí eu fico esperando dar a hora do almoço, aí quando a gente almoça, tem uma hora de descanso, aí subo, aí começo a fazer tudo de novo. A tarde não tem descanso. Só na hora do almoço, uma hora de descanso. (Participante 13)

A pausa é só uma hora mesmo, a hora do almoço, somente. Só para beber água assim, quando dá vontade de beber água e pronto, mas no horário mesmo que tem o repouso assim, é hora de almoço mesmo. A gente não senta não. Às vezes a gente quer tomar um café, um cafezinho pelo menos de 15 minutos, mas não dá tempo. (Participante 19)

Apesar disso, houve um relato de um participante que afirma não sentir vontade de ter pausas para descanso, como pode ser verificado na fala a seguir: “Por mim eu nem descansaria, por mim eu já pegava logo no serviço que às vezes não dá tempo, né?!” (Participante 24). De acordo com Chillida e Cocco (2004) espera-se que funcionários com menos tempo de serviço em uma instituição reclame menos da organização do trabalho do que profissionais com maior tempo, destacando para a fala anterior no qual a funcionária estava na instituição há apenas 5 meses. Um outro fato pertinente é que o almoço só é ofertado para os plantonistas, sendo descontados do seu salário o valor referente ao vale alimentação. Os profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar que trabalham todos os dias recebem o valor de 120 reais e os mesmos precisam levar o almoço de casa ou comprar pelas imediações do hospital:

Descontam 120 reais do nosso salário que é o vale alimentação porque a gente almoça aqui. No plantão da gente, a gente só almoça, mas jantar e tomar café não, não pode não. Quando dá para eu trazer o lanche, quando não dá eu não trago não. Fico com fome até chegar em casa. (Participante 05)

É aqui a gente tem vez que traz o café daqui e é somente o café mesmo limpo. Somente café limpo, que antigamente vinha pão, um cuscuzinho, agora cortaram o pão, cortaram esses negócios tudo. Aqui agora só faz somente almoçar, que o café só vem o café mesmo. Mas tem quem traga a bolachinha, a tapioca, compra pão, aí. (Participante 14)

No que diz respeito à carga e ao ritmo de trabalho, ambos variam conforme o dia, o setor, a quantidade e a demanda com relação a incidentes de limpeza dos pacientes (vômito,

urina). Ao serem perguntados sobre um dia típico de trabalho a maioria descreveu em sua rotina a preocupação em chegar antes do horário de sua jornada de trabalho, pois, assim dedicam o seu tempo a vestir os uniformes e a organizarem os carrinhos que utilizam para limpeza. Destaca-se, portanto, uma preocupação em se anteciparem as demandas do trabalho real:

Meu trabalho, quando eu chego, eu procuro chegar o mais cedo possível. E se eu pego de seis horas, eu procuro chegar antes. Eu troco de roupa e vou fazer a primeira coleta. Eu tenho duas fardas. Eu trabalho com duas fardas de manhã, 12 horas eu tomo meu banho e visto outra farda. Para mim acho essa troca de farda obrigatória. (Participante 14)

E eu chego cedo, eu gosto de chegar cedo. Daí chego cedo, faço um café, tomo um café, converso com as colegas e depois me ajito e ajito o carrinho, é bom porque fica tudo ajitado, não chega em cima da hora, correndo, eu não gosto não, sempre gostei, onde eu trabalhei, eu sempre gostei de chegar cedo, porque você tem todo um tempo para você trocar de roupa, para você tomar um café, escovar os dentes, e começar a trabalhar. (Participante 10)

Assim sendo, chegar com antecedência configura-se em uma estratégia coletiva dos profissionais de limpeza hospitalar para que o trabalho seja desenvolvido de forma mais eficaz. Desse modo, ao chegarem mais cedo ao seu ambiente de trabalho, estes profissionais antecipam sua jornada, e ultrapassam o prescrito da atividade, já que os profissionais dos serviços gerais de limpeza têm a necessidade de chegar antes para se organizar e preparar as condições indispensáveis para o seu trabalho.

Quando perguntados sobre o que fazem em seu tempo livre, muitos profissionais mencionaram que ainda executam serviços em casa, o que aumenta o desgaste físico e emocional, pois, relatam chegar em casa exaustos após um dia de trabalho intenso. O trabalho executado pelos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar já se caracteriza pelo desgaste físico, para a mulher, em especial, adicione-se o cuidado com os filhos e as atividades domésticas. A “dupla” ou até mesmo a “tripla” jornada de trabalho, pois, algumas ainda realizam faxinas para aumentar a renda familiar: “Embora que eu não pare de trabalhar. Mas o trabalho de casa é menor, que eu não estou só em casa. Sempre tem, na casa da minha mãe tem eu e minha mãe” (Participante 17). Este cenário evidencia as condições de profissionais sem qualificação formal e submetidos à disciplina, especialmente a mulher pelo acúmulo do trabalho doméstico em relação ao trabalho assalariado (Chillida e Cocco, 2004). Ainda há o desgaste ocasionado na volta para casa, pois a maioria dos participantes não possui veículos automotores próprios e precisam utilizar o transporte público. Alguns chegam a pegar mais de dois ônibus para chegar em casa e por consequente o adiamento de um possível descanso em casa: para eu vir trabalhar em casa mesmo eu me levanto 4h da manhã, pego o carro, chego em Santa Rita, pego o coletivo às cinco horas da manhã. E o coletivo vem para aqui para integração. De 5:20h, 5:30h ele está chegando na integração. E eu pego outro ônibus da integração (Participante 03).

De todo modo, ao serem questionados sobre um dia atípico de trabalho, os trabalhadores relataram não terem tempo nem para descansar. O tempo de execução de uma determinada limpeza variava significativamente, de acordo com alguns fatores (e.g., interferência dos pacientes e usuários, diferenças de arquitetura e do arranjo físico, diferença no grau de sujidade), além de variados tipos de intercorrências.

Dia movimentado não se tem, não se tem marcado. Pode ser hoje, pode ser no próximo plantão e por diante. Muitas vezes eu chego, está aquela calma, algumas enfermarias com pouca gente, desocupada. Mas de repente acontece. Eu limpo uma enfermaria e de repente um paciente suja. Vou voltar novamente para o local que ele sujou. Às vezes até o, muitas vezes até o, a enfermaria completa, tem que fazer a nova higienização de novo, dependendo da necessidade. É assim, calma, que aqui é hospital, é um entra e sai de pacientes. Uns tem alta e outros chegam. Não tem hora para parar, e nem dia tranquilo não, sempre, sempre, a gente nunca para. (Participante 20)

Um fato mencionado pelos trabalhadores refere-se a uma má divisão da distribuição das tarefas no trabalho. Há uma insatisfação na distribuição desequilibrada das tarefas entre os profissionais do setor de limpeza, pois, determinados setores possuem tarefas mais frequentes que outras e sua distribuição acaba sendo diferenciada nos vários setores e turnos. Uma má divisão das atividades envolvidas no trabalho pode ocasionar um desgaste emocional no indivíduo, interferindo de forma significativa na sua estrutura física e emocional. Isto determina um descompasso entre o trabalho prescrito e o trabalho real, gerando uma série de impactos negativos para o trabalhador, esgotamento psicológico, desgaste físico, afetivo e cognitivo do indivíduo, e desvalorização por parte da empresa com atividades “extras” ou “não prescritas” realizadas durante o horário de trabalho, mesmo que por ordem da própria empresa (Ferreira & Barros, 2002).

Um outro fator relevante no que concerne a organização do trabalho diz respeito às interferências sofridas pelos profissionais (e.g., limpezas terminais, vômitos, partos, secreções, “alagamentos”, pré-banhos de pacientes ou limpezas extras pedidas pelos outros funcionários do hospital). Diante disso, exige-se do profissional que busque uma resolução

para o problema ou demandar da chefia para que os problemas sejam solucionados. Há durante os dias da semana uma variação das demandas, podendo uns dias serem mais movimentados que outros. Para tanto, quando ocorrem as limpezas terminais necessita-se de um tempo maior, cerca de uma hora em média para a sua realização, quando há vômitos, requer outra quantidade de tempo, ou diversos partos durante o dia. No que se refere as limpezas terminais não se pode prever quando o leito será, pois, há a dependência da liberação do paciente à família ou algum conhecido. Há ainda as diversas altas dadas aos pacientes que exigem uma limpeza para que outro paciente possa ser atendido. Com relação as limpezas terminais, por mais que sejam frequentes na rotina do hospital, não são devidamente contabilizadas pela organização e divisão do trabalho, o que ocasiona estresse e ansiedade aos trabalhadores. Estes problemas não são considerados pela organização do trabalho o que provoca uma sobrecarga para alguns trabalhadores, que nem sempre podem se programar para a adequada divisão do seu tempo para realizá-las. Dessa forma, o trabalhador deve-se manter sempre em prontidão para atender as demandas do seu setor:

Um dia movimentado aqui é, a gente faz, passar pano, e quando tem duas ou três desinfecções, e sobrecarrega, como já teve dia que teve 5 desinfecções. E é um serviço bem demorado porque a gente tem que começar do teto, parede, piso, higienização, a cama todinha. A gente limpa o teto é com o rodinho, a gente tem o rodinho. Coloca o pano e, é, no rodo. A gente fez uma desinfecção agora de manhã, o paciente veio. Com meia hora depois, se ele faleceu, vai fazer a mesma coisa, tem que fazer a mesma desinfecção. Não importa se já fez uma. O paciente chegou no leito, se ele faleceu, tem que a mesma desinfecção, a mesma coisa. (Participante 07)

Com certeza, tem dia que é mais maleável, mas tem dia que bota mesmo para, e tem que fazer. Tem mais sujeira do que o normal, tem dia que é mais, tem dia que é mais, então a gente tem que entregar o plantão, até porque no outro dia tem a outra funcionária né. Então a gente tem que entregar o plantão, na minha opinião, tem que entregar o plantão tudo em ordem, para outra recomeçar no outro dia. (Participante 12)

Ao se tomar por base que a realidade do trabalho é muito complexa, evidencia-se que nenhuma regra pode dar conta das situações e de uma infinidade de imediatismos, imprevistos e contradições, ambivalências, falhas que podem vir a ocorrer. E na tentativa de ajustar essas variabilidades existe o trabalhador, que se depara com a realidade e julga se as condições de trabalho dão suporte para o seu prosseguimento ou se deve ou não seguir as regras para se alcançar os resultados esperados (Anjos, Mendes, Santos & Facas, 2011). Para tanto, diante dessas contradições entre o prescrito e o real emerge o uso da inteligência da prática, que apesar de ser um modo de transgressão, pois, o trabalhador investe da intuição, da percepção, de modos operatórios para resolver os problemas e encontrar soluções para as dificuldades do trabalho real (Mendes & Facas, 2010).

Em alguns serviços, os acompanhantes chegam a participar durante a prestação de serviços dos profissionais de limpeza, com exceção das limpezas terminais, o paciente e seu acompanhante estão presentes durante a limpeza e chegam a interferir no procedimento. Os acompanhantes por vezes atrapalham o trabalho dos profissionais de limpeza, o que pode ser verificado nas seguintes falas:

Assim, as vezes não é muito fácil limpar os leitos, porque as mães não dão espaço. A gente quer fazer, assim, limpar um negócio, mas não sai. Tem dela que não levanta nem o pé para você varrer. O filho dormindo, mas quer estar ali, não levanta nem o pé

para você varrer. Mas tem mães que compreende, sai, dá espaço para você fazer a limpeza. (Participante 05)

Quanto aos relacionamentos interpessoais, no que diz respeito a chefia, apareceram opiniões dispares, pois, alguns avaliaram o seu superior como uma pessoa acessível, chamando a atenção para falhas quando necessário: Eu nunca dei trabalho a chefe. Olhe, eu acho que eu já tive aqui uns 5 chefes, mas eles não têm o que dizer de mim, eu tenho certeza, porque eu nunca cheguei com reclamação para eles e nunca também receberam reclamação minha (Participante 23). Apesar disso, em outros trechos do corpus, é possível ver as dificuldades existentes após a troca de encarregados (chefia imediata) com as mudanças na empresa terceirizada. Em razão das diversas trocas de encarregados na fiscalização dos profissionais de limpeza hospitalar, a implantação de muitas regras fica difícil. As mudanças de regra geraram uma quebra nas relações de cooperação pré-existentes, o que provocou a quebra de confiança e na coordenação no trabalho, confirmando o que Dejours (2011) afirma quanto a confiança que se baseia nas regras do trabalho e também na capacidade de burlá-las, visto que sua aplicação estrita não é possível.

Eu acho que é lidar, o mais difícil que eu acho é me dar com os encarregados. Eu acho que o mais difícil não é tanto você lidar com sangue, com vômito, com essas coisas não. Porque como eu trabalhei na UTI, eu não ligo não, não tenho preconceito, nem tenho nojo. Eu faço, limpo direitinho, mas lidar com os encarregados é muito difícil. Porque um dia eles estão de bom humor, outro dia eles estão de mal humor e assim vem, desconta na gente e a gente não sabe qual o dia que eles estão bem, e é difícil de lidar com os encarregados, eu acho. (Participante 04)

A constante fiscalização por parte dos encarregados se faz evidente na fala de alguns participantes, tendo em vista, que isto acarreta o acúmulo e a sobrecarga do trabalho: “Muito trabalho, muita gente de olho na gente. Você não pode estar sentada um pouquinho não, porque o fiscal já chega, tem que ficar se escondendo dos fiscais porque tem que estar em pé direto” (Participante, 18). Quando questionados sobre como lidam com esta constante fiscalização, alguns relatam apenas a expectativa de encerrar sua jornada de trabalho: “termino a roupa, vamos tomar banho, pronto, o estresse passa um pouco, pega nosso ônibus e vamos embora para casa” (Participante 23). Por outro lado, um participante relata o não comprometimento das transgressões das regras. A precariedade das condições de trabalho tende a neutralizar a mobilização coletiva, a produzir o silêncio, e a buscar o individualismo. O medo de emprego induz as condutas de dominação e de submissão (Carvalho, 2004).

Porque assim, a gente vê muita coisa errada, né? E a gente assim que está trabalhando no dia a dia, claro que a gente vê, vê muita coisa errada, mas que a gente não pode dar jeito naquela coisa errada, mas tem muita coisa, eu não vou citar o que, entendeu? Mas que a gente vê muitas coisas, mas isso para gente. (Participante 28)

Assim sendo, fatores relacionados à organização do trabalho como o tempo e o ritmo em que são realizados influenciam diretamente na determinação do sofrimento psíquico na atividade laboral. As longas jornadas de trabalho, pequenas pausas para alimentação, ausência de horário de descanso, ambiente de trabalho desconfortável, turnos alternados, pressão de supervisores e chefia, jornada de trabalho que se inicia muito cedo são causas frequentes de quadros ansiosos, fadiga, crônica e distúrbio de sono (Schwengber & Baschta, 2010).

A presente pesquisa objetivou analisar a relação entre o trabalho e a saúde dos profissionais de limpeza hospitalar de um Hospital Universitário de uma capital do Nordeste Brasileiro, e com base nos objetivos propostos foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e realizada análise no *software Iramuteq*. A partir da análise da *Classificação Hierárquica Descendente* (CHD), o *Corpus* se dividiu em 5 classes que foram nomeadas a partir de seus descritores. O corpus se dividiu em dois eixos. O primeiro eixo, chamado de “*Segurança no trabalho*”, é representado apenas pela classe 5 “*Riscos no Trabalho*”, não tendo outras partições. Em uma segunda etapa, o eixo 2 “*O trabalhar nos serviços gerais de limpeza hospitalar*” se dividiu, formando as classes 3 “*História e Formação Profissional*” e classe 4 “*Organização do Trabalho*” e sua última partição formou as classes 1 “*Condições de Trabalho*” e classe 2 “*Sofrimento e Prazer no Trabalho e Estratégias de Defesa*”.

Em um primeiro momento, no intuito de atender ao objetivo da pesquisa, buscamos investigar os inúmeros aspectos da atividade dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar, a saber: os riscos a que estão expostos; a trajetória e a formação destes profissionais; conhecer as condições de trabalho; evidenciar as fontes de sofrimento e prazer do trabalho e a organização do trabalho presente na atividade dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar. Ademais, pudemos identificar na caracterização da amostra, que foi composta por 30 trabalhadores, em sua maioria adultos e com predominância feminina, a maioria solteiros, com filhos e ensino médio incompleto. A maioria possui sua jornada de trabalho em plantões de 12 horas seguidos de um dia de descanso, e recebem um salário mínimo. Deve-se ressaltar que as mulheres ocupam o maior número de postos de trabalho neste setor, o que é possível registrar as desigualdades de gênero com maior ocupação em trabalhos com baixas qualificações, baixos salários e com pouco reconhecimento pela sociedade.

Na *classe 1* “Riscos no Trabalho” apreendemos que os profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar se encontram expostos a diversos riscos. Estes profissionais percebem a exposição à riscos físicos, químicos, ergonômicos e estão conscientes das diretrizes de prevenção empregadas em seu contexto. Um risco em destaque refere-se ao descarte de material perfuro cortante pelos profissionais da equipe de saúde. Nesse sentido, torna-se necessário ressaltar a importância de reciclagens a estes profissionais, no intuito de sensibilizá-los quanto ao risco contido nesta prática. Ademais, ao estarem salvando a vida dos pacientes, não podem colocar em risco à vida de outros. Entretanto, apesar da coleta de lixo ser considerada pela Legislação Trabalhista como sendo de insalubridade máxima, pode ser observado a partir da discussão das falas dos entrevistados que a empresa terceirizada contratante não oferece aos seus trabalhadores assistência médica integral, não há a efetuação dos exames médicos periódicos e não oferecem medidas preventivas (e.g., imunização preventiva contra Tétano e Hepatite B, e outras doenças infectocontagiosas). No entanto, quanto aos cuidados pessoais, a maioria dos trabalhadores buscam estar atentos e praticar medidas de prevenção contra doenças e acidentes de trabalho.

No tocante ao eixo 2 “*O trabalhar nos serviços gerais de limpeza hospitalar*”, na *classe 3* “*História e Formação Profissional*” podemos identificar que a maioria dos trabalhadores se inseriram no trabalho desde muito cedo, quando crianças, trabalhando principalmente como empregadas, especificamente, as mulheres que participaram deste estudo. Além disso, o trabalho no setor de limpeza hospitalar foi apontado por muitos como o primeiro emprego formal com carteira assinada, ademais, aqueles que possuem um trabalho extra para complementar a renda possuem trabalhos como diarista, garçom, servente, pedreiro. Evidencia-se que a falta de recursos e de oportunidades de estudar, sobretudo, o fato de ingressarem na infância no mercado de trabalho, contribuem para uma significação positiva com relação a estas questões, e a permanência em trabalhos precarizados e mal

remunerados, como o trabalho no setor de limpeza hospitalar. Com relação as formações e treinamentos os participantes relataram que o saber-fazer da atividade são transmitidos entre os pares. Os recém-contratados passam por treinamento com os funcionários do seu setor que já possuem mais tempo de experiência na profissão.

Quanto a *classe 1 “Condições de Trabalho”* foram expostos os principais elementos que emergiram dos dados da pesquisa com relação ao ambiente de trabalho dos profissionais de limpeza hospitalar. Dito isto, os principais elementos destacados referem-se à exposição à ruídos constantes, altas temperaturas, falta de materiais de limpeza e EPI's. Ademais, a exposição a agentes químicos e biológicos, além de estarem mais propensos a lesões osteomusculares devido à sobrecarga do trabalho e dos movimentos que devem executar em seu trabalho. Estes fatores associados a curto e longo prazo pioram a qualidade de vida e levam a redução da produtividade. Sendo assim, estes profissionais estão expostos a diversos riscos que poderiam ser evitados se fosse disponibilizado um maior cuidado aos equipamentos que utilizam, aos problemas de projeto que dificultam o trabalho (arquitetura das janelas e mobiliário pesado).

Somados aos constrangimentos sofridos pelas condições de trabalho, constatamos também que a tarefa de profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar é marcada pela alta sobrecarga de trabalho e ausência de pausas. Os trabalhadores não possuem uma rotina de trabalho diária previsível, tendo que estar disponíveis para eventuais imprevistos que possam vir a ocorrer, além da pouca valorização do “saber-fazer” e o número reduzido de funcionários para as necessidades atuais. A constante fiscalização por parte dos encarregados gera uma fonte de sofrimento a estes profissionais, especialmente para as mulheres, que ainda tem que cuidar dos afazeres domésticos e dos filhos, sobrecarregando-as ainda mais. O ambiente hospitalar e a organização do trabalho foram caracterizados principalmente por suas particularidades na prestação de serviços voltados à saúde, sendo necessárias mudanças

significativas quanto a organização do trabalho, para que se possa realizar as tarefas sem causar danos à saúde dos trabalhadores.

Em relação as fontes de sofrimento identificadas, destacaram-se: a sobrecarga de trabalho, a falta de reconhecimento por parte da chefia imediata evidenciados na fala da maioria dos entrevistados. Além da falta de reconhecimento por parte dos outros profissionais do serviço hospitalar. Uma outra fonte de sofrimento refere-se à invisibilidade e o estigma sofrido pelos trabalhadores. Apesar disso, o relacionamento com os pares foi considerado umas das principais fontes de prazer destes trabalhadores, assim como a possibilidade de ajudar os pacientes e o reconhecimento por parte dos mesmos. Alguns entrevistados também mencionaram a questão salarial como um ponto positivo do seu trabalho. Tal posicionamento quanto ao salário pode se relacionar a trajetória biográfica e ocupacional destes trabalhadores, pois a trajetória profissional dos mesmos revela a experiência em trabalhos informais, em ocupações precárias, o que faz com que ressignifiquem o seu salário como essencial.

Concluimos que o trabalho se mostrou como responsável pelas relações de saúde e também de adoecimento dos que estão inseridos em si. O reconhecimento, valorização do trabalho e possibilidade de estabilidade profissional contribuem para uma relação salutar. Por outro lado, a exposição, o risco contínuo de contaminação, as dificuldades físicas e da própria organização tendem a levar ao adoecimento, mesmo que não reconhecido. Os trabalhadores se utilizam de mecanismos de defesa para diminuir os aspectos negativos e ressaltarem os positivos para si mesmos. Eles buscam então um equilíbrio entre todos esses fatores diariamente a fim de que se mantenham saudáveis, trabalhando e contribuindo para o funcionamento do hospital. Esse apanhado de dados evidenciados neste estudo aponta para o papel patogênico desta profissão que também fora verificado na revisão da literatura apresentada no segundo capítulo da dissertação.

Diante do exposto, esperamos que as discussões frente aos dados apresentados nesta pesquisa permitam auxiliar as discussões das melhorias das condições de vida e de trabalho desses profissionais. Entretanto, na esteira das discussões deste estudo, que não se propôs a explorar de forma exaustiva a temática em foco, tendo em vista a complexidade do objeto de estudo – a díade saúde e trabalho dos profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar. Assim, acredita-se que a continuação de outros estudos com a categoria em questão possa fomentar uma maior compreensão dos fatores de risco à saúde destes trabalhadores, muitas vezes esquecidos, para que se possam respaldar iniciativas que visem a melhorias de suas condições de trabalho. Isto posto, acarretará em um aprofundamento e refinamento do conhecimento acerca do fenômeno estudado. Encerro este trabalho citando uma frase de um dos trabalhadores, que surpreso pelo convite de ser entrevistado pela primeira vez para uma pesquisa científica, proferiu estas palavras em um misto de encantamento e surpresa: “Minha filha, aqui ninguém enxerga a gente não, obrigada por enxergar a gente” (Participante 07).

- Abergo, Associação Brasileira de Ergonomia. (s. d). *O que é Ergonomia*. Recuperado de 07 Jan 2017, de www.abergo.com.br.
- Abrahão et al. (2009). *Introdução à ergonomia: da prática à teoria*. São Paulo: Blücher.
- Abrahão, J. I. (2000). Reestruturação produtiva e variabilidade do trabalho: uma abordagem da ergonomia. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 16, 49-54.
- Abrahão, J. I., & Pinho, D. L. M. (1999). Teoria e prática ergonômica: seus limites e possibilidades. *Escola, saúde e trabalho: estudos psicológicos*, 229-240.
- Acosta, J. M. A.; Echternacht, E. H. O. (2006). Avaliação de riscos de acidentes com instrumentos perfurocortantes na atividade de limpeza de hospitais públicos através da análise ergonômica do trabalho. *XXVI ENEGEP – Fortaleza*.
- Albornoz, S. (2008). *O que é trabalho*. São Paulo, SP: Brasiliense.
- Almeida, R.A., & Malagris, L.E.N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14, 183-202.
- Alter HJ et al. (1975). Health-care workers positive for hepatitis B surface antigen. *N Engl J Med*; 292:454-7.
- Alves, G. (2000). O novo (e precário) mundo do trabalho. São Paulo: Boitempo.
- Alves, G. (2014). Terceirização e neodesenvolvimentismo no Brasil. *Boitempo, São Paulo*, 11.
- Amaral, R. C (2014). Resíduo Hospitalar. *NOV@: Revista Científica*, 2, 1-21.
- Amaro, J. N. (1995). Reestruturação industrial, terceirização e redes de subcontratação. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, 35, 33-42. Março-abril.
- Andrade, A. L.; Silva, M. Z.; & Netto, M. T. (2015). Clima de Segurança no Trabalho Hospitalar: adaptação de medida (ClimaSeg-H). *Avaliação Psicológica*, 14, 261-271.

- Andrade, C. B. & Monteiro, M. I. (2007). Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 41, 237-44.
- Andrade, D.; Angerami, E. L. S. & Padovani, C. R. (2000). Condição microbiológica dos leitos hospitalares antes e depois de sua limpeza. *Revista Saúde Pública*, 34, 163-169.
- Andrea, P. A., Bandeira de Jesus, M. S., Aquino, M.C., & Longhi, M. (2007) Condições de Trabalho de um pessoal de um serviço terceirizado de limpeza hospitalar no ano de 2007. *Saúde Coletiva*, 6, 244-248.
- Andreazzi, M. D. F. S. D. (2013). Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da reforma do Estado. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37, 275-284.
- Anjosa, F. B., Mendes, A. M., dos Santos, A. V., & Facas, E. P. (2011). Trabalho prescrito, real e estratégias de mediação do sofrimento de jornalistas de um órgão público. *Revista Eletrônica Sistemas & Gestão*, 6, 562-582.
- Antunes, R., & Druck, G. (2014). A epidemia da terceirização. *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 3, 13-24.
- Antunes, R.; Alves, G. (2004). As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Educ. Soc.*, Campinas, 25, 335-351.
- Antunes, R.; Druck, G. (2013). *A terceirização como regra?* Revista do Tribunal Superior do Trabalho.
- Appay, B.; Thébaud-Mony, A. (1997). *Précarisation sociale, travail et santé*. Paris: IRESO.
- Aquino, C. A. B. D., Sabóia, I. B. D., Melo, P. B. D., Carvalho, T. A. D., & Ximenes, V. M. (2016). Terceirização e saúde do trabalhador: uma revisão da literatura nacional. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 16, 130-142.

- Araujo, Â. M. C.; Ferreira, V. (2009). Terceirização e relações de gênero. In: Dau, Denise Motta; Rodrigues, Iram Jacome; Conceição, Jefferson José da (Org.). *Terceirização no Brasil: do discurso da inovação à precarização do trabalho*. São Paulo: Annablume,
- Araújo, A.P., Jesus, M. S. B., & Longhi, M. (2009). Condições de trabalho do pessoal de um serviço terceirizado de limpeza hospitalar no ano de 2007. *Saúde Coletiva*, 6, 244-248.
- Assad, C. (2001). *Manual de higienização de estabelecimentos de saúde e seus resíduos: Carla Assad*. Glória Costa, Sérgio Rodriguez, Bahia. Rio de Janeiro: IBAM/CORLUMB.
- Assunção, A. A.; Araújo, T. M.; Ribeiro, R. B. N. & Oliveira, S. V. S. (2012). Vacinação contra hepatite B e exposição ocupacional no setor saúde em Belo Horizonte, MG. *Revista Saúde Pública*, 46, 665-673.
- Assunção, D. (2011). *A precarização tem rosto de mulher: a luta das trabalhadoras e trabalhadores terceirizados da USP*. São Paulo: Edições Iskra.
- Assunção-Matos, A., & Bicalho, P. P. G. D. (2016). O trabalho, a terceirização e o Legislativo brasileiro: paradoxos e controvérsias. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 16, 120-129.
- Ayres, M. A. C., Kamimura, Q. P., & Oliveira, E. A. D. A. Q. (2015). Qualidade percebida dos serviços de higienização em um hospital tocantinense. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional*, 11.
- Balbino, A. C., dos Santos Lauro, N., Fontes, M. B., & Lisboa, T. C. (2007). *Fatores de risco em ambiente de trabalho-análise dos cuidados pessoais dos trabalhadores de lavanderia hospitalar como forma de prevenção aos acidentes e doenças ocupacionais*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Paulo.
- Barros, P. C.R., & Mendes, A. M. B. (2003). Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. *Psico-USF*, 8, 63-70.

- Barthe, B., Gadbois, C.; Prunier-Poulmaire, S., & Quéinnec, Y. (2004). Travailler en horaires atypiques. In *Ergonomie*. Presses Universitaires de France, 8, 129-144
- Bartolomeu, T. A. (1998). *Identificação e avaliação dos principais fatores que determinam a qualidade de uma lavanderia hospitalar: Um estudo de caso no setor de processamento de roupas do hospital universitário da UFSC–Florianópolis*. 143 (Doctoral dissertation, Dissertação de Mestrado-Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina).
- Bastos, A. V. B.; Pinho, A. P. M., & Costa, C. A. (1995). Significado do trabalho: um estudo entre trabalhadores inseridos em organizações formais. *Revista de Administração de Empresas*, 35, 6, 20-29.
- Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2008). Social representations theory: A progressive research programme for social psychology. *Journal for the theory of social behaviour*, 38, 335-353. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.2008.00374.x>.
- Beltrame, M. T.; Magnago, T. S. B. S.; Kirchhof, A. I. C.; Marconato, C. S., & Moraes, B. X. (2014) Capacidade para o trabalho no serviço hospitalar de limpeza e fatores associados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35, 49-57.
- Bonini, A.; Chaves, E. A.; Cardoso, F. O.; Iachtechn, F. L.; Santos, J.; Fronza, M; Francisco, M; Guariza; Dias, S., & Canha, V. (2006). História: Ensino Médio. 2 ed. Curitiba: Curitiba: SEED-PR, p.400.
- Brandão Junior, P.S. (2000) *Biossegurança e AIDS: as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital*. Dissertação de Mestrado em Ciência na área da Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; Rio de Janeiro (RJ).
- Brasil, Ministério da Saúde. (2003). Manual de limpeza. Brasília- DF: Ministério as Saúde.

- Brasil, Organização Internacional do Trabalho & Doméstico, O. (2010). T. I. Organização Internacional do Trabalho (OIT).
- Brasil. (2002). Código Brasileiro de Ocupações. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>.
- Brasil. Ministério da Saúde, & Pan American Health Organization. Representação do Brasil. (2001). *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde* (No. 114). Editora MS.
- Breakwell, G. M.; Hammond, S.; Fife-Schaw, C., Smith, J. A.; Haase, V. G. (2010). Métodos de pesquisa em psicologia. In *Métodos de pesquisa em psicologia*. Artmed.
- Brito, J. C. de; Neves, M. Y. e Athayde, M. (orgs.). (2003). *Caderno de textos: Programa de formação em saúde, gênero e trabalho nas escolas*. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB.
- Bruschini, M. C. A. (2007). Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. *Cadernos de pesquisa*, 37, 132, 537-572.
- Camargo, B. V. (2005). ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. Em: A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuíno, & S. M. Nóbrega (Eds.), *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (511-539). João Pessoa, PB: Editora da Universidade Federal da Paraíba.
- Camargo, B. V.; Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21, 513-518.
- Camargo, M. E., Motta, M. E. V. Lunelli, M. O. (2009). Resíduos Sólidos de Serviço de Saúde: Um estudo sobre o gerenciamento. *Scientia Plena*, 5 (7).
- Cappelle, M. C. A.; Melo, M. C. D. O. L.; Souza, N. L. (2013). Mulheres, trabalho e administração. *RIGS Revista Interdisciplinar de Gestão Social*. 2, 2.

- Cardo, D. (1995). Profissional de saúde deve ser cuidadoso sempre. */inf/. Soc. Bras. Infect.*, 3, 4, 3.
- Carvalho, M. L., Araújo, T. R. N., Santos, C. F. B., Sousa, A. F. L. & Moura, M. E. B. (2014). Infecções hospitalares em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Interdisciplinar*, 7, 189-198.
- Castanhede, A. (1999). La Gestión y Tratamiento de los Resíduos Generados em los Centros de Atención de Salud. *Repertório Científico*. 5, 6-7.
- Castel, R. (1998). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário* (Vol. 6). Petrópolis: Vozes.
- Chagas, H. C. A. (2014). *Trabalhadoras e suas jornadas: reflexões sobre a terceirização em um órgão público federal*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Departamento de Antropologia (DAN), Universidade de Brasília).
- Cherghiglia, M. L. (1999). *Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos*.
- Cherghiglia, M. L. (1999). *Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos*.
- Chillida, M. S. P., & Cocco, M. I. M. (2004). Saúde do trabalhador & Terceirização: perfil de trabalhadores de serviço de limpeza hospitalar. *Revista Latino-am Enfermagem*, março-abril; 12, 271-6.
- Chiodi, M. B.; Marziale, M. H.P.; Mondadori, R. M., & Robazzi, M. L. C. C. (2010). Acidentes registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Ribeirão Preto, São Paulo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 211-7.
- Clot, Y. (2002). Clinique de l'activité et répétition. *Cliniques méditerranéennes*. 2, 31-53.

- Clot, Y. (2010). Trabalho e poder de agir. Tradução: Teixeira, G. J. F. e Vianna, M. M. Z. (Org.) Lima, F. P. A. & Ribeiro, R. *Série Trabalho e Sociedade*. Belo Horizonte: Fabrefactum.
- Costa, F.B. (2008). *Homens invisíveis: relatos de uma humilhação social*. São Paulo: Globo.
- Costa, M. A. (2007). *Condições de trabalho dos coletores de lixo domiciliar, no município do Rio de Janeiro*. 2007. Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. p. 150.
- Cruz, E. D. D. A., Pimenta, F. C., Hayashida, M., Eidt, M., & Gir, E. (2011). Staphylococcus aureus detection in the mouth of housekeepers. *Revista latino-americana de enfermagem*, 19, 90-96.
- Cunha, A. G. (2001). Dicionário etimológico – Nova Fronteira da Língua Portuguesa. Editora Nova Fronteira, 839.
- Dancer, S. J. (2009). The role of environmental cleaning in the control of hospital-acquired infection. *J Hospital Infect.*73, 378-85.
- Daniellou, F. (1996). A prevenção de acidentes começa na concepção da organização do trabalho. *Sperandio, JC L'Ergonomie face aux changements technologiques et organisationnels du travail humain*. Toulouse: Octares Editions, 430-431.
- Daniellou, F., Laville, A., & Teiger, C. (1989). Ficção e realidade do trabalho operário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 17, 68, 7-13
- Dantas, M. (2003) Informação e Trabalho no Capitalismo Contemporâneo. *Luanova* Nº 60.
- Deffune, E. (1997). Manual de Biossegurança. Botucatu, São Paulo.
- Dejours, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, 54, 4, 7-11.
- Dejours, C. (1992). *A loucura no trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho* (5ed.). (A.I. Paraguay e L. L. Ferreira, trads.). São Paulo: Cortez-Oboré.

- Dejours, C. (1994). Trabalho e saúde mental: da pesquisa à ação. In: Dejours, C; Abdoucheli, E. & Jayet, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho* (pp. 45-65). São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (1997). *Fator Humano, O*. FGV Editora.
- Dejours, C. (1998). *Souffrance en France: la banalisation de l'injustice sociale* (Vol. 715). Paris: Seuil
- Dejours, C. (2000). Travail usure mentale(essai de psychopathologie du travail).
- Dejours, C. (2004). Addendum: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancman, S.; Sznclwar, L. (Orgs.) *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp. 47-104). Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Editora Paralelo 15.
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista produção*, 14, 27-34.
- Dejours, C. (2007). *A banalização da injustiça social*. (7ª ed.). (L. A. Monjardim, trad.). Rio de Janeiro: Editora FGV
- Dejours, C. (2011). Violência ou dominação. *Dimensões da violência: conhecimento, subjetividade e sofrimento psíquico*, 57-72.
- Dejours, C. (2012). *Trabalho vivo: Trabalho e emancipação*. Tomo II. (F. Soudant, trad.). Brasília: Paralelo 15.
- Dejours, C., & Abdoucheli, E. (1994) Itinerário Teórica em Psicopatologia do Trabalho. In: Dejours, C; Abdoucheli, E. & Jayet, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho* (119-145). São Paulo: Atlas.
- Dejours, C., Abdoucheli, E., & Jayet, C. (2011). *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. M. I. S. Betiol (Coord. e trad). São Paulo: Atlas.

- Dias, M.A.A. (2004). Resíduos dos serviços de saúde e a contribuição do hospital para a preservação do meio ambiente. *Revista Academia de Enfermagem. Academia Brasileira de Especialidades em Enfermagem. – ABESE*, 2 (2). São Paulo: Demais Editora.
- DIEESE. (2007). *Relações e condições de trabalho no Brasil*. São Paulo: DIEESE.
- Diogo, M.F. (2007). Os sentidos do trabalho de limpeza e conservação. *Psicol estud.* 12, 483-92.
- Doebbeling, B. N. (1997). Protecting the Healthcare Worker From Infection and Injury. In: Wenzel, R.P. (eds) *Prevention and Control of Nosocomial Infections. Maryland: Williams & Wilkins Company*, 397-409.
- Druck, G. (2011). Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios?. *Caderno, CRH*, Salvador, 24, 35-55.
- Druck, G., & Seligmann-Silva, E. (2010). As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Revista brasileira de saúde ocupacional*, 35, 229-48.
- Druck, M. G. (1999). Terceirização: (Des) fordizando a fábrica: Um estudo do complexo petroquímico. Ed. Boitempo.
- Druck, M. G., Franco, T. (2007). Terceirização e precarização: O binômio anti-social em indústrias. In: A perda da razão social do trabalho. São Paulo: Boitempo.
- Falzon, P. (2007). Natureza, objetivos e conhecimentos da ergonomia: elementos de uma análise cognitiva da prática. Em P. Falzon (Org.), *Ergonomia* (pp.3-19). São Paulo: Editora Blücher.
- Farias, M., Newheiser, A. K., Kahane, G., & Toledo, Z. (2013). Scientific faith: Belief in science increases in the face of stress and existential anxiety. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49, 1210-1213.

- Felix, D. (2008). *Fatores determinantes na aquisição de serviços estratégicos por meio de terceiros: higiene e limpeza em ambientes com risco de contaminação*. Dissertação de Mestrado. Administração, Mestrado da Faculdade de Ciências Empresariais da Universidade FUMEC.
- Felix, Y. T. (2015). *Análise da atividade dos técnicos em enfermagem do Samu*. Dissertação de Mestrado. Pós-Graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba.
- Fernandes, A.T. (2000). *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. Volume II. São Paulo: Ateneu.
- Fernandes, J. V.; Braz, R. F. S.; Neto, F.V; Silva, M. A.; Costa, N.F.; Ferreira, A. M. (1999). Prevalência de marcadores sorológicos do vírus da hepatite B em trabalhadores do serviço hospitalar. *Revista de Saúde Pública*. 33,122-8.
- Fernandes, M. I.; Maciel, S. S. S. V.; Xavier, W. C. (2007). Gerenciamento dos resíduos sólidos nos serviços de saúde dos hospitais de Caruaru-PE. *Revista Saúde.Com*, 3, 145-154.
- Ferreira M. C. & Mendes A. M. (2003). *Trabalhos e riscos de adoecimento: O caso dos auditores-fiscais da previdência social brasileira*. Brasília, DF: Fenafisp.
- Ferreira, F. T. N.; Procopiak, L. K. & Cubas, K. G. (2011). O conhecimento sobre resíduos sólidos das funcionárias de serviços gerais de uma universidade do município de Curitiba. In *Congresso brasileiro de gestão ambiental* (Vol. 2).
- Ferreira, J. A. (2002). Resíduos domiciliares e de serviços de saúde, semelhanças e diferenças: necessidades de gestão diferenciada? In: Eigenheer. Lixo Hospitalar: ficção legal ou realidade sanitária? Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável do Rio de Janeiro. 37-55.

- Ferreira, J. A., & Anjos, L. A. (2001). Aspectos de saúde coletiva e ocupacional associados à gestão dos resíduos sólidos municipais Public and occupational health issues related to municipal solid waste management. *Caderno de Saúde Pública*, 17, 689-696.
- Ferreira, J. B. (2010). Análise clínica do trabalho e processo de subjetivação: um olhar da psicodinâmica do trabalho. Em A.M. Mendes, A. R. C. Merlo, C. F. Morrone, & E.P. Facas. *Psicodinâmica e clínica do trabalho - temas, interfaces e casos brasileiros* (125-138). Paraná: Juruá
- Ferreira, L. L. (1985). Sono dos trabalhadores em turnos alternantes. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 13, 25-27.
- Ferreira, M. C. (2004). Bem-estar: equilíbrio entre a cultura do trabalho prescrito e a cultura do trabalho real. *Cultura e saúde nas organizações*, 181-207.
- Ferreira, M. C. (2008). A ergonomia da atividade se interessa pela qualidade de vida no trabalho? Reflexões empíricas e teóricas. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 11, 83-99.
- Ferreira, M. C. (2016). Serviço de atendimento ao público: o que é? Como analisá-lo? Esboço de uma abordagem teórico-metodológica em ergonomia. *Multitemas*, (16), 128-144.
- Ferreira, M. C., & Barros, P. C. D. R. (2002). Incompatibilidade trabalho prescrito-trabalho real: um diálogo entre a ergonomia da atividade e a psicodinâmica do trabalho. *Aletheia*, 16, 115-128.
- Ferreira, M. C., & Mendes, A. M. (2001). “Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor”: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. *Estudos de psicologia*, 6, 93-104.
- Ferretti, C. J. (1976). A mulher e a escolha vocacional. *Cadernos de Pesquisa*, 16, 20- 40.

- Figueiredo, M., Alvarez, D., Athayde, M., Suarez, J. D., & Pereira, R. (2007). Reestruturação produtiva, terceirização e relações de trabalho na indústria petrolífera offshore da Bacia de Campos (RJ). *Gestão & Produção*, 14, 55-68.
- Figueiredo, R.M. (1992). Opinião dos servidores de um hospital escola a respeito de acidentes com material perfuro-cortante na cidade de Campinas—SP. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 20, 26-33.
- Fischer, F. M., & Lieber, R. R. (2005). Trabalho em turnos. In R. Mendes (Org.), *Psicologia do trabalho* (2 ed., 825-868). São Paulo: Ed. Ateneu.
- Focaccia R. (1986). Risco de contágio pelo vírus da hepatite B em funcionários hospitalares e imunidade naturalmente adquirida. *Rev Assoc Méd Bras*, 32, 111-114.
- Foucault, M. (1999). As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas. Tradução de Salma Tannus Muchail. *São Paulo, Martins Fontes*, 200, 422.
- Franco, T., Druck, G., & Seligmann-Silva, E. (2010). Novas relações de trabalho, os trabalhadores exaustão mental e transtornos mentais no trabalho precário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35, 229-248.
- Freitas, A. L., & Cozendey, M. I. (2008). Um modelo Servperf para Avaliação de Serviços Hospitalares. *XXVIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção*. A integração de cadeias produtivas com a abordagem da manufatura sustentável.
- Fróes, W. L. (2003). Terceirização: Uma Abordagem Estratégica. *FACEF Pesquisa-Desenvolvimento e Gestão*, 6, 93-114.
- Girardi, S. N., Fernandes Jr, H., & Carvalho, C. L. (2000). A regulamentação das profissões de saúde no Brasil. Espaço Saúde [Portal]. Disponível em: < [http://www. ccs. uel. br/espacoparasaude/v2n1](http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1)>. Acesso em: 20 Dez 2016.
- Gonzales, B. B. A. & Carvalho, M. D. B. (2003). Saúde mental de trabalhadores do serviço de limpeza de um hospital universitário. *Acta Sciences*, 25, 55-62.

- Goulart, I. B., & Guimarães, R. F. (2002). Cenários contemporâneos do mundo do trabalho. *Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos*, 3, 17-36.
- Guerin, F., Laville, A., Daniellou, F., Durraffourg, J. & Kerguelen, A. (2001) *Compreender o trabalho para transformá-lo*. São Paulo: Edgard Blucher.
- Guimarães, M., & Crespo de Carvalho, J. (2012). Terceirização em cuidados continuados: uma abordagem de gestão de risco. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5, 1179-1190.
- Gurgel, J. R., & Vieira, M. M. F. (2002). Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7, 325-334.
- Harpaz, I. & Fu, X. (2002). The structure of the meaning of work: A relative stability amidst change. *Human Relations*, 55, 639-667.
- Helal, D. H., Garcia, F.C. & Honório, L.C. (2008) Gestão de pessoas e competências. *Teoria e Pesquisa*. Curitiba: Juruá, 377.
- Hernandez, J. A., Guarin, I. & Quito, J. (1988). Riescos ocupacionales em el hospital San Jose de Moniquira. *Perspectiva (tunja)*, 4, 41-59.
- Hirata, H. (2001). Tecnologia, qualificação e divisão sexual do trabalho. *Nova divisão sexual do trabalho*, 197-219.
- Hirata, H. (2009). A precarização e a divisão internacional e sexual do trabalho. *Sociologias*, 11, 24-41.
- Hirata, H., Laborie, F., Le Doaré, H., & Senotier, D. (2009). *Dicionário crítico do feminismo*. São Paulo: Editora UNESP.
- Hu, D. J., Kane, M. A., & Heymann, D. L. (1991). Transmission of HIV, hepatitis B virus, and other bloodborne pathogens in health care settings: a review of risk factors and guidelines for prevention. World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*, 69, 623-630.

- Hubault, F. Do que a ergonomia pode fazer análise? In: Daniellou, F. (Coord.). (2004). A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos. São Paulo: Edgard Blucher, 105-140.
- International Ergonomics Association. (2000). Definition and Domains of ergonomics. Switzerland: IEA. Disponível em: <<http://www.iea.cc/whats/index.html>>. Acesso em: 13 Jan 2016.
- Izu, M., Antunes Cortez, E., Cavalcanti Valente, G., & Rosa Silvino, Z. (2011). El trabajo nocturno como un factor de riesgo en la carcinogénesis. *Ciencia y enfermería*, 17, 83-95.
- Jacques, M. D. G. C. (2003). Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Psicologia & Sociedade*, 15(1), 97-116.
- Kergoat, Priska. Ofício, profesión, trabajo. (2002). In: Hirata, Helena *et al.* (orgs.) *Diccionario critico del feminismo*. Madrid: Síntesis, 169-172.
- Khan, A. M., Rahman, A. K., Pietroni, M., & Alam, M. A. (2009). Experience of needle-stick injury among healthcare providers at an urban diarrhoeal-disease hospital in Bangladesh. *Ann Trop Med Parasitol*, 103, 365-368.
- Lancman, S., & Jardim, T. A. (2004). O impacto da organização do trabalho na saúde mental: um estudo em psicodinâmica do trabalho. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 15, 82-89.
- Lancman, S., & Uchida, S. (2003). Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 6, 79-90.
- Laville, A. *Referências para uma história da ergonomia francófona*. (2007). In: Falzon, P. (Ed.). *Ergonomia*. São Paulo: Edgard Blucher, 21-32.
- Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Artmed: UFMG.

- Lebeer, G., & Martinez, E. (2012). Trabajadoras del sector de la limpieza: precariedad en el empleo, desigualdades temporales y división sexual del trabajo. *Laboreal*, 8(1).
- Leplat, J., & Hoc, J. M. (1983). Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations. *Cahiers de psychologie cognitive*, 3, 49-63.
- Lewin, H. (1980). Educação e força de trabalho feminino no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*, 32, 45-59.
- Lima, C. A., Barros, E. M. C., & de Aquino, C. A. B. (2012). Flexibilização e intensificação laboral: Manifestações da precarização do trabalho e suas consequências para o trabalhador. *Revista Labor*, 7, 102-125.
- Lima, J. C. (2010). A terceirização e os trabalhadores: revisitando algumas questões. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 13, 17-26.
- Lima, L. M.; Oliveira, C. C., & Rodrigues, K. M. R. (2011). Exposição ocupacional por material biológico no Hospital Santa Casa de Pelotas - 2004 a 2008. *Esc Anna Nery*, 15, 96-102.
- Machado, A. G. (2006). *Cuidadores: seus amores e suas dores: o prazer e o sofrimento psíquico dos auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital cardiológico*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Machado, L. A. (2006). Da informalidade à empregabilidade (reorganizando a dominação no mundo do trabalho). *Caderno CRH*, 15, 81-109.
- Maia, M. S., Ferreira, M. S., & Carvalho, N. M. *Análise de Fatores de risco para dores osteomioarticulares em trabalhadores do setor de limpeza da Universidade da Amazônia: Uma correlação com a qualidade de vida*. (Monografia). Departamento de Fisioterapia. Universidade da Amazônia.

- Mandarini, M. B., Alves, A. M., & Sticca, M. G. (2016). Terceirização e impactos para a saúde e trabalho: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 16, 143-152.
- Manhães, V. M. D. S. (2009). *Cronotipo e privação do sono nos trabalhadores do serviço noturno hospitalar de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado), Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem.
- Marcelino, P. R. P. (2004). *A logística da precarização: terceirização do trabalho na Honda do Brasil*. São Paulo: Expressão Popular.
- Marcelino, P. R. P. (2008). *Terceirização e ação sindical: a singularidade da reestruturação do capital no Brasil*. (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Universidade de Campinas, Campinas. SP.
- Marcelino, P., & Cavalcante, S. (2012). Por uma definição de terceirização. *Caderno CRH*, 25, 331-346.
- Martarello, N. A., & Benatti, M. C. C. (2009). Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, 422-428.
- Martins, J. T., Ribeiro, R. P., Bobroff, M. C. C., Marziale, M. H. P., Robazzi, M. L. C. C. & Mendes, A. C. (2013). Significado de cargas no trabalho sob a ótica de operacionais de limpeza. *Acta Paul Enfermagem*, 26, 63-70.
- Marziale, M. H. P., & Carvalho, E. D. (1998). Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de cardiologia. *Revista Latino-americano de enfermagem*, 6, 99-117.
- Marziale, M. H. P., & Rodrigues, C. M. (2002). The scientific production on occupational accidents with needlestick materials among members of the nursing team. *Revista latino-americana de enfermagem*, 10, 571-577.

- Mascarenhas, R. (1976). *A organização de assistência à saúde e da atenção médica como condicionamento de saúde das comunidades*. Saúde da Comunidade. Temas de Medicina preventiva e social. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil. 95-117.
- Mathur, V., Dwivedi, S., Hassan, M. & Misra, R. (2011). Knowledge, Attitude, and Practices about Biomedical Waste Management among Healthcare Personnel: A Cross-sectional Study. *Indian J Community Med.* 36, 143-145.
- Mattos V. A. (2012). *Serviço Social: cotidiano profissional nas Unidades de Pronto Atendimento geridas por organizações sociais no município do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro. (Mestrado Dissertação). Escola de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio do Janeiro.
- Maudonnet, N. K. (1988). *Administração Hospitalar*. Rio de Janeiro: Cultura Médica.
- Mauro M. Y. C, Muzi C. D, Guimarães R. M, Mauro C. C. C. (2004). Riscos ocupacionais em saúde. *Rev Enferm UERJ.* 12, 338-345.
- Mendes A. M, Abrahão J. I. (1996). Organização do trabalho e vivências de prazer-sofrimento do trabalhador: abordagem psicodinâmica. *Rev Psicol Teoria Pesq.* 12, 179-84.
- Mendes, A. M. & Facas, E. P. (2010) Transgressão do trabalho prescrito como estratégia para transformar o sofrimento, - Estudo da inteligência prática. In: A. M. Mendes, A. R. C. Merlo, C. F. Morrone, & E. P. Facas. *Psicodinâmica e clínica do trabalho - temas, interfaces e casos brasileiros* (pp. 125-138). Paraná: Juruá.
- Mendes, A. M. (2007). Pesquisa em psicodinâmica: a clínica do trabalho. In Mendes, A. M. (org). *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mendes, A. M., & Marrone, C. (2010). Trajetória teórica e pesquisas brasileiras sobre prazer e sofrimento no trabalho. In A. M. Mendes et al. (Orgs.), *Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros* (pp. 29-52). Curitiba: Juruá

- Mendes, A. M., & Tamayo, Á. (2001). Valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho. *PsicoUSF*, 6, 39-46.
- Mendes, A. M; Cruz, R. M. (2004). Trabalho e Saúde no contexto organizacional: vicissitudes teóricas. In Tsmayo, A. et al. *Cultura e Saúde nas organizações*. Porto Alegre: Artmed.
- Mendes, R. (1995). Patologia do trabalho. In *Patologia do trabalho*. Atheneu.
- Meneguín, S., Ayres, J. A., & Morine, R. K. (2015). Acidentes ocupacionais com materiais perfurocortantes entre os trabalhadores do serviço de limpeza. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 5, 151-159.
- Minayo, M.C.S. (2010). O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo – Rio de Janeiro. Hucitec – Abrasco.
- Molinier, P. (2013). *O trabalho e a psique: uma introdução à psicodinâmica do trabalho*. (F. Soudant, trad.). Brasília: Paralelo 15.
- Monteiro, M. I., Chillida, M. D. S. P., & Bargas, E. B. (2004). Permanent education in an outsourced cleaning service at a university hospital. *Revista latino-americana de enfermagem*, 12, 541-54.
- Montmollin, M. (1990). A ergonomia. [tradução Joaquim Nogueira]. *Éditions La Découverte*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Morrone, C. F. (2001). “Só para não ficar desempregado”- resignificando o sofrimento psíquico no trabalho: estudo com trabalhadores em atividades informais (Doctoral dissertation, Universidade de Brasília).
- Müller, M. E. (2015). Diagnóstico de uma lavanderia hospitalar sob a ótica do Lean Healthcare. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Regional Do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, em Engenharia Mecânica.

- Musharrafieh, U., Tamim, H. M., Rahi, A. C., El-Hajj, M. A., Al-Sahab, B., El-Asmar, K., & Tamim, H. M. (2008). Determinants of university student's physical exercise: a study from Lebanon. *International Journal of Public Health*, 53, 208-213.
- Neves, M. A, & Pedrosa, C. M. (2007). Gênero, flexibilidade e precarização: o trabalho a domicílio na indústria de confecções. *Sociedade e Estado*, 22, 11-34.
- Nouroudine, A. (2004). Risco e atividade humana: acerca da possível positividade aí presente. In M. Figueiredo; M. Athayde; J. Brito & D. Alvarez (Orgs.). *Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo* (pp. 37-62). Rio de Janeiro: DP&A.
- Nunes, J. (2014). Dilemas identitários no mundo dos serviços: da invisibilidade à interação. *Sociologias*, 16(35).
- Oliveira, A. J. (2003). Passeio pelo mundo do trabalho. *Revista Terapia Ocupacional*. Universidade de São Paulo, 14, 27-33, Jan./Abr.
- Oliveira, C.R. (2006). *História do trabalho*. 5ª edição. São Paulo: Ática.
- Oliveira, J. K., Lage, K. R., & Avelar, S. A. (2011). Equipe de enfermagem e os riscos biológicos: norma regulamentadora 32 (NR32). *Revista Enfermagem Integrada*, 4, 793-805.
- Oliveira, L. M.; Gusmão, J. L. (2014). Hábitos e estilo de vida de trabalhadores do serviço de higiene e limpeza de um hospital público, geral e de grande porte de São José dos Campos –SP. *Revista Educação*. 9, 2.
- Ornellas, T.C.FD & Monteiro, M.I. (2006). Aspectos históricos, culturais e sociais do trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*. jul-ago; 59, 552-5.
- Osti, C. (2004). *Vírus da hepatite B: avaliação do risco de infecção e da resposta sorológica à vacina em funcionários de limpeza do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu*- Dissertação de Mestrado. UNESP.

- Padilha, V. (2014). Nojo, humilhação e controle na limpeza de shopping centers no Brasil e no Canadá. *Caderno CRH*, 27, 329-346.
- Padovani, A. (2009). *SST em Serviços Terceirizados de Limpeza e Conservação: aspectos gerais*. Copyright.
- Paim, J. S., & Teixeira, C. F. (2007). Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*; 12(suppl.):1819-29.
- Palácios, M., Duarte, F., & Câmara, V. M. (2002). Trabalho e sofrimento psíquico de caixas de agências bancárias na cidade do Rio de Janeiro Work and psychological distress among bank tellers in Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, 18, 843-851.
- Paveloski, E.M. (2009). *Resíduos de Serviços de Saúde na 7ª Região Administrativa do Estado de São Paulo: Diagnóstico e Proposta de Gestão*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Engenharia de Produção. Universidade Estadual Paulista.
- Petean, E., Costa, A. L. R. C., & Ribeiro, R. L. R. (2014). Repercussões da ambiência hospitalar na perspectiva dos trabalhadores de limpeza. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, 12, 615-635.
- Petticrew, M., & Roberts, H. (2006). How to appraise the studies: an introduction to assessing study quality. *Systematic reviews in the social sciences: A practical guide*, 125-163.
- Picchiai, D. (2006). TAYLOR, Produtividade e o Hospital. *Revista do ccei*, 10, 48.
- Pitta, A. M. F. (1990). *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: HUCITEC.
- Pochmann, M. (2006). Visões do trabalho. *Cienc. Cult.*, São Paulo, 58, 4, Dez.
- Porto, M. F. S. (2000). Análise de riscos nos locais de trabalho: conhecer para transformar. *Cadernos de Saúde do Trabalhador*: Instituto Nacional de Saúde do Trabalhador (INST). 05-41. São Paulo:Kingraf.

- Queiroz, M. C. B. Biossegurança. In: oliveira, A.C., Albuquerque, E, C. P., & Rocha, L.C.M. (eds) (1998). *Infecções Hospitalares: Abordagem, Prevenção e Controle*. Rio de Janeiro: Medsi, 183-195.
- Ramos, G. (2009). *Uma Introdução ao Histórico da Organização Racional do Trabalho*. Brasília: Conselho Federal de Administração.
- Ratinaud, P. (2009). IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires [Computer software]. Retirado de <http://www.IRAMUTEQ.org/>.
- Ratinaud, P., & Marchand, P. (2012). Application de la méthode ALCESTE à de "gros" corpus et stabilité des "mondes lexicaux": analyse du "Cable-Gate" avec IRAMUTEQ. In: Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles (pp. 835-844). Liège, Belgique.
- Ream, P. S. F. (2014). *Epidemiologia dos acidentes com material biológico entre trabalhadores da limpeza e conservação de serviços de saúde*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Goiás.
- Rosen, G. (1958). *Uma História da saúde pública*. Ed. Hucitec-Unesp-Abrasco, São Paulo - Rio de Janeiro.
- Rouquayrol, M. Z., & Goldbaum, M. (1999). Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. Rouquayrol, M. and Filho, A., editors, *Epidemiologia e Saúde*. MEDSI, Rio de Janeiro.
- Salles, P. (1971). *História da Medicina no Brasil*. Belo Horizonte: Gr. Holman Ltda.
- Salvagni, A., Quintana, A.M. & Monteiro, D.T. (2001). Con (vivendo) com o câncer e a morte: as representações de trabalhadores do serviço de higiene e limpeza hospitalar.

XV Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão. Disponível em:
<http://www.unifra.br/eventos/sepe2011/Trabalhos/1458.pdf>.

Sampaio, M. R. (2000). *O processo de qualificação real e o perfil de acidentabilidade entre trabalhadores efetivos e terceirizados: o caso dos pedreiros refrataristas de uma indústria de aço*. 190 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Faculdade de Engenharia da UFMG, Belo Horizonte.

Santos Júnior, R.L.F. (2002). *Acidentes de trabalho em serviços de limpeza hospitalar: análise das causas*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina.

Santos M. A. (2012). *Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS: o caso das análises clínicas*. Rio de Janeiro. Doutorado [Tese] — Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ.

Santos, M. C. O, Lima, F. D. P. A., Murta, E. P., & Motta, G. M. V. (2009). Desregulamentação do trabalho e desregulação da atividade: o caso da terceirização da limpeza urbana e o trabalho dos garis. *Production*, 19, 202-213.

Saratt, N. D., Silveira, A. D. D., & Moraes, R. P. M. (2008). *Gestão plena da terceirização*. Rio de Janeiro: Qualitymark.

Schwartz, Y., & Durrive, L. (Orgs.). (2010). *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana* (2ª ed.). Niterói: EdUFF.

Schwengber, C. L. H., & Baschta, M. S. (2010). *Fontes de prazer e de sofrimento vivenciadas por trabalhadores que atuam no setor de limpeza em uma instituição de ensino superior*. Monografia apresentada para obtenção do título de bacharel em Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, SC, Brasil.

Secretaria Nacional de Relações de Trabalho & Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (SRT/DIEESE). (2014). *Terceirização e desenvolvimento:*

Uma conta que não fecha. Dossiê acerca do impacto da terceirização sobre os trabalhadores e propostas para garantir a igualdade de direitos. São Paulo: CUT.

Seligmann-Silva, E. (2013). Psicopatologia no trabalho: aspectos contemporâneos In: Ferreira, J. J (Org.) *Saúde mental no trabalho: coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do estado de Goiás* (pp. 209-238). Goiânia: Cir Gráfica.

Sena, A.P. (2013). *A humanização da assistência à saúde e a inserção do assistente social no acolhimento a parturiente no Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do Ceará.* Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. Faculdade Cearense.

Silva, A. R. S.; Souza, K. R. F.; Silva, I. C. P.; Silva, J.G. & Oliveira, J. M. S. (2013). Meio ambiente hospitalar e o risco ocupacional da equipe de enfermagem: uma revisão integrativa. *Cadernos de Graduação*, 1, 11-20.

Silva, C. E. R. (1999). *O processo de trabalho da limpeza interna do lixo hospitalar na emergência do Hospital Municipal Paulino Werneck.* Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana.

Silva, L. G., Haddad, M. D. C. L., Domansky, R. C, & Vituri, D. W. (2010). Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de higiene e limpeza de um hospital universitário público. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12, 1. 34-45

Soares, A. K. S.; Gouveia, V.V. Mendes, L. A., Ribeiro, M. G., Teixeira, A.R. (prelo). *Análise informatizada de dados textuais: Introdução ao uso do IRAMUTEQ.*

Soares, M. H. P. (2015). *Precarização e degradação do trabalho na educação pública da cidade do rio de janeiro no período de 2009 a 2013.* Dissertação de Mestrado. Mestrado profissional em educação profissional em saúde.

- Sousa, R. A. (2013). *O lixo e a conduta humana: gestão dos insuportáveis na vida urbana*. Tese de Doutorado. Departamento de Psicologia e Sociologia. Faculdade de Ciências e Letras.
- Sousa, S. A., Nery, V. A. S. & Nery, I. G. (2013). Análise dos fatores de risco para infecção hospitalar em uma unidade de centro cirúrgico. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor*, Vitória da Conquista, 6 (1): 146-159.
- Sousa, T. P. (2011). *Identidade e subalternidade: a construção da identidade de trabalhadores serventes de limpeza*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Sociologia. Universidade Federal do Goiás.
- Spagnuolo, R. S.; Baldo, R. C. S.; Guerrini, I. A. (2008). Análise epidemiológica dos acidentes com material biológico registrados no centro de referência em saúde do trabalhador - Londrina/PR. *Revista Brasileira Epidemiol*; 11,315-23.
- Stier, C. J. N., Fugmann, C., Drehmer, E. A. C., Bragagnolo, K. L., Martins, L.T.F., Castro, M. E. S., Leme, M. T. C. L., Fragoso, M. F. F., Peruzzo, S.A. (1995). *Rotinas em Controle de Infecção Hospitalar*. Curitiba. Netsul Editora.
- Sznelwar, L. I., Lancman, S., Wu, M. J., Alvarinho, E., & Santos, M. D. (2004). Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. *Revista Produção*, 14, 45-57.
- Sznelwar, L., Uchida, S., & Lancman, S. (2011). A subjetividade no trabalho em questão. *Tempo Social: Revista de Sociologia da USP*, 11-30.
- Taylor, M. (1987). *The possibility of cooperation*.
- Vasconcelos, R., & Lacomblez, M. (2004). Entre a auto-análise do trabalho e o trabalho de auto-análise: desenvolvimentos para a psicologia do trabalho a partir da promoção da segurança e saúde no trabalho. *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 161-187.

- Velloso, M. P. (2004). *Criatividade e Resíduos Resultantes da Atividade Humana: da produção do lixo à nomeação do resto* (Doctoral dissertation, Escola Nacional de Saúde Pública), da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz – RJ.
- Viegas, M. F., Borré, L., & Grasel, V. F. (2016). Produção de saberes no trabalho de cuidado na enfermagem de um hospital do vale do rio pardo, RS. *Nucleus*, 13, 293-302.
- Wisner, A. Por dentro do trabalho: ergonomia, método & técnica. São Paulo: Oboré, 1987.
- Woods, V., Buckle, P. (2002). Recommendations for reducing musculoskeletal health problems among cleaners. In. XIV Trienal Congresso of the international ergonomics association, 44 (th) Annual Meeting of the human factors and ergonomics society, proceedings. San Diego.
- Yoshikai, L. M. O. (2009). *Análise psicossocial da trabalhadora doméstica através das representações sociais do trabalho* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Zarifian, P. (2003). *O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas*. São Paulo: SENAC/SP.
- Zuberi, D.M.; Ptashnick, M.B. (2011). The deleterious consequences of privatization and outsourcing for hospital support work. *Social Science & Medicine*, 72, 907-11.

ANEXOS

Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL

Prezado (a) colaborador (a),

Esta pesquisa é sobre Trabalho e Saúde dos funcionários de serviços gerais de limpeza hospitalar do Hospital Universitário Lauro Wanderley, e está sendo desenvolvida por Flávia Marcelly de Sousa Mendes da Silva, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (mestrado) da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Prof. Dr. Anísio José da Silva Araújo.

O objetivo do estudo é investigar a relação trabalho e saúde dos profissionais que fazem o serviço de limpeza hospitalar no Hospital Universitário Lauro Wanderley. Com a finalidade de contribuir para o conhecimento acerca dos efeitos que exercem as condições de trabalho sobre o trabalhador.

Cujos riscos envolvem aspectos subjetivos, considerando as reflexões que serão desenvolvidas pelos participantes a respeito de seu trabalho e sua saúde mental, podendo vir à tona questões particulares a cada sujeito e com implicações positivas ou negativas acerca do que estará sendo investigado.

Dentre os benefícios da pesquisa estão o conhecimento que será gerado a partir dos dados coletados, sendo importante tanto para a amostra escolhida tendo em vista a falta de pesquisas dentro dessa temática, incentivando o desenvolvimento de projetos que tragam melhores condições de trabalho para estes profissionais, novas possibilidades de treinamento, melhorias quanto a saúde e bem estar em geral, beneficiando não apenas os profissionais investigados, mas refletindo também na melhoria do serviço oferecido a população.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Solicitamos a sua colaboração para responder o questionário, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o senhor (a) não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora Flávia Marcelly de Sousa Mendes da Silva. Telefones: (89) 999814030. E-mail: flaviamarcelly.psi@hotmail.com.

Ou para o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley -Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 2º andar. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br
Campus I – Fone: 32167964

Atenciosamente,

Flávia Marcelly de Sousa Mendes da Silva

(Pesquisadora responsável)

Anexo 2 - Roteiros Para Coleta de Dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Questionário sócio-demográfico

A Cargo/função:

B. Tempo na função atual:

C: Horário de Trabalho (Jornada de trabalho):

D. Há quanto tempo trabalha no HU:

Nesse tempo, passou por quantas empresas (quais?)?

Possui outra atividade remunerada? Qual? Onde a exerce?

E. Escolaridade:

F. Estado civil:

G. Sexo:

H. Idade:

I. Composição familiar:

J. Renda pessoal:

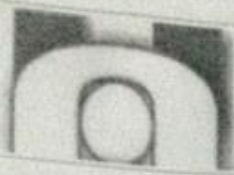
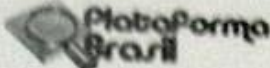
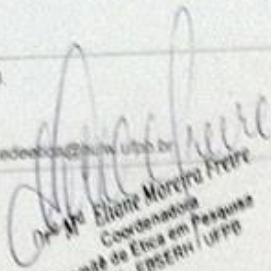
L. Renda familiar:

Entrevista semiestruturada:

1. Fale-me sobre sua história profissional até o trabalho atual
2. Fale-me sobre a sua formação profissional, inclusive em relação a atual função (cursos, treinamentos realizados, etc.)?
3. Gostaria que você me descrevesse da forma mais detalhada possível um dia normal de trabalho? (Desde a hora que se levanta para trabalhar, passando pelo tempo consumido no trajeto casa-trabalho (indicar o meio de transporte), hora de chegada no trabalho, forma de registro de ponto, atividades desempenhadas, pausas, passando pelo horário de almoço, o tempo de pausa, até o horário de saída).
4. E um dia intenso?
5. Que imprevistos acontecem geralmente em seu trabalho? Como você costuma lidar com eles?
6. O que você considera mais difícil em seu trabalho? E o que lhe faz sofrer?
7. O que que você mais gosta em seu trabalho?
8. Como você avalia a sua relação:
 - a. Com a hierarquia (chefia)?
 - b. Com os colegas de trabalho?
 - c. Com os funcionários do hospital?

9. São realizadas reuniões para discussão de assuntos relacionados ao trabalho? Como vocês avaliam essas reuniões?
10. Como você vê o seu trabalho para o funcionamento do hospital?
11. Você se sente reconhecido pelo seu trabalho? Por quem e como se manifesta esse reconhecimento? Caso a resposta seja negativa, como você se sente em relação a isso?
12. Quais os riscos (físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, psíquicos) que você identifica em seu trabalho e como procura se proteger deles?
13. Você já adoeceu e/ou se acidentou no seu trabalho atual (ou em trabalhos anteriores)? Como foi isso?
14. Você já presenciou algum acidente de trabalho na empresa? Conte como aconteceu e o que sentiu naquelas circunstâncias?
15. Precisou se afastar do trabalho? Quantas vezes? Por quanto tempo (em cada vez)?
16. Como sua família vê o seu trabalho? Em que medida ela ajuda e em que medida cria dificuldades à sua realização?
17. Em que medida seu trabalho incide na sua vida pessoal, familiar? /
18. Realiza outros tipos de trabalho remunerado além deste? Caso positivo, gostaria de permanecer em qual trabalho se pudesse escolher?
19. O que você costuma fazer no seu tempo livre?
20. Como você avalia seu trabalho no que tange a: (poderão ser usadas as seguintes categorias: Excelente, Bom, Regular, Ruim, Péssimo). Depois de categorizar, é necessário explicar as razões:
 - a. Local de trabalho: condições físicas e estéticas, layout, mobiliário, ventilação, iluminação, ruído,
 - b. Jornada de trabalho (trabalho diurno, noturno, em turnos)
 - c. Equipamentos, instrumentos de trabalho
 - d. Salário direto
 - e. Salário indireto (assistência médica, odontológica, auxílio alimentação, auxílio transporte)] algum tipo de benefício
 - f. Plano de carreira plano e ascensão profissional
 - g. Plano de formação e desenvolvimento profissional
 - h. Outros (citar)

Anexo 3 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

		HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY/UFPB																			
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP																					
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA																					
Título da Pesquisa: TRABALHO E SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS GERAIS DE LIMPEZA HOSPITALAR DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY																					
Pesquisador: Flávia Marcelly de Sousa Mendes da Silva																					
Área Temática:																					
Versão: 1																					
CAAE: 50155715.8.0000.5183																					
Instituição Proponente: Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB																					
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio																					
DADOS DO PARECER																					
Número do Parecer: 1.309.499																					
Apresentação do Projeto:																					
O presente trabalho de curso de pós graduação em psicologia a ser realizado com profissionais que fazem o serviço de limpeza hospitalar no Hospital Universitário Lauro Wanderley, com intuito de investigar a relação trabalho e saúde dos profissionais que fazem o serviço de limpeza hospitalar.																					
Objetivo da Pesquisa:																					
Objetivo Primário:																					
Investigar a relação trabalho e saúde dos profissionais que fazem o serviço de limpeza hospitalar no Hospital Universitário Lauro Wanderley																					
Objetivo Secundário:																					
Especificar o trabalho prescrito dos profissionais do serviço de limpeza hospitalar, confrontando-o com as atividades efetivamente desenvolvidas; Identificar as variabilidades mais recorrentes e os modos de gestão dessas variabilidades, procurando averiguar os seus efeitos ao nível da saúde e da produtividade no trabalho; Verificar como se apresentam a organização do trabalho e as condições de trabalho dos Profissionais que atuam no serviço de limpeza hospitalar; Identificar as fontes de sofrimento no trabalho e as estratégias defensivas mobilizadas para lidar com elas;																					
<table border="0"> <tr> <td colspan="2"> Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB. </td> <td colspan="2"> CEP: 58.059-900 </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Bairro: Cidade Universitária </td> <td colspan="2"> Município: JOAO PESSOA </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> UF: PB </td> <td colspan="2"> E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Telefone: (83)3216-7964 </td> <td colspan="2"> Fax: (83)3216-7522 </td> </tr> </table>						Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.		CEP: 58.059-900		Bairro: Cidade Universitária		Município: JOAO PESSOA		UF: PB		E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br		Telefone: (83)3216-7964		Fax: (83)3216-7522	
Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.		CEP: 58.059-900																			
Bairro: Cidade Universitária		Município: JOAO PESSOA																			
UF: PB		E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br																			
Telefone: (83)3216-7964		Fax: (83)3216-7522																			
				Página 01 de 04																	
Dr.ª Elvane Moreira Freire Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa UFPB - EBSERH/UFPB																					