

# Saúde mental de trabalhadoras do serviço de limpeza de um hospital universitário

Beatriz Brandão Assis Gonzales<sup>1\*</sup> e Maria Dalva de Barros Carvalho<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Divisão de Treinamento e Desenvolvimento, Pró-Reitoria de Recursos Humanos e Assuntos Comunitários, Universidade Estadual de Maringá, Av. Colombo, 5790, 87020-900, Maringá, Paraná, Brasil. <sup>2</sup>Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Av. Colombo, 5790, 87020-900, Maringá, Paraná, Brasil. \*Autor para correspondência.

**RESUMO.** Este trabalho teve como proposta analisar as percepções das trabalhadoras da zeladoria do Hospital Universitário de Maringá (HUM), com relação à sua vivência hospitalar, que permeiam a sua saúde física e mental. Tal interesse se deu pelo fato de entendermos ser este um assunto de suma importância para a preservação da saúde mental em todos os ambientes de trabalho e, especificamente, no âmbito hospitalar. A metodologia utilizada foi descritiva-exploratória. O instrumento de coleta de dados constou de um questionário baseado no modelo de Pitta (1990), que permitiu atingir os objetivos. Os resultados apontam para a necessidade de abordagens que envolvam os temas dor e morte, que possam vir a contribuir para uma boa condição de saúde mental para essas trabalhadoras.

**Palavras-chave:** saúde mental, zeladoria hospitalar, condições físicas e mentais.

**ABSTRACT. Mental health of cleaning staff of a university hospital.** This work aims to analyse the cleaning staff's perceptions of "Hospital Universitário de Maringá" (University Hospital from Maringá city) in relation to their experience at the hospital, involving their physical and mental health. This issue is considered to be extremely important to the mental health preservation of all working environment and specifically in the hospital scope. The methodology was descriptive exploitation and the data collection instrument was a questionnaire based on Pitta's model (1990). The results show that there is a necessity of approaches that involve the issues pain and death. This procedure can provide good mental health condition for these workers.

**Key words:** mental health, hospital cleaner, mental and physical conditions.

## Introdução

A saúde mental dos trabalhadores, assim como da população em geral, é, muitas vezes, colocada em segundo plano, tal a prioridade que se dá ao físico e ao material. De um modo geral, é mais fácil compreender e justificar uma dor física, uma fratura, uma infecção, do que uma ansiedade, uma angústia, que é, via de regra, indefinível e indescritível para o indivíduo que passa por essa experiência.

Hoje é universalmente aceita a relação estreita entre a mente e o corpo. De um modo geral, ser saudável, do ponto de vista emocional e psíquico, significa melhores possibilidades de ser saudável do ponto de vista orgânico. Desse modo, a saúde mental tem uma importância única, previne o sofrimento psíquico, muitas vezes insuportável, e colabora para manter a saúde física nos padrões desejáveis, permitindo uma simbiose que se traduz numa boa qualidade de vida.

O hospital é um lugar onde se podem constatar o avanço tecnológico e a sofisticação, como o resultado do progresso da sociedade. Todavia é também no hospital que se identifica a importância do trabalho do pessoal envolvido na dinâmica hospitalar. Essa importância abrange duas vertentes, ou seja, é o trabalho que vai determinar a qualidade e a eficiência da atenção e do tratamento e é ele que, no seu desenvolver, poderá ser o determinante do adoecer dos trabalhadores que aí atuam. Portanto o hospital, enquanto promotor de saúde, pode ser considerado também como desencadeador de riscos à saúde de seus trabalhadores.

Para Pitta (1990): "[...] a atividade de lidar com a dor, doença e morte tem sido identificada como insalubre, penosa e difícil para todos". Ainda segundo essa autora, há registros, na literatura científica, de problemas psíquicos e de suicídios de profissionais que atuam em hospital. Portanto um

entendimento e uma constante avaliação da saúde mental desses profissionais fazem-se necessários.

No ambiente hospitalar, há uma divisão entre os trabalhadores. De um lado, aqueles que cuidam diretamente do doente e, do outro, os que dão sustentação ao que os primeiros fazem. No segundo grupo, estão os trabalhadores administrativos e dos serviços de infra-estrutura. Esses trabalhadores não exercem sua atividade com o doente, mas trabalham no sentido de que o cuidar, que é dos outros, se faça do melhor modo possível (Ribeiro, 1993).

O trabalhador da limpeza hospitalar enquadra-se nesse segundo grupo. É bem verdade que não trabalha com ou sobre o paciente, mas não é menos verdade que sofre como os outros trabalhadores os reverses de vivenciar a rotina hospitalar com a dor e o sofrimento. Por ser menos qualificado, estar na base da pirâmide hierárquica, receber os menores salários, talvez seja o mais susceptível aos estresses do trabalho hospitalar. A escassa bibliografia sobre os efeitos do trabalho hospitalar nessa classe de funcionários revela que ainda há um vasto campo a ser estudado.

O ambiente hospitalar não só é mais propício à contaminação por microorganismos, tendo mais probabilidade de risco por contaminação, como também é um local tenso e complexo, dificultando, muitas vezes, a aproximação e o convívio das pessoas que nele atuam. A junção destes dois fatores transforma o hospital num campo fértil para o aparecimento e o desenvolvimento de patologias físicas e mentais, principalmente nos trabalhadores menos qualificados que nele atuam. Portanto, neste trabalho, colocamos em questão a preocupação com a saúde física e mental dos trabalhadores de hospitais, especificamente o trabalhador da limpeza hospitalar.

Nesse sentido, entende-se ser relevante saber como esses trabalhadores vivenciam as possibilidades de contraírem doenças, de lidarem com a morte, a dor e o sofrimento, enfim, de sofrerem física e psiquicamente em meio a tudo isso.

Vale pensar que, segundo Pitta (1992):

*[...] não nos parece eticamente defensável aguardar o surgimento de patologias mentais explícitas e evidenciáveis para assumir uma atitude de controle e prevenção em determinados aspectos do processo de trabalho hospitalar que possam agredir a vida psíquica dos seus trabalhadores.*

No intuito de conhecer para prevenir, este estudo pretendeu analisar as percepções dos trabalhadores da limpeza de um hospital universitário sobre seu ambiente de trabalho e as repercussões na sua condição física e mental. Teve, também, como objetivos específicos, caracterizar a

amostra nas seguintes variáveis: idade, estado civil, escolaridade, número de filhos, renda familiar; identificar as dificuldades do trabalhador no seu local de trabalho e levantar os aspectos relacionados à saúde física e mental da população estudada.

### Material e métodos

A metodologia utilizada neste estudo caracterizou-se em uma abordagem qualitativa como descritivo-exploratório.

Bunge (*apud* Pereira, 1999) coloca que a verdade, na natureza, tende a ser um infinito de conhecimentos acumulados, tanto em bases objetivas quanto subjetivas. Para ele, mesmo sendo essas abordagens válidas, não podem garantir a verdade completa.

Para Pereira (1999), a imaterialidade da qualidade pode dubiamente sugerir sua impossibilidade de ser medida. A esse respeito, citando Ovídio, lembra que *numerus* em latim não tem o sentido restrito de número em português, mas pode significar ritmo, métrica, estratégia de medida, de descrição. Deduz-se disso que, a cada evento, pode-se buscar mais de uma forma de enfoque a renunciar a uma delas, numa suposição de imaterialidade. Desse modo, a pesquisa qualitativa oferece novos ângulos, outros vieses de olhar e compreender um fenômeno, um fato.

Segundo Pereira (1999), o dado qualitativo nada mais é que a representação simbólica atribuída a manifestações de um evento qualitativo. É a estratégia de classificação de um fenômeno aparentemente imponderável que fixa premissas de natureza ontológica e semântica. Também instrumentaliza o reconhecimento do evento, a análise de seu comportamento e suas relações com outros eventos.

A pesquisa descritiva e exploratória permite ao estudioso ampliar seu conhecimento, explorando a vivência dos sujeitos a partir da descrição que esses sujeitos fazem dela.

O instrumento de coleta de dados, utilizado neste estudo foi construído tendo como base o modelo de Pitta (1990), o THS (Trabalho Hospitalar em Saúde).

Foram sujeitos desta pesquisa 19 zeladoras (50% dessa categoria de trabalhadores) do Hospital Universitário de Maringá (HUM) estado do Paraná, escolhidas de modo fortuito, ao acaso, evitando, desse modo, escolhas que pudessem direcionar os resultados.

Foram seguidos os protocolos devidos para uma pesquisa científica, como: garantia de sigilo, carta de

consentimento e aprovação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos.

Os dados foram coletados através de entrevistas, agendadas previamente, seguindo um roteiro estruturado e realizadas em sala do HUM, de modo individualizado.

Após compilação, os dados foram analisados, tendo como subsídios bibliografias que tratam sobre o assunto.

## Resultados e discussão

A totalidade dos funcionários do setor de limpeza do hospital é de mulheres.

As atividades que envolvem o cuidar, o prover, o assistir são atividades geralmente deixadas a cargo das mulheres. Prova disso é o reconhecido entender histórico de que a primeira enfermeira foi a mãe que cuidou e assistiu ao primeiro ser doente.

Pitta (1990) cita que o hospital é um espaço típico de profissionalização do trabalho doméstico. Salienta que a qualificação para as tarefas cotidianas, que no caso das funcionárias da limpeza é mais visível, não sendo adquirida por vias institucionais reconhecidas, servem de pano de fundo para a “subqualificação” desse tipo de trabalho.

Pitta (1990) também supõe “uma adequação, através de atividades reparadoras dos processos femininos de sublimação, estendendo para locais de trabalho pulsões habitualmente satisfeitas na esfera doméstica, qualificando e monitorizando impulsos primitivos femininos”. Essas atividades hospitalares, espaço típico da profissionalização do trabalho doméstico, tendem a estimular defesas socialmente consentidas e utilizadas numa estratégia de profissionalização e “emancipação” das mulheres. Pode-se considerar então, nesse sentido, que o trabalho de limpeza hospitalar acaba se transformando numa somatória de características que tornam essa trabalhadora mais susceptível aos agravos à saúde. A subqualificação para o exercício de sua atividade, a suposta “emancipação” feminina, os baixos salários colaboram para que sua saúde seja constantemente ameaçada e agredida.

“Profundas mudanças precisam ser realizadas na estrutura econômica e social, capazes de eliminar as desigualdades existentes e resgatar nosso país de sua condição de dependência” (Oliveira, 1999). E, segundo a autora, superando as desigualdades e discriminações diversas.

Para Oliveira (1999), “os impactos da divisão sexual do trabalho na saúde das trabalhadoras têm sido, marcadamente, no nível do sofrimento mental, comprometendo a qualidade de vida”.

Da amostra selecionada, 57,9% das mulheres estão numa faixa etária de 29 a 38 anos e 42,1% na faixa de 39 a 49 anos ou mais (Tabela 1). Observa-se, então, que, nesse tipo de trabalho, não há o ingresso de mulheres logo após completarem a maioridade, ou seja, entre 18 e 21 anos. As trabalhadoras deste estudo são mulheres mais maduras e com possíveis experiências no mercado de trabalho.

**Tabela 1.** Distribuição numérica e percentual das trabalhadoras de limpeza do HUM, segundo idade. Maringá, estado do Paraná, 1999.

Idade	Número	Porcentagem (%)
29-33	6	31,6
34-38	5	26,3
39-43	4	21,1
44-48	2	10,5
49 e mais	2	10,5
Total	19	100,0

A maior parte da amostra (57,9%) é casada. A mulher hoje colabora com grande parte do orçamento doméstico. Mesmo tendo a retaguarda do salário do companheiro, as exigências da vida moderna, da educação dos filhos, da manutenção de um padrão de vida mínimo reclamam um salário extra, que pode ser adquirido pelo trabalho da mulher. E, muitas vezes, esse salário vem, quando não complementar o salário do marido, ser o único pecúnio do casal.

As mulheres viúvas ou separadas representam 26,3% da amostra (Tabela 2). Pode-se supor que sejam o arrimo de família e que de seu salário dependam todos.

**Tabela 2.** Distribuição numérica e percentual das trabalhadoras de limpeza do HUM, segundo estado civil. Maringá, estado do Paraná, 1999.

Estado civil	Número	Porcentagem (%)
Casada	11	57,9
Solteira	3	15,8
Separada	4	21,1
Viúva	1	5,2
Total	19	100,0

De um modo geral, o trabalho, para essas mulheres, deve representar não só o sustento, mas também um modo de se sentirem úteis e produtivas.

Se as mulheres solteiras representam 15,8% dos sujeitos, acredita-se que dependam do salário, até mesmo para auxiliarem em casa.

Do ponto de vista emocional, parece ser um dado positivo o fato de a maioria das mulheres serem casadas ou terem um companheiro, pois estudos têm mostrado que o suicídio acomete mais solteiros, viúvos ou separados (Grossi, 2000). Esse dado pode justificar, de certa forma, a maneira de as

trabalhadoras da limpeza desse hospital lidarem com os problemas, não só físicos, mas também emocionais, do contato com a dor e o sofrimento no exercício de suas funções.

O maior percentual de renda familiar está na faixa de mais de 3 até 6,5 salários mínimos (Tabela 3). Considerando que essa renda engloba os rendimentos das mulheres estudadas, pode-se observar a importância de seus vencimentos para a manutenção do lar. Colaborando financeiramente com a família e assumindo a jornada doméstica de trabalho, a mulher se torna, assim, mais susceptível aos agravos à saúde, mais ainda quando sua jornada extra-lar é uma extensão do seu afazer cotidiano.

**Tabela 3.** Distribuição numérica e percentual das trabalhadoras de limpeza do HUM, segundo renda familiar. Maringá, estado do Paraná, 1999.

Renda familiar	Número	Percentagem (%)
De 1 a 3 salários mínimos	2	10,5
> 3 até 6,5 salários mínimos	10	52,6
> 6,5 salários mínimos	7	36,9
Total	19	100,0

Observando a Tabela 4, chamou-nos a atenção o percentual de 57,9% de mulheres que concluíram o ensino médio. Teoricamente, elas deveriam procurar outra profissão. A escolha pela zeladoria pode ter-se dado em função de algumas condições, como: terem concluído o ensino médio mais tarde, não tendo como concorrerem no mercado de trabalho; o serviço de zeladoria ocupar seis horas de trabalho e ser uma variante do trabalho doméstico; terem um emprego estável com garantias e oportunidade de se aposentarem com salário integral.

**Tabela 4.** Distribuição numérica e percentual das trabalhadoras de limpeza do HUM, segundo escolaridade. Maringá, estado do Paraná, 1999.

Escolaridade	Número	Percentagem (%)
Primeiro grau completo	3	15,8
Primeiro grau incompleto	3	15,8
Segundo grau completo	11	57,9
Segundo grau incompleto	2	10,5
Total	19	100,0

A Tabela 5 representa a realidade atual em relação à fecundidade. Segundo a súmula da Fundação Osvaldo Cruz (1996), no período de 1970 a 1991, a taxa de fecundidade total diminuiu de 5,6 filhos nascidos vivos por mãe, para 2,6, significando uma queda de mais de 50% (Peloso, 1999). Ela vem decrescendo muito nos últimos anos, provavelmente pela elevação do status da mulher no meio familiar, pelo uso de anticoncepcionais, principalmente a

pílula, e pela necessidade de proporcionar uma vida melhor e mais adequada aos filhos.

Desse modo, 63,1% das mulheres entrevistadas não têm filhos ou têm até dois filhos. Mesmo o percentual de 36,9% de mulheres com três ou quatro filhos é indicativo dessa tendência, já que esse número é considerado pequeno, se comparado a décadas anteriores.

A aparente opção pelo menor número de filhos, como mostra a tabela, tem propiciado às mulheres a inserção no mercado de trabalho, mesmo quando as exigências de qualificação são mínimas.

**Tabela 5.** Distribuição numérica e percentual das trabalhadoras de limpeza do HUM, Maringá, estado do Paraná, segundo número de filhos.

Quantidade de filhos	Número	Percentagem (%)
Sem filhos	2	10,5
De 1 a 2	10	52,6
De 3 a 4	7	36,9
Total	19	100,0

Para que se pudesse verificar a experiência das mulheres relacionadas ao trabalho de zeladoria hospitalar no ingresso das trabalhadoras, fizemos uma média relacionando o tempo total de trabalho (em geral) das servidoras, o tempo de trabalho como zeladoras e o tempo como zeladora em hospital e observamos que: o trabalho (em geral) girou em torno de 16 anos; o trabalho como zeladora, em torno de cinco anos; e o trabalho como zeladora em hospital, em torno de cinco anos. Vimos, também, que 11 delas têm tempo de trabalho igual como zeladora em hospital, o que perfaz um percentual de 57,9%. O que nos propiciou um entendimento de que, ao ingressarem na instituição, as zeladoras, muitas vezes, não têm conhecimento anterior em hospital, vindo a adquiri-lo após admissão.

Observa-se, também, que 89,6% das zeladoras têm somente o vínculo empregatício do hospital, fato que acreditamos ser benéfico para elas, visto que não há um desgaste maior, nem físico, nem psíquico.

Na pesquisa realizada com as servidoras da zeladoria do HUM, observa-se que a maioria das entrevistadas reside a uma distância média de 30 minutos do local do trabalho, o que, em virtude da proximidade do mesmo, não representa, a nosso ver, fator de desgaste significativo.

Sell (1995) considera, pensando em qualidade de vida no trabalho, não somente o tempo que o indivíduo está no seu ambiente de trabalho, como também o trajeto até o mesmo, pois, segundo ele, este também reflete efeitos na saúde do trabalhador. O autor também considera condições de trabalho:

posto de trabalho, ambiente de trabalho, meios de trabalho, tarefas, jornadas, organização, alimentação.

Na pesquisa, constatou-se, também, que as jornadas de trabalho não costumam estender-se, por problemas administrativos, portanto não gerando muitas horas-extras, somente em casos de necessidade comprovada. Esse fato supostamente propicia o descanso, conseqüentemente condições de trabalho mais saudáveis. Para Sell (1995), boas condições de trabalho significam, dentre outras coisas: “*regime de turnos de trabalho que comprometa ao mínimo a saúde do trabalhador, bem como o seu convívio familiar e social*”.

Outra consideração se faz necessária mencionar, ou seja, a questão da relação com a chefia, com os outros profissionais e entre os mesmos. Para Sell (1995):

*[...] o indivíduo carrega consigo os seus problemas e suas dificuldades relacionadas com o trabalho, como por exemplo, dificuldades de relacionamento com superiores, colegas subalternos; se estas relações são ruins, desequilíbrio psicoemocional pode ser a conseqüência.*

De acordo com os resultados da pesquisa realizada, a maioria das entrevistadas referiram não haver pressão da chefia, apenas em alguns casos, porém, “o necessário”. Assim, podemos acreditar que haja um comprometimento da equipe de trabalho, embora julgamos ser essa uma abordagem complexa, podendo não ser totalmente verdadeira, na medida em que, muitas vezes, as pessoas preferem não se expor, não revelando o verdadeiro sentimento, talvez por medo de um comprometimento maior, mesmo tendo sido garantido o sigilo na pesquisa.

Para Pitta (1990), uma pressão da chefia pode ser um elemento estressor, podendo contribuir para uma sobrecarga de trabalho, porém a sua ausência pode denotar abandono das equipes de trabalho, propiciando ansiedades, devido à falta de “suporte técnico e administrativo”. Pode-se avaliar também, nesse sentido, a posição de cada indivíduo com relação ao outro, como vê o outro, confirmando a dificuldade, já citada, na avaliação da relação com a chefia, como realmente ela se dá na prática, no dia-a-dia.

Verificou-se que existe a possibilidade de relações como líder e liderança, de mando e obediência, ou uma relação amistosa. E entendemos que, pela posição mínima que essas servidoras ocupam na hierarquia do hospital, sejam mais suscetíveis para acatar ordens, para serem submissas, e até para não perceberem uma sobrecarga.

Outro dado que pareceu ser de suma importância para essas trabalhadoras foi o

reconhecimento de outros profissionais pelas suas tarefas. Pôde-se sentir isso quando foram questionadas sobre o valor que os outros atribuem às suas tarefas. A maioria relatou, com demonstração de tristeza e de indignação, que não se sente valorizada, embora acredite ser o trabalho que executa de extrema importância para o bom desenvolvimento das tarefas de outros profissionais. Essa indignação aumenta à medida em que se vêem expostas a riscos que não foram alertados por outros profissionais. Essa situação não as atinge apenas fisicamente, mas emocional e psicologicamente, fazendo-as sentirem-se, muitas vezes, desvalorizadas como profissionais e como pessoas.

Percebe-se que, muito embora considerem-se importantes, não sentem a mesma consideração por parte de alguns colegas de outras categorias profissionais, e isso acaba interferindo na sua auto-estima.

Nessa perspectiva, pôde-se incluir o pensamento de Branden (1993), em relação à auto-estima:

*Assim como a aclamação dos outros não cria a nossa auto-estima, também não o fazem os conhecimentos, a competência, as posses materiais, o casamento, a paternidade, a dedicação à caridade, as conquistas sexuais ou as cirurgias plásticas. Essas coisas podem, às vezes, fazer com que nos sintamos melhor sobre nós mesmos temporariamente, ou mais confortáveis em situações particulares, mas conforto não é auto-estima.*

Em outras palavras, o sentimento do outro com relação a nós mesmos não deve ser representativo nem determinante para o cumprimento de nossas ações, devendo somente vir a acrescentar uma dose de ânimo e incentivo às mesmas. Portanto, como diz a autora, a auto-estima está dentro de nós mesmos. Ainda segundo Branden (1993), “Quanto maior a nossa auto-estima, maior a possibilidade de sermos criativos em nosso trabalho, ou seja, maior a probabilidade de obtermos sucesso”. E ainda, “de todos os julgamentos que fazemos, nenhum é tão importante quanto o que fazemos de nós mesmos” (Branden, 1993).

Sem dúvida, a auto-estima não é exclusivamente dependente do julgamento do outro, mas esse julgamento pode refletir negativa ou positivamente na mesma. Do ponto de vista profissional, mais do que do pessoal, a valorização externa é muito importante. Ser reconhecido como “profissional”, como alguém que desenvolve um trabalho digno, importante para a equipe, vai, sem dúvida, contribuir para uma motivação maior e uma melhor qualidade de vida. Assim, valorizar-se e ser valorizado é um encadeamento positivo para o trabalho, contribui

com a auto-estima e vai ajudar a manter um equilíbrio psicoemocional.

Em relação aos riscos com contaminação, observamos que a maioria das zeladoras referiu sentir medo, talvez por haver acontecido um fato recente com uma colega de trabalho, a qual se perfurou com agulha. A maioria, portanto, demonstrou um certo medo pela contaminação com os objetos, embora algumas tenham mencionado saber os cuidados.

O hospital é um espaço de risco tanto para o paciente quanto para o trabalhador, fato esse de constantes preocupações e treinamentos. O trabalhador da área hospitalar deve estar sempre atento às normas, visando a um cuidado constante, porém com tranquilidade, para que não interfira negativamente na sua condição física e psíquica. Deve aceitar o risco, identificando-o para saber ou conseguir viver com ele.

O trabalho de limpeza hospitalar é visto como um dos mais desgastantes em relação às demais atividades do hospital, considerando que há baixa remuneração, baixa condição socioeconômica, serviços repetitivos e alta rotatividade. Também a repetitividade das tarefas expõe esse trabalhador a condições estressantes e à fadiga. E, segundo Pitta (1992):

*[...] a organização do trabalho atua na gênese do sofrimento psíquico através de alguns elementos facilmente identificáveis, quais sejam: as jornadas prolongadas, os ritmos acelerados de produção, a pressão claramente repressora e autoritária instalada numa hierarquia rígida e vertical, a inexistência ou exigüidade de pausas para descanso ao longo das jornadas, o não controle do trabalhador sobre a execução do trabalho, a alienação do trabalho e do trabalhador, a fragmentação das tarefas e a desqualificação do trabalho realizado e, por conseguinte, de quem o realiza. Tudo isso como fontes de insatisfação e conseqüentemente agressão à vida psíquica do trabalhador vinculadas à organização do trabalho.*

Quando se analisaram questões relacionadas ao envolvimento funcionário-paciente-doença, observamos que quase a maioria se envolve emocionalmente com o paciente, na medida em que, assim como outros profissionais de saúde, as zeladoras lidam todos os dias com a dor e a morte no hospital. Elas conversam com os pacientes, nem que seja cordialmente e sensibilizam-se com a sua dor. Isso é inerente ao ser humano, mostrando a sua sensibilidade.

O fato de as funcionárias sentirem-se sensibilizadas com o sofrimento dos pacientes justifica-se, pois há convivência diária entre ambos e os demais profissionais da saúde, o que propicia um tipo de relação. Sentiu-se, nas entrevistas, um envolvimento que transpõe as dependências do

hospital, na medida em que as servidoras, em grande percentual, referiram conversar a respeito do sofrimento que vêem, não só com as colegas de trabalho, mas também com familiares. Acredita-se que tal fato possa vir a comprometer a saúde mental dessas trabalhadoras, por levarem para o descanso do lar os problemas do trabalho, podendo, às vezes, até virem a somatizar as doenças que vivenciam.

Somatização, para Dejours (1991), significa um “[...] processo pelo qual um conflito que não consegue encontrar uma resolução mental desencadeia, no corpo, desordens endócrino-metabólicas, ponto de partida de uma doença somática”.

Acredita-se, portanto, que o hospital, para muitas delas, é um trabalho totalmente diferenciado das atividades que desenvolviam anteriormente; para tanto, vimos a necessidade de um entendimento maior das questões como “dor e morte” que vivenciam, às vezes, sem suporte para tal.

Reitera-se a importância da ênfase, com relação à morte e à dor vivenciadas no hospital, nos treinamentos para as funcionárias da zeladoria, visto que esses temas são difíceis de serem elaborados pelo indivíduo.

Pitta (1990) observou, em sua pesquisa, que:

*Embora as áreas que trabalhem diretamente com pacientes apresentem prevalências discretamente maiores para sintomas psicoemocionais a situação se inverte, e quem trabalha em atividades de apoio parece adoecer mais.*

Talvez tal incidência se dê devido a fatores como: menor escolaridade e menor preparo emocional para vivenciar a dor e a morte, refletindo numa dificuldade maior para compreender a problemática da dinâmica do viver, do adoecer e do morrer. Entretanto, esse adoecer emocional não é, muitas vezes, percebido por esses funcionários de apoio. É sentido e relatado como um problema a mais a ser enfrentado, uma situação difícil e delicada. Não percebem, não se conscientizam que ele pode ser o que desencadeia um processo de desordens emocionais e físicas, prejudicando seu trabalho e sua qualidade de vida.

O trabalho de Pitta (1990) confirma a necessidade que os funcionários têm de apoio, de acompanhamento e de suporte no sentido de aprenderem a lidar com os questionamentos já mencionados, dor e morte, pois percebemos a carência de um momento, no trabalho, para troca de experiências e ajudas profissionais para um melhor entendimento desse processo, de vida e morte, que são vivenciados todos os dias. Para tanto, acredita-se que treinamentos visando a esses aspectos devam ser viabilizados, no sentido de ajudar a preservar a

integridade psíquica dessas trabalhadoras; visto que, segundo informações recebidas (coletadas nos questionários aplicados), são feitos treinamentos anuais sobre limpeza hospitalar, mas não nos foi colocado que haja um trabalho nesse sentido.

Quanto à saúde atual das servidoras, segundo relatos das mesmas, não há grande incidência de problemas físicos, nem mentais.

Sabe-se que o sofrimento psíquico pode, em alguns casos, não ser demonstrado claramente, somente sentido, e isso se for observado, com muito cuidado, por um profissional. Entretanto, o fato de conviverem com a dor, o sofrimento e a morte tem interferido significativamente em suas condições de saúde. Sentem-se sensibilizadas com a situação dos pacientes e não têm encontrado suporte que as ajude a trabalhar essas questões, preservando sua saúde.

Viu-se, também, que as doenças físicas, quando referidas (como hipertireoidismo, alergia, asma, hepatite, artrose, bursite, hipertensão), na maioria, fazem parte do contexto da atividade profissional que vivenciam, bem como do tipo de tratamento a que, algumas vezes, se submetem, ou seja, o fisioterápico. E ainda, sobre o uso de medicamentos, não houve referência significativa; segundo elas, o uso apenas, se dá esporadicamente (medicamentos para bronquite, asma, anticoncepcional, medicamentos para hipertensão).

Conclui-se que uma das características dos trabalhadores hospitalares é a predominância do sexo feminino. No caso da limpeza hospitalar, objeto deste estudo, a presença feminina é dominante.

O hospital como campo de trabalho é considerado um espaço de profissionalização do trabalho doméstico. Se isso é aceito para os que cuidam do enfermo, que têm pelo menos uma pequena instrução formal, no caso das trabalhadoras da limpeza hospitalar estudadas é a mais translúcida verdade. A única exigência profissional é a de zeladoria, ou seja, a experiência em algo que é a própria experiência feminina.

Essa situação e a condição feminina na sociedade se somam e podem transformar-se num grande risco de agravo à saúde dessas trabalhadoras. Submetem-se a um trabalho não qualificado, mal remunerado e ainda dispendem uma parte de seu dia aos afazeres propriamente doméstico.

Para Scott, *apud* Oliveira (1997):

*[...] a relação entre o trabalho e o sofrimento psicofísico sugere que as mulheres podem experimentar uma receptividade especial ao sofrimento mental que compromete imensamente a saúde, pela responsabilidade familiar, pelo assédio sexual no mundo do trabalho e pela insegurança no trabalho decorrente da dupla ou extensiva jornada de trabalho, em casa e fora da casa.*

## Conclusão

A idade das mulheres trabalhadoras na limpeza hospitalar do HUM variou de 29 a mais de 49 anos, ficando a maioria na faixa de 29 a 38 anos (57,9%). Na sua maioria, as mulheres são casadas, com filhos e têm uma renda familiar de 3 até mais de 6,5 salários mínimos.

Esses números revelam pontos positivos e negativos. O fato de serem casadas e relativamente jovens sugere dupla jornada de trabalho e preocupação com filhos pequenos ou pré-adolescentes. Entretanto, a renda familiar favorece uma vida não tão desgastante no aspecto financeiro. Acredita-se que isso vem justificar os resultados deste trabalho, atrelado ao fato de morarem perto do hospital, não trabalharem em turno alternados e não fazerem horas-extras.

Em relação à escolaridade, chamou atenção o grande número de mulheres que tinham o segundo grau completo. Considerações já foram feitas quanto a essa situação. Entretanto, entendemos importante salientar a possibilidade de que essa maior escolaridade possa se transformar numa dificuldade a mais para o exercício de uma atividade não profissionalizada, a inadequação entre a formação e o trabalho, que pode contribuir para a insatisfação e o desânimo, atingindo a saúde física e mental das trabalhadoras.

Em relação ao trabalho no hospital, as zeladoras referiram não se sentirem pressionadas pela chefia. Pitta (1990) coloca que a pressão da chefia ou a falta dela é um elemento estressor. A posição das trabalhadoras nessa questão foi ambígua, permitindo concluir que a posição que assumem na hierarquia hospitalar as habilita a aceitarem ordens, conformando-se com a posição da chefia. Nunca haver atritos ou discordância com a chefia, pareceu-nos condição utópica.

Um dado importante, neste trabalho, foi o reconhecimento pelas zeladoras da pouca valorização de outros profissionais pelo seu trabalho. Revelam indignação pelo modo como não são reconhecidas pelos outros profissionais, mesmo acreditando na importância do seu trabalho.

Sentem-se desvalorizadas principalmente pelo fato de não se sentirem parte de uma equipe, por passarem despercebidas.

Sentir-se valorizada e o reconhecimento dos que lhe são superiores são condições básicas para um bom desempenho profissional e uma melhor qualidade de vida.

Vivenciar a dor e o sofrimento hospitalar não é privilégio daqueles que trabalham diretamente com o doente. Entre as zeladoras, esse problema se

evidenciou de modo muito claro. A maioria delas se envolve com os pacientes e com seus familiares na dor e no sofrimento. Relatam sofrimento intenso e uma grande dificuldade de falar sobre o assunto.

Entende-se necessário um trabalho com essas servidoras, no sentido de proporcionar-lhes um espaço para discussão e reflexão sobre a morte, a dor e o sofrimento, para que possam ter a oportunidade de falar sobre esses assuntos, colocar seus medos, ansiedades, assim favorecendo um auto-conhecimento e contribuindo para a sua saúde física e mental.

Entender a morte e a dor fora do espaço público permite uma atitude autêntica para com a vida, uma atitude mental saudável.

A literatura sobre o trabalho de zeladoria hospitalar é escassa (conforme referências bibliográficas). Via de regra refere-se ao trabalho hospitalar menos qualificado, não o especificando. Nessa literatura, é comum a referência sobre a repetitividade, a monotonia, o serviço desgastante, a baixa condição econômica, a baixa escolaridade entre os trabalhadores.

Neste trabalho, as referências acima não apareceram tão acentuadas, pelo menos não tão referidas. Porém, em relação à saúde mental, sabemos que o processo de sofrimento é lento e cumulativo ao longo do tempo; de acordo com Laurell e Serrano, *apud* Santos (1992), “o estresse e a fadiga não matam a curto prazo, mas minam o organismo. Por isso dizemos que a história da doença é social e não natural”.

Pôde-se perceber nas entrelinhas dos relatos a possibilidade de aparecimento de sofrimento psíquico, até mesmo já instalado, devido, por exemplo, a algumas questões como o entendimento e o vivenciar da dor e da morte no hospital.

Na organização do trabalho hospitalar, com sua rígida hierarquia, o setor de limpeza, por suas características, é compreendido no sentido prático, do trabalho em si, e não da dinâmica total, ou seja, do trabalho com outros profissionais, com o paciente, com a morte, a dor e o sofrimento. Desse modo, essa classe de trabalhadores não é alvo de cuidados e preocupação em relação ao sofrimento psíquico vivido no hospital.

Assim, entende-se que seja importante um serviço multiprofissional para trabalhar com as funcionárias da limpeza do HUM, no sentido de propor ações que possam vir a minimizar o sofrimento que é inerente à rotina hospitalar, para que possam ser capazes de vivenciar esse drama, sem somatizar, procurando manter sua saúde física e mental.

## Referências

- ALBARNOZ, S. *O que é trabalho*. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- BARBOSA, A. *Hospitais: fontes de saúde ou de riscos?* *Revista de Saúde do Distrito Federal*, Distrito Federal, DF, v. 1 e 2, n. 6., p. 32-36, 1995.
- BARROS NETO, T. P. *Estresse: uma inevitável conseqüência da vida moderna*. *Nova News*, v. 2, p. 1-2, 1999.
- BRANDEN, N. *Auto-estima*. São Paulo: Saraiva, 1993.
- COUTINHO, M. C. *Trabalho e construção de identidades*. In: SEMINÁRIO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA DA UEM, 4, Jornada de Saúde Mental do DPI, Maringá, *Anais...* Maringá: [s.d.], 1999.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho*. São Paulo: Cortez, 1991.
- GROSSI, R. *Estudo da mortalidade e o suicídio no município de Maringá-PR*. 2000. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2000.
- LIMA, E. D. R. P.; CARVALHO, D. V. *Estresse ocupacional*. *Revista. Nursing*, São Paulo, v. 22, p. 30-34, 2000.
- LIPP, M. E. N. (Org.). *Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco*. Campinas: Papyrus, 1996.
- MAURO, M. Y. C. *Fadiga e o trabalho docente de enfermagem*. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1977.
- OLIVEIRA, E. M. de. *Gênero, saúde e trabalho: um olhar transversal*. In: OLIVEIRA, E. M.; SCAVONE, L. *Gênero, saúde e trabalho: na era da globalização*. São Paulo: AB, 1997.
- OLIVEIRA, E. M. de. *A mulher, a sexualidade e o trabalho*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- PELLOSO, S. M. *Mortalidade materna: o que os números não revelam*. 1999. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- PEREIRA, J. C. R. *Análise de dados qualitativos*. São Paulo: Edusp, 1999.
- PITTA, A. *Hospital dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- PITTA, A. *Saúde mental e trabalho: a saúde de quem trabalha em saúde*. *J. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 41, p. 43-49, 1992.
- RIBEIRO, H. P. *O hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez, 1993.
- SANTOS, R. V. O processo histórico-social do trabalho e sua repercussão sobre a saúde. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 36, p. 51-57, 1992.
- SELYE, H. *The stress syndrome*. A. J., v. 3, p. 69, v. 97-99, 1965.
- SELL, E. 1995. Qualidade de vida e condições de trabalho. In: Vieira, S. I. *Medicina básica do trabalho*.(4) Curitiba: Gênese, 1995.
- SPINDOLA, T. *et al.* O estresse na UTI. *Âmbito Hospitalar*. São Paulo, v. 5, p. 2-41, 1994.

Received on November 19, 2002.

Accepted on March 12, 2003.