

## O cuidado em saúde: A experiência dos trabalhadores de limpeza na unidade de oncologia pediátrica

---

**Health care: experience of cleaning workers in the pediatric oncology unit**

**Atención de la salud: La experiencia de los trabajadores de limpieza en la unidad de oncología pediátrica**

**Maria Juliana Vieira Lima\***

Hospital Infantil Albert Sabin - HIAS, Fortaleza, Ceará, Brasil

**Cinthia Mendonça Cavalcante\*\***

Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza, Ceará, Brasil

### **RESUMO**

O objetivo deste estudo é compreender a experiência de cuidado do trabalhador de limpeza no contato com usuários de um centro de tratamento do câncer infantil. Foi realizada pesquisa qualitativa, da qual participaram seis trabalhadores do serviço de limpeza. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, as quais foram pautadas na hermenêutica fenomenológica para método de análise das falas. Percebeu-se estabelecimento de vínculo entre os usuários e os trabalhadores de limpeza através de trocas afetivas significativas. Ademais, ao vincularem e ofertarem cuidado, os profissionais de limpeza tornavam-se figuras importantes no tratamento dos usuários, atuando como suporte para reestruturação do self nos momentos de crise e vulnerabilidade. Os trabalhadores, a partir do seu cuidado, sofrem quando uma criança falece ou piora, não havendo, entretanto, espaço para vivenciar esse sofrimento. A contribuição deste estudo aponta para a necessidade de perceber as relações existentes entre os profissionais de limpeza e os usuários, pautando-se nesse vínculo construído para o cuidado integral aos usuários.

**Palavras-chave:** trabalhadores, serviço de limpeza, vínculo, cuidado.

### **ABSTRACT**

The main objective of this study is to understand the experience of worker on cleaning and hygiene against the contact with the users of a cancer treatment center. The research methodology by the use of semi-structured with participants of the research interviews and meetings with the heads of employees and managers. Participants were six workers in the cleaning service. The discourse analysis from the interviews based on the phenomenological hermeneutics. It is noticed that there is an establishment of a strong link between these actors, through significant emotional exchanges, making such professionals as members of the care team. The bond generates feelings of satisfaction and self-realization, but also pain and suffering resulting from deaths and worsening health status of patients. The

workers, from your care, suffer when a child dies or gets worse, and there is, however, room to experience this suffering. The contribution of this study points to the need to understand the relationships between professionals of cleaning and users.

**Keywords:** workers, cleaning service, attachment, care.

## **RESUMEN**

El objetivo de este estudio es comprender la experiencia de la atención del trabajador de limpieza en contacto con los usuarios de un centro de tratamiento de cáncer infantil. Se realizó un estudio cualitativo, de los cuales seis trabajadores del servicio de limpieza. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y se basó en el método fenomenológico hermenéutico. Se observó que se establece una relación entre los usuarios y los trabajadores a través de intercambios emocionales. Profesionales de la limpieza que ejerce actos terapéuticos y se convirtió en figuras importantes en el tratamiento de los usuarios, actuando como apoyo y asistencia en tiempos de vulnerabilidad. Los trabajadores, por su cuidado, sufren cuando un niño muere o se pone peor, y no es, sin embargo, espacio para experimentar este sufrimiento. Este estudio apunta a la necesidad de entender la relación entre los profesionales de la limpieza y de los usuarios, y se basan en ese enlace, construido para la atención integral a los usuarios.

**Palabras clave:** trabajadores de limpieza, vinculación, atención.

## **1 Introdução**

O desenvolvimento desta pesquisa foi instigado pela necessidade de conhecer como o trabalhador de limpeza vivencia seu contato com os usuários de um centro de tratamento do câncer pediátrico. A proposta surgiu a partir da experiência prática da pesquisadora em um centro de tratamento do câncer pediátrico, ao perceber a existência de trocas afetivas, identificação sociocultural e conflitos entre a equipe de limpeza e os usuários do serviço.

A escolha do público alvo deu-se pelo fato de que esses trabalhadores atuam em um campo muito complexo de cuidados e, ao mesmo tempo, não estão munidos de uma preparação técnica e teórica para lidarem com tal complexidade. Como afirma Sznelwar, Lancman, Alvarinho e Santos (2004) o aspecto fundamental e a característica básica do trabalho em um hospital é o cuidado, este sendo concebido como o encontro entre a pessoa que sofre e aquele que é encarregado de proporcioná-lo conforto físico e psíquico, e mesmo aqueles não envolvidos diretamente com o cuidado técnico e profissional, lidam com o sofrimento, a doença e a morte.

O câncer infantil se mostra carregado de estigmas e medos. A revelação do diagnóstico de câncer na criança é considerada uma catástrofe, sendo fator de ruptura e intensa desestruturação psicológica, pois o câncer ocupa um espaço de temor e de enfermidade cruel e devastadora (Marques, 2004). A partir do diagnóstico de câncer, a família e a criança passam por um momento

de enfrentamento, no qual eles têm que se adaptar à nova condição e elaborar os significados de tal processo. O diagnóstico de câncer (apagar, muitas palavras câncer no mesmo parágrafo) não afeta, contudo, apenas os familiares e pacientes; e toda equipe de cuidados mobiliza-se diante do sofrimento decorrente das vivências relacionadas à doença.

Segundo Merhy e Franco (2007), é crucial que se analisem os processos produtivos que permeiam uma organização de saúde para que se possa compreender o modo como o cuidado em saúde é produzido. A produção de cuidado é perpassada pela relação dos trabalhadores consigo mesmos, com os usuários e com os processos organizacionais, tendo em vista que “o trabalho não é uma categoria isolada do contexto produtivo e relacional” (p.06).

Uma organização de saúde movimenta-se para além de suas regras e leis de funcionamento, pois os sujeitos produzem sentidos para suas ações em seu trabalho cotidiano, fazendo do processo de produção de cuidado algo dinâmico e que é atravessado por muitos interesses. O trabalho em saúde é, portanto, trabalho vivo que se faz no ato, é um processo que se realiza enquanto é produzido (enquanto estar sendo) e que vai além dos limites instituídos pelo organograma da instituição; constitui-se como o espaço onde os “ruídos” da instituição são ouvidos e as funções laborais determinadas ganham conotações subjetivas que subvertem normas e assertivas institucionais (Merhy, 1997).

O trabalho vivo é fonte de tecnologias que reinventam o que é cristalizado e que abrem a possibilidade para a ocupação de outros lugares, “provocando permanentemente novas instituições” (Merhy, 1997, p.110). Aqui, fala-se de outra clínica; que é feita em ato, nas ações de saúde. Esta se abre para novos processos emancipatórios que consideram a singularidade e são centradas na incorporação e produção de tecnologias leves<sup>1</sup>.

A dimensão de cuidador está incluída nas tecnologias leves e é exercida por todos os profissionais de saúde, “seja médico, enfermeiro ou um vigilante da porta de um estabelecimento de saúde” (Merhy, 2002, p. 123). O cuidado é condição básica da atuação em saúde e qualquer ação profissional, independente do saber específico e do problema a ser trabalhado, é marcada pela dimensão cuidadora.

Merhy (1997) defende que há, no trabalho vivo em ato, componentes vitais das tecnologias leves que se configuram pelas práticas de acolhimento, vinculação, resolutividade e autonomização, dentre outras. Essas práticas, portanto, compõem as categorias basilares no cuidado em saúde, podendo ser exercidas por qualquer profissional que atue na área. Mesmo quem não atua na assistência direta, pelo domínio que tem de certa competência específica, pode ser considerado um cuidador de certos usuários, passando a responder

pela produção do projeto terapêutico do sujeito, o tendo como centro das ações e operando como gestor do cuidado (Merhy, 2002, p.133). Não haveria, portanto, escala de importância entre os produtores de cuidado e seus atos. Merhy (2002) considera o núcleo cuidador como uma esfera mais abrangente de atuação que engloba a atuação profissional especializada e a atuação direcionada a um problema específico. Independente da especialidade e do problema:

haverá sempre um outro núcleo operando a produção dos atos de saúde, que é o cuidador, no qual atuam os processos relacionais do campo das tecnologias leves e que pertence a todos os trabalhadores em suas relações intercessoras com os usuários (p. 124-125).

O núcleo cuidador, sendo o prioritário, favorece a diminuição das relações de dominação entre os profissionais e abre portas para que haja cooperação entre os diferentes saberes e partilhamento das responsabilidades no cuidado.

No desenvolvimento dessa pesquisa foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o tema, a exemplo das obras de: Silva, Haddad, Domansky e Vituri, (2010); Nascimento (2010); Martarello e Benatti (2009); Silva (2007); Lima, Jorge e Moreira (2006); Sznelwar, Lancman, Alvarinho e Santos (2004); Chillida e Cocco (2004); Gonzalez e Carvalho (2003), a fim de justificar a relevância da proposta.

Na literatura PSI pesquisada, verificamos que os estudos pautam-se em dados estatísticos sobre o perfil dos trabalhadores de limpeza dos hospitais, bem como em investigações sobre os principais problemas físicos gerados pelas atividades desenvolvidas, focando em discussões e estratégias sobre a saúde do trabalhador. Não foram encontrados estudos significativos que contemplassem a experiência do trabalhador de limpeza em relação ao contato com os usuários, bem como não foram identificadas publicações relacionadas à experiência desses trabalhadores no contato com crianças com câncer.

Para tanto, essa pesquisa visa a investigar como se dá a experiência do trabalhador da equipe de limpeza diante do contato com os usuários de um centro de tratamento do câncer infantil, suscitando discussões acerca do cuidado em saúde e da forma como ele é produzido.

## **2 Metodologia**

A pesquisa é de natureza qualitativa fundamentada na hermenêutica-fenomenológica de Ricoeur (2002), pois objetiva compreender a

experiência do trabalhador de saúde diante do contato com os usuários de um centro de tratamento oncológico. O ponto central da abordagem hermenêutica é a compreensão dos significados explícitos e implícitos do texto atribuídos a partir da experiência subjetiva de cada indivíduo pesquisado no contexto histórico no qual está inserido. A pesquisa fenomenológica pretende dar conta daquilo que se mostra e construir uma compreensão sobre determinado fenômeno; para tanto, o relato do sujeito é tomado pelo que ele é. A partir da hermenêutica fenomenológica, a interpretação requer um constante movimento de retorno às coisas mesmas e tentativa de suspensão de pressupostos que possam ferir o fenômeno; o pesquisador deve, então, entrar em contato com o fenômeno no que ele tem de mais singular e único.

Ekman (2000, p. 130) aponta que a “interpretação é vista como um processo que envolve várias etapas: demarcação das entrevistas como textos, leitura superficial, análise estrutural e compreensão profunda do texto” [tradução do autor]. Essas fases se complementam em um círculo hermenêutico entre as partes e o todo do texto e constituem um aprofundamento gradual e contínuo dos significados trazidos nas estruturas textuais. Após a leitura superficial e geral do texto,

o pesquisador categoriza o material encontrado em unidades de significado, que, quando demonstram um padrão de similaridade, são unidas em subtemas; esses subtemas dão origem aos temas que serão analisados na pesquisa” [tradução do autor] (Ekman, 2000, p.131).

O local da pesquisa foi o Centro Pediátrico do Câncer (CPC), localizado em Fortaleza-CE; no qual a pesquisadora atuava e onde se daparou com a temática em questão. Este é uma unidade de tratamento do câncer infanto-juvenil vinculada ao Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) e à Associação Peter Pan (APP), sendo referência para o Estado e para Região Nordeste. Compuseram a pesquisa os trabalhadores que atuavam, há o mínimo seis meses, no serviço de limpeza do CPC. A amostra foi composta por 6 trabalhadores de ambos os sexos e sem distinções de idade, em um total de 24 profissionais da limpeza, entre diaristas, plantonistas e cargos de gestão.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HIAS, sob número 710.128, foram realizadas reuniões com os gestores no intento de apresentar a proposta da pesquisa e solicitar a participação dos funcionários; posteriormente foi feito convite aos mesmos e agendado o dia da entrevista. Estas foram realizadas individualmente, em local protegido e sigiloso, sendo guiadas pelo instrumento semi-estruturado produzido pela pesquisadora, com

perguntas que visavam a acessar a experiência dos trabalhadores: Como você se sente trabalhando em um hospital que cuida de crianças e adolescentes com câncer? Como é cuidar de crianças e adolescentes com câncer? Como você lida com o sofrimento vivido pelos pacientes e familiares que frequentam o hospital? Quais as formas de autocuidado que você pratica?

A pesquisa foi realizada de modo a garantir o sigilo quanto à identificação dos sujeitos, assim como a sua aquiescência em participar do estudo, obtida por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os profissionais entrevistados foram nomeados de S1, S2, S3, S4, S5 e S6.

- a) S1: sexo feminino, 45 anos, ensino fundamental incompleto, 11 anos de atuação no serviço, setor do Hospital-Dia, casada, um filho;
- b) S2: sexo feminino, 35 anos, ensino fundamental incompleto, 3 anos de atuação no serviço, setor do térreo, casada, cinco filhos;
- c) S3: sexo masculino, 31 anos, ensino fundamental incompleto, 1 ano e 5 meses de atuação no serviço, setor do centro cirúrgico, solteiro, um filho;
- d) S4: sexo masculino, 47 anos, ensino médio completo, 5 anos de atuação no serviço, setor do térreo, casado, cinco filhos;
- e) S5: sexo feminino, 40 anos, ensino fundamental incompleto, 5 anos de atuação no serviço, setor da quimioterapia sequencial, divorciada, uma filha;
- f) S6: sexo feminino, 61 anos, ensino fundamental incompleto, 3 anos de atuação no serviço, setor da enfermaria, viúva, sete filhos.

### **3 Resultados e discussão**

A partir da análise das entrevistas, encontramos unidades de sentido que condensaram significados originários das experiências dos trabalhadores diante dos serviços efetivados. Discutiremos essas unidades, utilizando-se das falas dos sujeitos e do arcabouço teórico escolhido para a análise.

#### **3.1 Cuidado e formação de vínculos**

##### **“A gente se apega muito com as crianças” - Afetividade e vínculo na relação entre crianças com câncer e trabalhadores de limpeza**

O cuidar de crianças com câncer levam os trabalhadores não somente a se afeiçoar a essas, mas a estabelecer um vínculo maternal/paternal de cuidado e proteção. Compartilham dos progressos do tratamento e vibram com as melhoras, sentindo que o

cuidado que dedicam a elas tem interferência direta na melhora clínica.

A gente se apega muito com as crianças, a gente se apega, sente amor, carinho, aí aqui é a segunda casa da gente [sic]. (S2)

A gente trata com carinho, com amor, é como se fosse um filho pra gente [...] A gente sente assim que tem que ajudar né? O que a gente pode ajudar, conversa com as mães também [...] Eu gosto de estar perto deles, eu me sinto melhor estando perto deles [sic]. (S3)

Eu gosto de fazer as coisas por eles, é bom, tem às vezes que a gente também se emociona quando vê eles assim (bem), tem o menino aqui, o (nome de um paciente), a mãe dele chorava muito e eu dizia pra ela que ele ia sair, e ele saiu. Aí a gente sente bom por causa disso. Quando ela vem, ela sempre procura a gente pra falar com a gente, eu gosto [sic]. (S3)

Nas falas, percebe-se o quanto os profissionais se vinculam aos usuários e são figuras de apoio e afeto para eles. Entende-se que há, no trabalho em saúde, especificidades do cuidado que se fazem no ato e que estão para além das normas institucionalizadas. Dessa forma, mesmo trabalhadores que atuam nos serviços de limpeza atuam no cuidado, pois se relacionam com os usuários através das tecnologias leves: formação de vínculos, atos de acolhimento, tentativa de resolutividade dos processos deles e auxílio na autonomização dos mesmos (Merhy, 1997).

Para Campos (2005), o vínculo é estabelecido quando há o encontro entre aquele que está demandando ajuda e aquele que está disponível para ofertá-la. Há, portanto, a necessidade de um e a disponibilidade do outro. As crianças com câncer e seus acompanhantes se mostram como necessitadas de cuidado e os trabalhadores de limpeza disponibilizam e ofertam esse cuidado, mesmo que não habilitados teórico e tecnicamente para tal.

Ao iniciar o estabelecimento do vínculo, o profissional de limpeza percebe que nessa relação há afeto e comprometimento: Eu gosto, me identifico com elas, gosto de conversar com as crianças, com as mães. [...] É bom por que você sabe que eles são amados por mãe, pai, avó, até por mim que sou da limpeza [sic]. (S6)

Para Cavalcante (2006), o vínculo está atrelado diretamente ao afeto, pois quando há relações de vinculação e cuidado, há relações afetivas entre os envolvidos. A formação do vínculo, segundo Brunello et al (2010), permite que haja uma aproximação mais efetiva entre os usuários e os profissionais, através de relações de escuta, diálogo e respeito. No cuidado em saúde, "o vínculo pauta-se na construção de laços afetivos entre trabalhadores e usuários, na qualidade do

atendimento, ou seja, no receber bem aquele usuário, na confiança e na facilidade de comunicação entre esses atores” (Jorge et al, 2011, p. 3055).

Mais do que tecnologias duras e avançadas, os usuários buscam acolhimento, afeto e resolutividade nos serviços de saúde; as relações estreitadas entre eles e os trabalhadores de limpeza possibilitam a ocorrência de atos terapêuticos que auxiliam em seus processos de saúde-doença.

### **3.2 O estabelecimento das relações de vínculo**

Os profissionais que se vinculam com os usuários de um centro de tratamento oncológico estão sujeitos a vivenciarem momentos de emoção, crescimento e compaixão, e momentos de sofrimento, dor e angústia. Diante disso, faz-se necessário compreender a experiência dos sujeitos nos âmbitos do afeto e do sofrimento decorrentes da vinculação.

#### **“A gente começa a ter amizade” – O trabalhador da limpeza como sujeito da rede de suporte**

O vínculo estabelecido se apresenta na fala dos profissionais como uma relação para além do previsto, mas que insere de forma natural esse profissional em uma proposta de cuidado, ao qual o usuário busca de várias maneiras:

É, brinca, conversa, dá bom dia, boa noite, pergunta como foi a noite, eles dizem: eu não tô bem não, tia; mas digo: não, vai melhorar, pensa positivo. Aí quando é de trade eu pergunto de novo: e aí, tá melhor? Melhorei, tia [...] A gente brinca, a gente anima as crianças, a gente chega, brinca, dá um bom dia, ele se abre, conversa com a gente, chama a gente de tia, eles tratam a gente como tia [sic]. (S2)

Esse tipo de relação se estabelece também com as mães e cuidadores familiares:

Às vezes eu trago as coisas pra elas [mães], conversa e tudo, têm umas que desabafam assim as coisas que acontecem com ela, a gente começa a ter amizade assim, elas contam as coisas delas, eu começo a dar conselho pra elas e tudo, tem umas que não tem aquilo, eu trago, ajudo [sic]. Às vezes, tenho os telefones delas. Tem umas que eu dou meu telefone, que elas pedem. Sabe, pra gente conversar e tudo [sic]. (S1)

O profissional age com muito mais atribuições e responsabilidades do que institucionalmente lhe é atribuído, pois vincula com os usuários e se responsabiliza por esse vínculo, sentindo necessidade de ajudar e apoiar: Limpo lá e puxo conversa, rezo, peço a Deus que dê saúde pra elas [sic]. (S6)

Quando há a vinculação, os profissionais zelam pelo vínculo a partir de atos concretos de amor de diversas formas e auxiliam os usuários naquilo que eles demandam. Para Campos (2005) para além das relações de afeto há, no ato de cuidar, a materialização do amor. Assim, o ato de cuidar “não é um ato mecânico. É um ato expressivo, significativo, pleno de conteúdo e desejo. O desejo de cuidar. O vínculo que se cria, o laço que se faz é movido pelo desejo, sustentado pelo amor. Amor enquanto preocupação com o ser do outro” (p. 60).

O cuidado exercido pelos profissionais não é mecânico e vazio de afeto; é um ato que envolve amor, dedicação e desvelo. O hospital é considerado uma segunda casa, os usuários são como integrantes de suas famílias, a atuação no serviço de limpeza vai para além do instituído e as trocas se dão no nível afetivo de modo sincero.

As relações estabelecidas servem de suporte para os usuários que confiam nos profissionais e os tem como referências. Esses, por sua vez, auxiliam e colocam os usuários em um lugar de significância em suas vidas. O suporte ofertado contribui para o reforço ou para a reestruturação do self nos momentos de crise ou de vulnerabilidade, sendo cruciais nos processos de saúde-doença.

Cobb (1976) citado por Campos (2005) delinea o conceito de suporte social e traça seus componentes essenciais: emocional, que faz jus ao sentimento de ser amado, cuidado e protegido; valorativo, sentimento de consideração e respeito e; comunicacional, pertencimento a uma rede mútua de obrigações. A partir desse conceito e das falas elucidadas, considera-se os trabalhadores como rede do suporte social dos usuários do serviço através dos atos de gentileza, compaixão, preocupação e desvelo.

### **“É dolorido ver, a gente fica abalada, é muito ruim” – O sofrimento como consequência do vínculo**

O sofrimento vivenciado pelos trabalhadores ao se depararem com a morte foi tema de destaque nas falas:

Aí, isso daí a gente sente né. A gente tem pena [...] aí tem vezes que eu até choro, não gosto nem de... (interrompe a fala). Na hora que acontece não gosto nem de encostar na família não, por que se eu ver a criancinha assim, tipo o meu. Por que a gente sente uma emoção né, no coração da gente, né? [sic]. (S4)

Os profissionais sofrem por que se apegam, por que depositam nos sujeitos dos quais cuidam, esperanças e desejos de melhora. Atuam não apenas como profissionais da limpeza, mas, também, como profissionais que são responsáveis pelo tratamento daqueles usuários e se sentem no dever de minimizar o sofrimento deles. Segundo Bowlby (1980), o vínculo suscita a formação de laços afetivos, mesmo que o sujeito tenha dimensão da possibilidade de sofrer por conta deles. Os trabalhadores vinculam, se apegam, cuidam da criança e quando ela falece ou piora, eles sofrem:

Saio daqui arrasada quando morre alguma criança que eu me identifico. Tinha uma, a M., quando ela morreu, eu fiquei muito abalada. A gente fica constrangida por ver elas assim, mas só Deus. É dolorido ver, a gente fica abalada, é muito ruim. Fico muito triste. Comecei a chorar também. Ela, eu vi quando ela tava se acabando, eu via, enchia o olho d'água e saía de perto [sic]. (S6)

Esse sofrimento chega a ser tão intenso que interfere na vida pessoal e profissional desses trabalhadores:

E no começo eu sofri muito (chora). Por que eu tinha muito apego com as crianças. Fiquei abatida, comecei a toda vida que morria uma criança eu ficava abatida. Cada criança que morria, eu sofria. Então, tudo isso aí, mexeu comigo, com o meu psicológico. Isso aí não estava me fazendo bem e até em casa com a minha filha eu já estava tendo excesso de cuidados demais [sic]. (S5)

O tempo para despedir-se e elaborar o luto, mostra-se como necessário para que a profissional possa vivenciar a perda e ter estabilidade psicológica para permanecer no serviço. Os diversos lutos não vivenciados acarretaram grande sofrimento para S5 que, não havendo possibilidade de elaborá-los e de ressignificar suas vivências em relação ao câncer, passou a temê-lo veementemente, excedendo nos cuidados com a filha por medo de passar pela mesma situação que presenciava no cotidiano do hospital.

Segundo Quintana e Arpini (2002), a morte, mesmo sendo corriqueira em instituições hospitalares, é ainda vivenciada com muita dificuldade por parte dos profissionais que não estão preparados para lidar com ela. Costa e Lima (2005) demarcam o quanto é dificultoso para a equipe de saúde lidar com a morte e o sofrimento dos usuários, principalmente quando estes são crianças e adolescentes.

A dificuldade em lidar com a morte faz com que muitos profissionais da saúde encontrem alternativas para não se deparar com a situação: “mascaram a morte, fogem dos pacientes terminais, não falam com o paciente sobre o assunto, não criam vínculos e dispensam um tratamento pouco individualizado (Hermes e Lamarca, 2013)”. Para Junqueira e Kovásk (2008), esse “muro” levantado em torno do tema contribui para que a formação dos profissionais que atuam na saúde seja inadequada e ineficiente para o trato com a morte e o processo de morrer.

Quando o vínculo criado com esses usuários é interrompido, isso provoca sofrimento, perda e, muitas vezes, produz mal-estar psicológico e sintomas físicos nos profissionais. São comuns as vivências de adoecimento por parte dos profissionais que atuam em instituições hospitalares. Segundo Costa e Lima (2005) o ambiente hospitalar é propício para o adoecimento dos profissionais, já que “lidar com a dor, o sofrimento e a morte de pacientes influencia a produção de sintomas psíquicos pelos trabalhadores da instituição hospitalar” (p. 159). São comuns sintomas de fadiga, cansaço físico e emocional, retraimento, tristeza, irritabilidade, pensamentos negativos e ansiedade; estes podem indicar a existência de transtornos mentais advindos dessas vivências ou piorados com as situações de sofrimento.

As falas aqui trazidas elucidam o quanto os profissionais de limpeza do CPC sofrem com as situações de dor e morte. Cavalcante (2006) destaca que as separações geram sofrimento, e esse é geralmente relacionado à quantidade de sentimento envolvido na relação. As separações e o sofrimento acarretam dor no nível em que há a vinculação e o apego. Os profissionais sofrem por que se vinculam aos usuários e o vínculo, algo basilar no cuidado, mostra-se também como fonte de sofrimento. Por muitas vezes, porém, o sofrimento desses profissionais é ignorado e tido como irrelevante.

### **“Bom dia, boa tarde, faça seu serviço e saia” – O imperativo do não sentir**

Apesar dos sujeitos afirmarem que se apegam com as crianças, são corriqueiros os imperativos de não apego por parte de terceiros. Os sujeitos destacam que, constantemente, são advertidos para estabelecerem relações distanciadas com os usuários, condizentes com o lugar que ocupam na instituição. Reconhecem, porém, que não há como manter esse distanciamento e algumas vezes escondem seus sentimentos para não demonstrar suas afetações.

Os profissionais de limpeza do CPC, ao iniciarem seus serviços no hospital, passam por um curso com os princípios básicos do serviço de limpeza, os cuidados e Equipamentos de Proteção Individual (EPI) necessários, o fluxo do serviço, o organograma da instituição, dentre

outras informações importantes. Neste curso, os instrutores destacam a importância deles não se vincularem com os usuários e fazerem seus serviços da forma mais “profissional” e objetiva possível.

Nas falas, esse imperativo vindo dos instrutores e de outras pessoas é destacado pelos sujeitos: Quando a gente veio pra cá a primeira coisa que a mulher no curso disse foi que não era pra ter contato com os pacientes, bom dia, boa tarde, faça seu serviço e saia [sic]. (S5) Diante do que é instruído no curso, os profissionais assumem que no cotidiano a instrução dada se transforma em teoria:

Os adolescentes me chamam: Vem cá, vamos bater uma foto aqui. E eu vou ignorar? Por mais que a moça do curso diga que não é pra gente ter contato com mãe, com paciente, mas a gente tá aqui dia sim, dia não, de sete às dezenove horas, eu vou ignorar as mães, vou ignorar as crianças? Não tem como [sic]. (S5)

Segundo Sznelwar et al. (2004, p. 47), embora os trabalhadores de limpeza “tenham contato direto com os pacientes, com as famílias e com diferentes colegas, por não serem responsáveis pelo atendimento clínico, este contato é pouco ou nada relevado”. Há, portanto, uma supremacia dos outros saberes que se colocam como os únicos responsáveis pelo paciente e capazes de lhe auxiliar, além de serem os únicos suscetíveis a sofrerem por conta do vínculo.

É importante ressaltar que a prática de orientar a não vinculação com os usuários não tem tido sucesso. As instruções de não vinculação, em sua maioria, não surtem efeito; sendo necessário que as relações existentes entre os profissionais de limpeza e os usuários sejam consideradas e validadas para que esses trabalhadores não deixem de estabelecer uma relação que também é de cuidado, e não deixem de serem cuidados, caso essa relação lhes tragam consequências negativas, evitando um possível adoecimento.

### **“Tem hora que choro e faço de conta que não estou chorando” – A vivência do luto que não é seu**

Decorrente do imperativo de não vincular, os profissionais de limpeza sofrem com a impossibilidade de manifestar suas dores e vivenciar seus lutos.

Quando acontece alguma coisa assim com as crianças não tem canto pra gente ficar assim só naquele canto por que não tem, só se for no banheiro por aqui não tem. Pra gente ficar assim à vontade, desabafar, não tem [sic]... Aí tem hora que choro e faço de conta que não estou chorando. (S1)

Como categoria que se apresentou, direta ou indiretamente nos discursos, destaca-se a dificuldade dos trabalhadores de limpeza em vivenciarem seus lutos. Há forte apelo ao não apego e ao não vínculo com os usuários, principalmente para profissionais que teoricamente não são da saúde e não atuam como cuidadores. Disso decorrem, muitas vezes, os comportamentos de se esconderem nos banheiros para chorarem as perdas, a evitação de se aproximarem do velório, a dificuldade em reconhecerem e lidarem com seus sentimentos diante da morte e das perdas.

A realidade da atuação em um hospital de oncologia pediátrica impõe aos trabalhadores o lidar com o sofrimento e a morte; nisso todos os atores envolvidos nesse processo mobilizam-se e afetam-se. O fato é que há lutos que não são aceitos para serem vividos por que não dizem respeito a atores diretamente envolvidos com a perda.

Doka (conforme citado por Cavalcante, 2006) conceitua o luto vivido por pessoas que não têm o direito de vivê-lo e não têm o reconhecimento social para tal, como luto não franqueado. A perda não pode ser abertamente conhecida, publicada e apoiada; quem a vive, não pode assumir ou demonstrar publicamente, pois não há motivos evidentes para tal.

Färber (2013) denomina esses lutos de desautorizados e marginais. Esses não recebem amparo social e não são vistos empaticamente, pois quem os vive não tem o direito de fazê-lo, pois se entende que o evento vivido não produziu danos ao sujeito. Quando não há vivência desses lutos e sua expressão e ritos são negados, há uma dificuldade aumentada em elaborar a perda. Färber (2013, p.05) destaca que “a hermenêutica social, nestes casos, pode não reconhecer o processo de elaboração da perda e desautorizar o luto, impondo ao sujeito uma condição de enlutamento marginal, solitário e silencioso”. Os sujeitos não têm o direito de viver o luto e sofrem sozinhos e silenciosos.

Falar de morte e luto nos hospitais é tema bastante controverso e velado. Percebe-se, porém que a vivência do luto é mais negada ainda no que se refere aos profissionais de limpeza. Eles atuam diretamente com os usuários, se vinculam a eles, sofrem com suas pioras e, quando há um óbito, limpam o quarto e ajudam a preparar o corpo para o velório. São esses profissionais que organizam o espaço do velório e que os limpam no pós-óbito; ou seja, esses profissionais lidam com a morte de modo corriqueiro e bastante próximo. E, paradoxalmente, quando se fala em apoio aos profissionais da equipe, os trabalhadores de limpeza não são citados e, sequer, notados.

#### 4 Considerações finais

A experiência dos trabalhadores de limpeza no CPC mostrou que há forte vinculação entre eles e os usuários, manifestada de diversas formas. Esse vínculo suscita a formação de laços afetivos, mesmo que o sujeito tenha dimensão da possibilidade de sofrer por conta deles. Os trabalhadores vinculam, se apegam, cuidam da criança e quando ela falece ou piora, eles sofrem.

O fato de haver vinculação entre esses profissionais e os usuários vai de encontro às normas e à lógica institucionalizada nas unidades de saúde, que defende que a equipe de limpeza deve se portar de modo distanciado e atuar na esfera meramente operacional; com isso os profissionais de limpeza são ignorados na sua dimensão relacional e tem negadas suas dimensões de afeto e sofrimento, não havendo espaço para a escuta e acolhimento das demandas da equipe.

Faz-se importante que os gestores e os profissionais das demais equipes de saúde atentem para a existência dessas relações e possam utilizar-se da rede de suporte ofertada pela equipe de limpeza para pensar em possibilidades de intervenção que não ignorem ou reprimam a dimensão afetiva existente entre esses profissionais e os usuários, mas que se utilize dela para propor melhorias para o serviço e estratégias mais efetivas de cuidado em saúde. Eles precisam vivenciar suas perdas, suas dores, elaborar suas questões referentes ao cuidado que ofertam para que tenham estabilidade psicológica para permanecer no serviço, atuando como núcleo cuidador e efetivando práticas terapêuticas para os usuários.

Diante disso, destaca-se que é preciso olhar para o trabalho que se faz no ato, creditando a natureza subjetiva deles e validando os afetos e as trocas existentes entre os atores, já que o cuidado em saúde pauta-se, primordialmente, na esfera afetiva dos atos de saúde. É preciso perceber quem exerce a função cuidadora nos serviços de saúde e direcionar atenção para todos os atores que produzem cuidado.

Ressalta-se, por fim, as limitações encontradas na execução desse estudo ao mesmo tempo em que se percebe a necessidade de realizar mais trabalhos com esses trabalhadores na perspectiva de sua saúde mental.

#### Referências

- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. (V.3: Loss, sadness and depression). New York: Basic Books.
- Brunello, M. E. F., Ponce, M. A. Z., De Assis, E. G., Andrade, R. L. P., Scatena, L. M., Palha, P. F., & Villa, T. C. S. (2010). O vínculo

- na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998- 2007). *Acta Paul Enfermagem*, 23(1), 131-135.
- Campos, E. P. (2005). *Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Cavalcante, C. M. (2006). *Relações Interpessoais na Atenção à Saúde Mental de Crianças Residentes em Lares Substitutos*. Dissertação de Mestrado, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.
- Chillida, M. S. P., & Cocco M. I. M. (2004). Saúde do trabalhador & terceirização: perfil de trabalhadores de serviço de limpeza hospitalar. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(2), 271-6.
- Costa, J. C., & Lima, R. A. G. (2005). Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 151-157.
- Ekman, I. (2000). The Meaning of Living with Severe Chronic Heart Failure as Narrated by Elderly People. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14, 130–136.
- Färber, S. S. (2013). Lutos marginais e lutos desautorizados, ritos negados e omitidos. *Protestantismo em Revista*, 32, 03-14.
- Gonzalez, B. B. A., & Carvalho, M. D. B. (2003). Saúde mental de trabalhadoras do serviço de limpeza de um hospital universitário. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 25(1), 55-62.
- Hermes, H. R., & Lamarca, I. C. A. (2013). Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2577-2588.
- Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., De Sousa, F. S. P., & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3051-3060.
- Junqueira, M. H. R., & Kovásk, M. J. (2008). Alunos de Psicologia e a Educação para a Morte. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, 28(3), 506-519.
- Lima, F. E. T., Jorge, M. S. B., & Moreira, T. M. M. (2006). Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(3), 291-296.
- Marques, A. P. (2004). Câncer e estresse: um estudo sobre crianças em tratamento quimioterápico. *Revista de Psicologia Hospitalar*, 2(2).
- Martarello, N. A., & Banatti, M. C. C. (2009). Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 43(2), 422-428.

- Merhy, E. E. (1997). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2007). Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. *Medicina UFRJ*. Recuperado em 20 de março de 2014 da Faculdade de Medicina UFRJ: [http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas\\_analiticos.pdf](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf)
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Nascimento, M. F. F. (2010). *A contribuição da hotelaria hospitalar para os clientes da saúde como ferramenta de humanização e marketing*. Especialização em Gestão Universitária, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Quintana, A. M, & Arpini, D. M. (2002). A atitude diante da morte e seu efeito no profissional de saúde: uma lacuna da formação? *Revista Psicologia Argumento*, 19(30), 45-50.
- Ricoeur, P. (2002). *O único e o singular*. Tradução: Maria Leonor Loureiro. São Paulo: Editora UNESP.
- Silva, D. B. (2007). *Implantação do conceito de hotelaria hospitalar no hospital e maternidade Socimed Tubarão-SC: ações de sensibilização*. Graduação em Turismo e Hotelaria, Universidade do Vale do Itajaí, Balneário Camboriú, Santa Catarina, SC, Brasil.
- Silva, L. G., Haddad, M. 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), 158-63.
- Sznelwar, L. I., Lancman, S., Wu, M. J., Alvarinho, E., & Santos, M. (2004). Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. *Revista Produção*, 14(3), 45-57.

**Endereço para correspondência**

**Maria Juliana Vieira Lima**

Hospital Infantil Albert Sabin

Rua Tertuliano Sales, 544, Vila União, CEP 60410-794, Fortaleza – CE, Brasil

Endereço eletrônico: mjulianavlima@hotmail.com

**Cinthia Mendonça Cavalcante**

Universidade Federal do Ceará

Avenida da Universidade, 2853, Benfica, CEP 60020-181, Fortaleza – CE, Brasil

Endereço eletrônico: fcintthia@hotmail.com

Recebido em: 11/07/2015

Reformulado em: 12/11/2015

Aceito para publicação em: 23/11/2015

### **Notas**

\* Residente em Pediatria do Hospital Infantil Albert Sabin pelo programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará- RIS-ESP/CE. Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará. Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará.

\*\* Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (1994), mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (2006) e Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (2012). Atualmente é professor adjunto da Universidade Federal do Ceará.

<sup>1</sup> Merhy (1997, p. 121) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho como leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves envolvem a produção de vínculo, autonomia, acolhimento e de cuidado; as leve-dura referem-se aos saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho; e as duras são os equipamentos tecnológicos envolvidos nos processos laborais.