



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Laríssia Admá de Souza Pereira

**Riscos ocupacionais entre trabalhadores
do serviço de limpeza hospitalar: desenvolvimento de um
instrumento de avaliação em saúde**

Rio de Janeiro

2021

Laríssia Admá de Souza Pereira

**Riscos ocupacionais entre trabalhadores
do serviço de limpeza hospitalar: desenvolvimento de um
instrumento de avaliação em saúde**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Cristiane Helena Gallasch

Rio de Janeiro

2021

Laríssia Admá de Souza Pereira

**Riscos ocupacionais entre trabalhadores
do serviço de limpeza hospitalar: desenvolvimento de um
instrumento de avaliação em saúde**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada 07 de maio de 2021.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Cristiane Helena Gallasch (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Regina Celia Gollner Zeitoune

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Magda Guimarães de Araújo Faria

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, sem ele nada seria possível.

À minha família que sempre esteve ao meu lado com todo apoio e incentivo.

À minha orientadora Cristiane Gallasch, pois sem seu conhecimento, compreensão e empatia, não seria possível a concretização desse sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por permitir estar viva e concretizar esse sonho.

À minha família, que sempre foi minha base, à minha mãe que sempre me incentivou a nunca desistir de lutar pelos meus propósitos, à minha irmã por todo o apoio.

À minha orientadora Prof.^a Dra. Cristiane Helena Gallasch, por seu profissionalismo, conhecimento, não tenho palavras para agradecer por todo apoio no período de meu adoecimento e me fez acreditar que seria capaz de concluir essa etapa, que esse profissionalismo e companheirismo possa se estender por toda caminhada de vida.

À Márcia pelo companheirismo, amizade e por toda a ajuda no período do mestrado, e no período de meu adoecimento, sem seu incentivo também não seria possível concretizar esse sonho.

À banca examinadora pelo aceite e compreensão.

Mas em todas estas coisas somos mais que vencedores, por meio daquele que nos amou. Pois eu tenho a certeza de que nada pode nos separar do amor de Deus: nem a morte, nem a vida; nem os anjos, nem outras autoridades ou poderes celestiais; nem o presente, nem o futuro; nem o mundo lá de cima, nem o mundo lá de baixo. Em todo o Universo não há nada que possa nos separar do amor de Deus, que é nosso por meio de Cristo Jesus, o nosso Senhor.

RESUMO

PEREIRA, Laríssia Admá de Souza. **Riscos ocupacionais entre trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar**: desenvolvimento de instrumento de avaliação em saúde. 2021. 144 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Introdução: O estudo teve ênfase ao desenvolvimento de um instrumento de medida em saúde, com a finalidade de identificar a autopercepção do trabalhador do serviço de limpeza da unidade hospitalar sobre sua exposição aos riscos ocupacionais, proporcionando informações sobre o quanto esses trabalhadores estão vulneráveis para o adoecimento no campo laboral. O estudo teve como objetivo geral “desenvolver um instrumento com evidências para investigação da autopercepção de riscos ocupacionais de trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar”. Os objetivos específicos foram: “caracterizar os riscos ocupacionais identificados relacionados à atividade do serviço de limpeza hospitalar a partir da literatura e dos especialistas da área da saúde do trabalhador” e “avaliar as evidências de validade de conteúdo de um instrumento de avaliação da autopercepção de riscos ocupacionais de trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar pelos especialistas da área da saúde do trabalhador”. **Método:** Tratou-se de um estudo psicométrico, na perspectiva da elaboração de um instrumento sobre a autopercepção dos riscos ocupacionais dos trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar. O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e os dados foram coletados mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos especialistas. **Resultados:** Foi desenvolvido o Questionário sobre Autopercepção de Riscos e Danos Ocupacionais dos Trabalhadores do Serviço de Limpeza Hospitalar (QPRD-LIMPH) em três etapas: estabelecimento da estrutura conceitual, análise e caracterização do ambiente de trabalho pelos especialistas e avaliação da composição da estrutura e itens do instrumento pelos revisores especialistas através do método Content Validity Ratio (CVR). Por meio das evidências de validade de conteúdo, foi confirmado as vulnerabilidades para adoecimento dos trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar, pois são notórios alguns riscos ocupacionais presentes no cotidiano laboral, mesmo que seja em diferentes áreas de atuação pela característica das atividades que realizam. Foram identificadas variáveis consideradas como determinantes no contexto bio-psíco-social para o adoecimento desses trabalhadores. **Conclusão:** os objetivos do estudo foram satisfatórios e alcançados. Ressalta-se a necessidade da realização de outras pesquisas envolvendo os trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar como construção de conhecimento técnico e teórico acerca da subjetividade desses trabalhadores no ambiente laboral e, também, a continuação da investigação das evidências de validade estrutural do instrumento para sua validação e utilização na população alvo.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Riscos Ocupacionais. Avaliação em Saúde. Psicometria. Trabalhadores do Serviço de Limpeza Hospitalar.

ABSTRACT

PEREIRA, Laríssia Admá de Souza. **Occupational risks among hospital hygiene and cleaning workers**: development of a health assessment instrument. 2021. 144 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Introduction: The study emphasized the development of a health measurement instrument, with the purpose of identifying the self-perception of the hospital cleaning service worker about their exposure to occupational risks, providing information on how vulnerable these workers are to illness in the labor field. The study aimed to "develop an instrument with evidence to investigate the self-perception of occupational risks of hospital cleaning service workers". The specific objectives were: "to characterize the occupational risks identified related to the activity of the hospital cleaning service based on the literature and specialists in workers' health" and "to evaluate the evidence of content validity of an instrument for assessing the self-perception of occupational risks of hospital cleaning service workers by specialists in workers' health". Method: This was a psychometric study, from the perspective of the elaboration of an instrument on the self-perception of occupational risks of hospital cleaning service workers. The research project was approved by the Research Ethics Committee (CEP) of the State University of Rio de Janeiro and the data were collected by signing the Free and Informed Consent Form (TCLE) by the experts. Results: The Questionnaire on Self-Perception of Occupational Risks and Damage of Hospital Cleaning Service Workers (QPRD-LIMPH) was developed in three stages: establishment of the conceptual structure, analysis and characterization of the work environment by the specialists and evaluation of the composition of the structure and items of the instrument by the expert reviewers through the Content Validity Ratio (CVR) method. Through evidence of content validity, the vulnerabilities for the illness of hospital cleaning service workers were confirmed, as some occupational risks present in daily work are notorious, even if it is in different areas of activity due to the characteristic of the activities they perform. Variables considered as determinants in the bio-social context for the illness of these workers were identified. Conclusion: the objectives of the study were satisfactory and achieved. It is emphasized the need to conduct other research involving the workers of the hospital cleaning service as the construction of technical and theoretical knowledge about the subjectivity of these workers in the work environment and the continuation of the investigation of the evidence of structural validity of the instrument for its validation and use in the target population.

Keywords: Worker's health. Occupational risks. Health Evaluation. Psychometrics.

Hospital cleaning workers.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxo de busca e seleção de trabalhos científicos. Rio de Janeiro, 2019	22
Figura 2 – Organograma Funcional do Hospital	38
Figura 3 – Organograma administrativo hospitalar	39
Figura 4 – Mapa mental da trajetória de construção dos elementos do instrumento de medida em saúde	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Contribuição da equipe multiprofissional nas capacitações para a equipe de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde.....	45
Quadro 2 – Etapas do processo de desenvolvimento de instrumentos de medida de avaliação em saúde.....	51
Quadro 3 – Síntese dos artigos incluídos das bases de dados de pesquisa científica.....	108
Quadro 4 – Transcrição das Unidades de Registro- Análise de Conteúdo Temático Categorical.....	127
Quadro 5 – Descrição das Unidades de Significação- Análise de Conteúdo Temático-Categorical.....	136
Quadro 6 – Categorias Analíticas - Análise de Conteúdo Temático-Categorical.....	139

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Valores mínimos da Razão da Validade de Conteúdo	59
Tabela 2 –	Caracterização dos revisores especialistas da área da Saúde do Trabalhador segundo idade, sexo, formação profissional, tempo de experiência profissional	82
Tabela 3 –	Valores mínimos da Razão da Validade de Conteúdo segundo número de especialistas	83
Tabela 4 –	Média da Razão da validade de conteúdo segundo clareza, pertinência e relevância. Rio de Janeiro, 2020	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BDTD	Base de Dados de Teses e Dissertações
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CVR	<i>Content Validity Ratio</i>
DeCS	Descritores em Ciência da Saúde
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ICT	Índice de Capacidade Técnica
INGECTH-SUS	Inovação de Gestão das Condições de Trabalho em Saúde para Hospitais do Sistema Único de Saúde
LER	Lesões por esforços repetitivos
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
NR	Norma Regulamentadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PENSAT	Laboratório de Pesquisa: Enfermagem, Tecnologias, Saúde e Trabalho
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador

PPGENF	Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
PPGENF-UERJ	Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
PPRA	Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PROCIÊNCIA	Programa de Incentivo à Produção Científica Técnica e Artística
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
ST	Saúde do trabalhador
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSALUH	Trabalhadores dos serviços de apoio logístico da unidade hospitalar
TSLH	Trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UR	Unidade de registro
UR's	Unidades de registros
US	Unidades de significação
US's	Unidades de significação

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	16
1	APOIO CONCEITUAL	31
1.1	Saúde do Trabalhador	31
1.2	O trabalho no ambiente hospitalar e a gestão de riscos	36
1.3	Serviço de limpeza hospitalar	41
1.4	Desenvolvimento de instrumentos de medida em saúde	47
2	PERCURSO METODOLÓGICO	50
2.1	Etapas do desenvolvimento do instrumento de medida sobre autopercepção dos riscos ocupacionais de trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar	51
2.1.1	<u>Estabelecimento da estrutura conceitual a partir da literatura</u>	52
2.1.2	<u>Estabelecimento da estrutura conceitual a partir dos especialistas da área do conhecimento</u>	53
2.1.3	<u>Construção e composição dos itens do instrumento sobre autopercepção dos riscos e danos dos trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar</u>	55
2.1.4	<u>Determinação das propriedades do banco de itens</u>	55
2.1.5	<u>Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento</u>	56
2.2	Revisão e finalização do instrumento desenvolvido	59
2.3	Análise dos dados	60
2.4	Aspectos éticos da pesquisa	61
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
3.1	Estabelecimento da estrutura conceitual a partir da literatura	63
3.1.1	<u>Risco biológico</u>	63
3.1.2	<u>Risco químico</u>	65
3.1.3	<u>Risco físico</u>	66
3.1.4	<u>Risco ergonômico</u>	67
3.1.5	<u>Risco de acidentes</u>	67
3.1.6	<u>Riscos psicológicos</u>	68
3.2	Estabelecimento da estrutura conceitual a partir dos especialistas da área do conhecimento	70
3.2.1	<u>Riscos Ocupacionais e vulnerabilidades presentes no ambiente de trabalho</u>	70

3.2.2	<u>A existência de cargas de trabalho de materialidade interna no ambiente laboral</u>	73
3.2.3	<u>Medidas de controle dos riscos ocupacionais no ambiente laboral</u>	75
3.2.4	<u>Déficit de monitorização e acompanhamento de Saúde no ambiente laboral como risco ocupacional</u>	76
3.3	Proposta inicial do instrumento sobre autopercepção riscos e danos dos trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar	78
3.3.1	<u>Inventário sociodemográfico</u>	78
3.3.2	<u>Avaliação dos fatores relacionados ao local de trabalho</u>	78
3.3.3	<u>Problemas de saúde percebidos pelos trabalhadores</u>	79
3.3.4	<u>Termos essenciais utilizados para a composição da estrutura do instrumento</u>	79
3.4	Investigação das propriedades psicométricas do questionário sobre Autopercepção de Riscos e Danos Ocupacionais dos Trabalhadores do Serviço de Limpeza Hospitalar (QPRD-LIMPH)	81
3.5	Finalização	89
3.6	Versão final do instrumento	90
	CONCLUSÃO	96
	REFERÊNCIAS	99
	APÊNDICE A - Descrição dos artigos incluídos das bases de dados de pesquisa	108
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais Segurança e Saúde do Trabalhador	115
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Especialistas da Área da Saúde do Trabalhador	117
	APÊNDICE D - Instrumento de Avaliação das Evidências de validade de conteúdo	119
	APÊNDICE E - Unidades de Registro - Análise de Conteúdo Temático-Categorial	121
	APÊNDICE F – Unidades de Significação - Análise De Conteúdo Temático-Categorial	130
	APÊNDICE G - Categorias Analíticas Análise de Conteúdo Temático-Categorial	133

APÊNDICE H - Proposta inicial do instrumento sobre Percepção de Danos e Riscos dos Trabalhadores do Serviço de Higiene e Limpeza Hospitalar	134
ANEXO - Parecer Comitê de Ética e Pesquisa- Plataforma Brasil	139

INTRODUÇÃO

O interesse pela temática Saúde do Trabalhador (ST) surgiu no período de graduação em enfermagem durante uma atividade acadêmica envolvendo assistência de enfermagem aos profissionais caminhoneiros, atividade oferecida pela concessionária rodoviária Nova Dutra, concessionária de rodovias brasileira responsável pela gestão de 402 quilômetros entre São Paulo e Rio de Janeiro. Ao desenvolver as atividades com esses profissionais, percebi que muitos caminhoneiros relataram problemas de saúde, como hipertensão, déficit visual, alimentação inadequada, sobrepeso e ausência de acompanhamento do estado de saúde própria.

Essa abordagem levou ao desenvolvimento da minha monografia de conclusão de curso da Graduação de Enfermagem “Qualidade de vida dos profissionais caminhoneiros”, com os objetivos de compreender o significado de saúde percebida pelo profissional caminhoneiro, demonstrar as condições de saúde desses trabalhadores, bem como identificar as possíveis atividades de promoção à saúde e qualidade de vida nessa categoria. Após a conclusão da graduação, iniciei o curso especialização em Enfermagem do Trabalho, continuei a investigação sobre as condições de saúde dos profissionais motoristas de longa viagem.

Recém-formada, concomitante à especialização de enfermagem, senti a necessidade de inserção no mundo do trabalho para adquirir vivências na área assistencial e aprofundar conhecimentos relacionados à profissão. Ingressei como preceptora de estágio de ensino de nível médio técnico de enfermagem, quando experimentei vivências nas especialidades materno-infantil, emergência e clínica médica, tanto em unidades hospitalares públicas quanto privadas. Após quatro anos, ingressei em uma unidade hospitalar pública de atendimento oncohematológico por meio de concurso público.

Nesse caminhar ampliei minha percepção de que o contexto laboral potencializa o adoecimento devido aos muitos relatos dos profissionais das unidades, mais intensos no meu atual campo de trabalho, com a observação de descontentamento, sofrimento e desmotivação profissional. Nesse cenário vivenciei sobrecarga de trabalho, dupla função de cargos, escassez de mão-de-obra, de equipamentos e insumos, salário abaixo do piso, além da coação por parte das chefias com rigorosas cobranças no ambiente de trabalho e muitas vezes o presenteísmo por parte dos profissionais da minha equipe.

A partir dessa experiência, comecei investigar sobre a questão do trabalho como determinante do processo saúde-doença. Estudos apontam que compreender a relação do trabalho com o adoecimento configura-se um novo paradigma para a sistematização de determinadas práticas para a Saúde do Trabalhador e Saúde Ocupacional (GOMEZ et al; 2018).

Pode-se dizer que a Saúde do Trabalhador “é compreendida a partir das relações estabelecidas pelo processo de saúde-doença resultante das condições de trabalho e de vida dos trabalhadores” (MENDES et al; 2015, p.195), por meio de um conjunto de práticas interdisciplinares e interinstitucionais desenvolvidas por diversos atores situados em cenários sociais distintos e voltados a um objetivo comum.

No modelo atual do mercado de trabalho contemporâneo, com as inovações tecnológicas e os novos modelos de organizações ambiente trabalho, a presente fragilização nas leis que protegem o trabalhador, as questões políticas e econômicas, muitos são os fatores que interferem na saúde e qualidade de vida do trabalhador. Segundo Torres et al.:

As profundas transformações que vêm alterando a economia, a política e a cultura na sociedade, por meio da reestruturação produtiva e do incremento da globalização, implicam também mudanças nas formas de organização da gestão do trabalho que engendram a precariedade e a fragilidade na relação entre saúde e trabalho, repercutindo, diretamente, nas condições de vida do trabalhador e de sua família (TORRES et al.;2011, p. 43).

Nessa perspectiva, ao analisar a produção científica sobre saúde do trabalhador observei fatores que podem ser determinantes no processo saúde-doença decorrentes do trabalho, como a invisibilidade social, falta de reconhecimento profissional, flexibilização e precarização trabalhista. Muitas são as lacunas para a investigação e promoção de saúde dos profissionais dos serviços de saúde mediante às fragilidades empregatícias, como a precarização de vínculos, alteração desfavoráveis das leis de proteção ao trabalhador na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), além da invisibilidade e reconhecimento profissional. Naquele momento recebi o convite de uma amiga do trabalho para participar do grupo de pesquisa Laboratório de Pesquisa: Enfermagem, Tecnologias, Saúde e Trabalho (PENSAT) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), onde são abordadas temáticas referentes aos trabalhadores e as implicações para seu adoecimento.

Particpei de alguns eventos científicos e me aprofundi no estudo da literatura para conhecimento da temática referente ao trabalho. Em 2019, ingressei no Curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, na linha de pesquisa “Trabalho, Educação e Formação Profissional em Saúde e Enfermagem”.

A partir do projeto de pesquisa de minha orientadora, “Compreensão e Exposição a Riscos Ocupacionais de Trabalhadores de um Hospital Universitário de Grande Porte”, financiado pelo Programa de Incentivo à Produção Científica Técnica e Artística (PROCIÊNCIA), essa temática foi ao encontro de meu interesse em investigar e compreender como o ambiente ocupacional pode ser percebido pelos trabalhadores dos serviços de limpeza atuantes em unidades hospitalares, bem como as repercussões do trabalho na saúde desses profissionais.

Neste contexto, defini como **objeto de estudo** o conjunto de riscos ocupacionais a que os trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar estão expostos.

Cintra 2008 classifica os serviços hospitalares em apoio técnico (nutrição e dietética, lactário, farmácia e central de material esterilizado), apoio administrativo (serviços administrativos, serviços clínicos, serviços de enfermagem e técnico, documentação e informações) e apoio logístico (processamento de roupa, central de administração de materiais e equipamentos, manutenção, necrotério, conforto e higiene, limpeza e zeladoria, segurança e vigilância e infraestrutura predial).

No aspecto logístico e institucional, os trabalhadores do serviço de limpeza fazem parte do grupo de serviços de apoio da unidade hospitalar. Morais e colaboradores (2009) descrevem os serviços de apoio da unidade hospitalar como um conjunto de serviços, entre eles os serviços de instalações e equipamentos; os serviços farmacêuticos, as centrais de esterilização, os serviços de sistemas de informação, os serviços de limpeza, entre outros.

Os serviços de apoio logístico são essenciais e operacionais e, de tal maneira, prestam, seja diretamente ou indiretamente, suporte aos clientes internos e externos da unidade e aos profissionais da saúde. Cuzato e colaboradores (2008) ressaltam que os serviços de apoio não são vistos como de suma importância nas unidades hospitalares, mesmo sendo primordiais para o funcionamento da unidade hospitalar, pois, por intermédio do desempenho correto e organizado das atividades de apoio hospitalar, a instituição desempenha suas funções de forma eficiente e eficaz no atendimento ao usuário e, de forma geral, nos serviços de saúde.

Nas unidades hospitalares, mediante minha vivência profissional, observei que todos os trabalhadores dos serviços de apoio logístico, não somente os trabalhadores de limpeza, como também os trabalhadores de manutenção predial, trabalhadores da lavanderia e segurança predial, todos estão expostos diariamente, consoantes à função que desempenham, a fatores que podem os vulnerabilizar ao risco de adoecimento profissional, seja por agentes biológicos, físicos, químicos, ergonômicos e psicológicos. Considerar o ambiente de trabalho

é abordar vastas dimensões, sejam econômicas, socioculturais e de segurança, quanto às dimensões inerentes ao ambiente humano. Segundo Shoji et al.:

As condições de trabalho podem ser definidas por um conjunto de fatores que incluem horas trabalhadas, remuneração salarial, organização laboral, conhecimento em relação à mesma, higiene e segurança no trabalho, ergonomia, disponibilidade de serviços sociais para os trabalhadores, relações laborais, individualidade de cada trabalhador, situação socioeconômica e política do país, dentre outros. Assim, é necessário atentar para os condicionantes e determinantes envolvidos nessa complexa relação saúde-trabalho para cuidar desse trabalhador de forma profunda e ampliada (SHOJI et al.; 2016, p. 304).

Consonante à complexidade da organização da unidade hospitalar, os profissionais do serviço de apoio logístico são relevantes para a qualidade e eficiência na produção da saúde. Possuem grande contribuição nesse processo complexo, pois exercem funções voltadas para o conforto, segurança e bem-estar do cliente/usuário interno e externo, buscando transformar o ambiente para torná-lo mais acolhedor. Esses trabalhadores que compõem os serviços hospitalares podem ser da própria unidade hospitalar ou de empresa terceirizada (CHILLIDA; COCCO, 2004).

Chaves e colaboradores (2014) destacam “que a escolha, por serviço próprio ou de terceiros, depende da situação jurídico-legal e organizacional de cada instituição, sendo que na terceirização podem existir vantagens e desvantagens”. As vantagens são descritas em economia na busca e seleção de trabalhadores para compor o quadro profissional, otimização de treinamentos, divisão da responsabilidade sobre os trabalhadores contratados, melhoria da qualidade do serviço oferecido. Nas desvantagens os autores afirmam que a dependência por terceiros pode gerar falta de controle do gestor sobre os trabalhadores de modo a comprometer os resultados buscados pela instituição na prestação de serviços e precarizar os vínculos empregatícios dos trabalhadores contratados

Face ao exposto, podemos inferir que o ambiente hospitalar oferece múltiplos e variados riscos ocupacionais específicos relacionados ao tipo de atividade desenvolvida, das características inerentes ao desempenho profissional e dos fatores inerentes ao ambiente de trabalho.

Em síntese, mediante observação na minha prática profissional, os serviços de apoio logístico da unidade hospitalar são compostos por mão-de-obra terceirizada e com elevada taxa de rotatividade desses profissionais. No exercício de suas atividades, alguns desses profissionais de apoio técnico vivenciam o mesmo ambiente dos profissionais assistenciais, assim convivem, também, com a dor e sofrimento por parte dos pacientes e familiares. Gemma, Rojas e Soares (2017) confirmam que os trabalhadores de limpeza possuem condições precárias de trabalho, baixos salários acrescido da instabilidade financeira, baixo

nível de instrução escolar, além da presença em massa de mão de obra feminina pela característica do serviço de limpeza estar voltado ao cuidado doméstico.

Diante das características do trabalho em saúde, todos os trabalhadores de apoio logístico da unidade hospitalar precisam ser preparados e acompanhados no contexto e na especificidade do cenário hospitalar, principalmente nas peculiaridades mediante aos riscos a que estão expostos.

Neste contexto, foi realizada uma busca em bases de dados de literatura científica com o objetivo de identificar dados existentes sobre a autopercepção dos riscos ocupacionais relacionados aos trabalhadores dos serviços de apoio logístico hospitalar e confirmar, dentre esses trabalhadores, a presença contingencial na unidade hospitalar, enquanto recursos humanos, dos trabalhadores do serviço de limpeza. Foi utilizada a **pergunta sobre o estado da arte**: *Quais os dados apresentados pela literatura científica sobre os trabalhadores do serviço de apoio logístico da unidade hospitalar (TSALUH) e os riscos ocupacionais que apresentam?*

O levantamento de dados foi retrospectivo, realizado nas bases de dados da PubMed, Lilacs, BDeInf e Scopus sem delimitação de tempo e linguagem no período de março à abril de 2019, utilizando os descritores identificados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) *Saúde do Trabalhador*, *Riscos Ocupacionais*, *Serviço Hospitalar de Lavanderia*, *Serviço Hospitalar de Limpeza*, *Serviço Hospitalar de Engenharia e Manutenção*, *Serviços Hospitalares de Apoio*; e *Medical Subject Headings (MeSH)* *Occupational Risks*; *Health Status Indicators*; *Occupational Exposures*; *Ancillary Services Hospital*; *Laundry Service Hospital*; *Housekeeping, Hospital*; *Maintenance and Engineering Hospital* e *Food Service Hospital*.

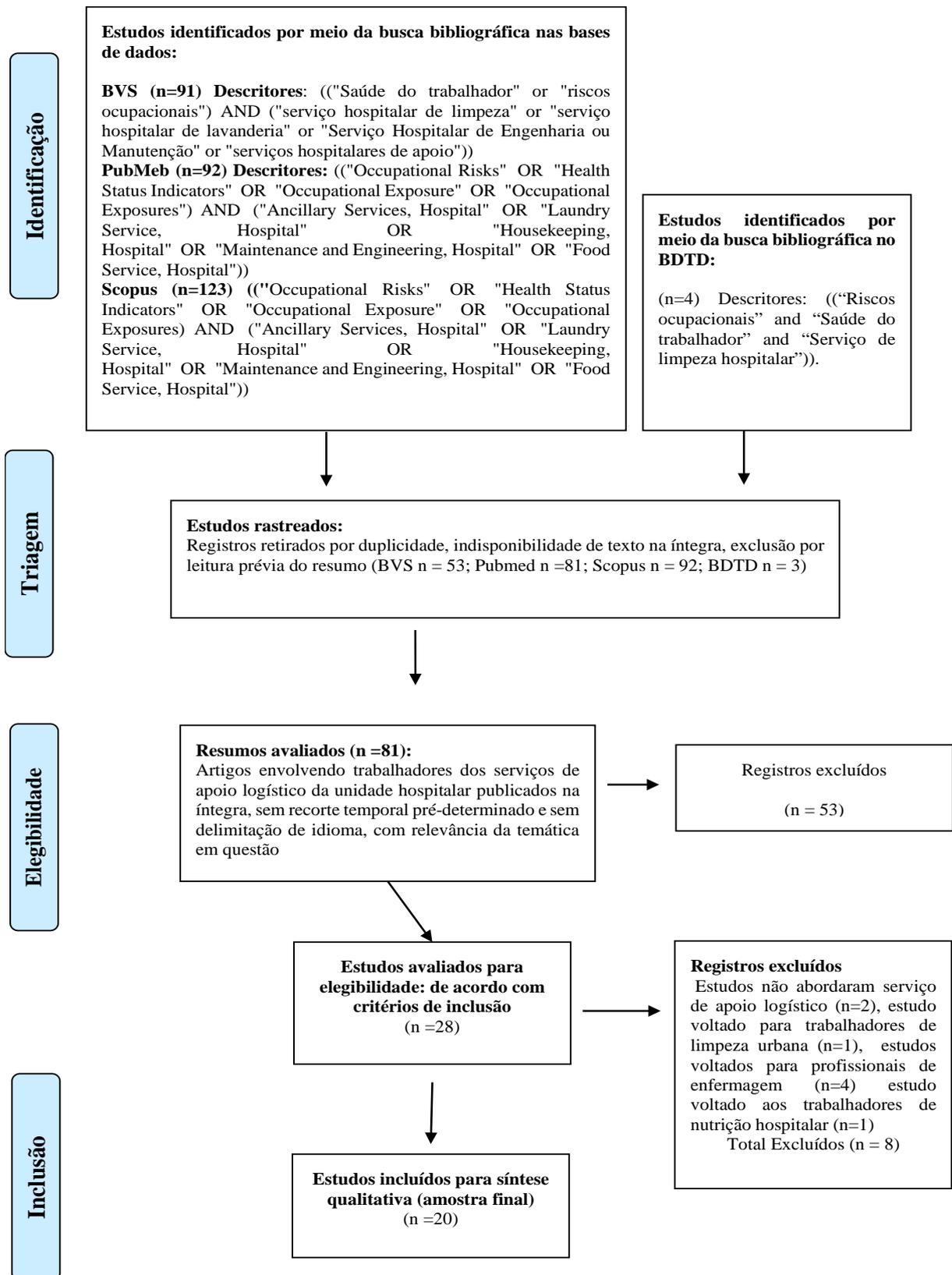
- A combinação de descritores utilizou os operadores booleanos [AND] e [OR] para atingir o objetivo proposto ["Occupational Risks" OR "Health Status Indicators" OR "Occupational Exposure" OR "Occupational Exposures"] AND ["Ancillary Services, Hospital" OR "Laundry Service, Hospital" OR "Housekeeping, Hospital" OR "Maintenance and Engineering, Hospital" OR "Food Service, Hospital"], e a combinação dos descritores em saúde ["Saúde do Trabalhador" OR "Riscos Ocupacionais"] AND ["Serviço Hospitalar de Lavanderia" OR "Serviço Hospitalar de Limpeza" OR "Serviço Hospitalar de Engenharia ou Manutenção" OR "Serviços Hospitalares de Apoio"], como apresentado na Figuras 1. Ainda se acrescentou a busca na Base de Dados de Teses e Dissertações, com a combinação dos descritores em saúde: ["Saúde do Trabalhador" OR "Riscos Ocupacionais" AND "Serviço

Hospitalar de Lavanderia" OR "Serviço Hospitalar de Limpeza" OR "Serviço Hospitalar de Engenharia ou Manutenção" OR "Serviços Hospitalares de Apoio"].

Após o levantamento dos dados utilizou-se o método *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (MOHER et al., 2009) na organização e sistematização dos dados coletados. Foram incluídos artigos científicos disponíveis relacionados aos riscos ocupacionais dos trabalhadores do serviço de apoio logístico hospitalar. Foram incluídos artigos publicados na íntegra, sem um recorte temporal pré-determinado e sem delimitação de idioma. Excluí-se artigos duplicados, sem disponibilidade na íntegra e que não abordaram o assunto pesquisado.

Reitera-se que nessa pesquisa, estudos que não possuíam títulos esclarecedores foram buscados na íntegra, de modo a identificar a relevância da temática em questão. Em seguida, foi realizada a interpretação dos resultados, correspondendo à discussão dos principais achados da pesquisa. A síntese é apresentada na Figura 1.

Figura 1 – Fluxo de busca e seleção de trabalhos científicos. Rio de Janeiro, 2019



Fonte: A autora, 2019.

Após a triagem dos estudos identificados no banco de dados de pesquisa científica, foram selecionados 20 manuscritos. A síntese dos resultados encontrados é apresentada no Apêndice A.

Na composição da análise de dados, de todos os artigos selecionados, 15 artigos (n=75%) são voltados para os trabalhadores dos **serviços de limpeza hospitalar** (TSLH), com o enfoque em acidente com material perfurocortante. Depois dos trabalhadores de limpeza, outra classe que apresentou ênfase do grupo de apoio logístico hospitalar, foram os trabalhadores do **serviço de lavanderia** (n=15%). Um artigo abordou sobre os trabalhadores de manutenção hospitalar (n=5%) e outro sobre os trabalhadores do serviço de apoio logístico em geral (n=5%).

De acordo com a literatura, a classe dos **trabalhadores de apoio**, definida como serviços não assistenciais em saúde e responsáveis por suporte técnico e logístico hospitalar, é formada por trabalhadores, em sua maior parte, com baixa escolaridade, baixa remuneração, inserção precoce no mercado de trabalho, realização de atividades repetitivas e que demandam intenso esforço muscular, ritmo acelerado de trabalho e necessidade de tomada de decisões. E, apesar de pertencerem a uma classe trabalhadora que envolve elevado número de pessoas, são, no entanto, alvo de poucos estudos científico (FONTOURA et al., 2014; DEMIRTURK, TUNA, DEMIRDAL,2006).

Fontura, Gonçalves e Soares (2011) descrevem o **serviço de lavanderia hospitalar** como essencial em uma instituição hospitalar, uma vez que oferece roupas hospitalares ao centro cirúrgico, unidade de internação, UTI e ambulatórios e participa indiretamente no controle de infecções hospitalares. Porém, ressaltam que é um setor crítico por possuir risco de adoecimento multifatorial aos seus trabalhadores, riscos descritos como físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e acidentais, além da insatisfação por parte do trabalhador e o número excessivo de horas trabalhadas sem repouso e em pé, que podem corroborar para seu desgaste biopsíquico, acarretando o seu adoecimento.

A literatura ainda descreve o ruído como elevado risco ocupacional nas **lavanderias hospitalares** e a exposição continuada a níveis de pressão sonora elevadas, pode vir a produzir alterações permanentes do limiar de audição dos trabalhadores. Através de um estudo transversal realizado por Fontoura et al. (2014), pôde-se observar que o uso inadequado, ou não uso, do protetor auricular causa danos auditivos sugestivos de Perda de Audição Induzida por Ruído em trabalhadores da lavanderia.

Na análise dos dados obtidos apenas um artigo apresentou o termo “**serviços de apoio**” da **unidade hospitalar**, mas engloba, no seu conceito, apenas os trabalhadores de

higienização, limpeza e lavanderia, visto que no conceito os serviços de apoio logístico são compostos por trabalhadores de processamento de roupa, central de administração de materiais e equipamentos, manutenção, necrotério, conforto e higiene, limpeza e zeladoria, segurança e vigilância e infraestrutura predial. Esse artigo, citado por Moraes et al. (2009), descreve os riscos com acidentes perfurocortantes (risco biológico) e ressalta que o risco para infecção por patógenos se agrava por maioria das vezes não conseguir identificar a fonte principal da infecção (paciente fonte).

Dos grupos dos TSALUH, a busca na base de dados em pesquisa científica demonstrou destaque aos trabalhadores do **serviço de limpeza** por ser uma classe de maior proporção de trabalhadores visto a necessidade de sua presença em todas as áreas hospitalar. Foram identificadas características peculiares do serviço de limpeza pela maior parte ser do sexo feminino, provenientes de trabalho doméstico informal, sem qualificação técnica para exercer a função nas unidades hospitalares. Dois artigos discorrem sobre absenteísmo e a relação com o perfil sociodemográfico dos profissionais do serviço hospitalar de limpeza, evidenciando afastamento predominante no sexo feminino e a relação do absenteísmo com número de filhos, falta de lazer, baixa capacidade para o trabalho e dor musculoesquelética (FONTOURA et al., 2014; FERNANDES et al., 2013).

Ainda sobre **os trabalhadores de limpeza**, uma pesquisa evidenciou o risco elevado de apresentar distúrbios psíquicos menores comparados aos profissionais da área de saúde, uma vez que traça o perfil desses trabalhadores como a predominância do sexo feminino, estresse, falta de tempo de lazer, com a prevalência de distúrbios de depressão e ansiedade (CINTIA, 2015). Outras pesquisas somente descrevem a quais riscos ocupacionais estão expostos e reiteram que o **serviço de limpeza** hospitalar apresenta alta demanda de tarefas, o que pode tornar o trabalho fragmentado e estressante, causando potenciais impactos à sua saúde, como a fadiga, doenças osteomusculares, os transtornos físicos, mentais e emocionais e os acidentes de trabalho (CERON et al., 2015; CHILLIDA et al., 2004; HOHENREUTHET et al., 2017; SOUZA et al., 2016; MARCONATO et al., 2015; MARTERELLO, BENATTI, 2005).

Identificou-se um estudo internacional entre trabalhadores de limpeza hospitalar com o objetivo de investigar sintomas agudos associados à exposição aos produtos de limpeza e práticas seguras de trabalho existentes desses trabalhadores. O estudo demonstrou que os sintomas relacionados aos produtos químicos (várias vezes por mês ou mais frequentemente) foram mais comuns entre os trabalhadores que realizaram a limpeza da área do paciente (44%) do que em outras áreas sem pacientes. Após associar os sintomas por idade, sexo e cargo, estes foram atribuídos à

exposição a produtos de limpeza de carpetes, produtos em spray e solventes. Identificou-se que o uso de práticas seguras eram inexistentes, principalmente no uso regular de equipamentos de proteção individual (LEE et al.; 2014).

Também houve a abordagem, referente aos trabalhadores de limpeza, sobre a terceirização, a qual acarreta na má qualidade do serviço e na saúde do trabalhador devido ao despreparo dos profissionais e desvalorização do serviço. Os resultados desse estudo apontaram alta rotatividade entre dos trabalhadores de limpeza, principalmente em trabalhadores do sexo masculino devido à pouca identificação com o trabalho, visto que o trabalho de limpeza se caracteriza como atividade feminina. Ainda foi identificado como consequências da terceirização a falta de reconhecimento, desprezo e invisibilidade social como fatores (OLIVEIRA et al., 2016).

Outra variável identificada na busca na literatura sobre os trabalhadores de limpeza foi a presença do absenteísmo. Hohenreuth et al., 2017 descrevem em seu estudo que as faltas ao trabalho prevaleceram até nove dias. Os trabalhadores que mais faltaram foram os que tinham até três filhos (53,5%), com renda per capita familiar menor que um salário mínimo (52,4%), que não possuíam outro emprego (43,9%) e estavam acima do peso normal (71,4%). Evidenciou-se associação estatística entre absenteísmo-doença e ter filhos, sofrer acidente de trabalho, não ter tempo para lazer, necessidade de atendimento médico no último ano, suspeição para o alcoolismo, baixa capacidade para o trabalho e dor musculoesquelética

Mediante a síntese da análise dos dados com base na literatura científica, observou-se que os estudos identificados relatam a existência de riscos aos quais os trabalhadores de apoio logístico estão expostos, com ênfase, nos trabalhadores de limpeza, e que elevada é a taxa de acidentes percutâneos com materiais perfurocortantes (CERON et al., 2015; LEE et al., 2014; MORAIS et al., 2009).

Nenhum estudo foi realizado com o objetivo de compreender a autopercepção dos riscos ocupacionais, nem como o uso de instrumento validado voltado a esses profissionais. Existe uma escassez sobre esse conteúdo de todos os trabalhadores do serviço de apoio logístico hospitalar enquanto essenciais e integrantes nos serviços hospitalares.

Pelo exposto, apresenta-se a seguinte **pergunta de pesquisa**: *como mensurar a autopercepção dos trabalhadores dos serviços de limpeza da unidade hospitalar sobre os riscos ocupacionais a que estão expostos?*

Para responder os questionamentos, foram formulados os seguintes objetivos:

Objetivo geral

O objetivo geral do estudo foi desenvolver um instrumento com evidências para investigação da autopercepção de riscos ocupacionais de trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar.

Objetivos específicos

- Caracterizar os riscos ocupacionais identificados relacionados à atividade do serviço de limpeza hospitalar a partir da literatura e dos especialistas da área da saúde do trabalhador.
- Avaliar as evidências de validade de conteúdo de um instrumento de avaliação da autopercepção de riscos ocupacionais de trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar pelos especialistas da área da saúde do trabalhador.

Justificativa do estudo

Estudos sobre riscos ocupacionais desenvolvidos no âmbito hospitalar são, em sua maior parte, relacionados aos profissionais de saúde, principalmente da enfermagem por ser a categoria de maior contingente profissional. No decorrer da minha trajetória profissional e após os poucos dados identificados na literatura sobre a realidade apresentada dos trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar, surgiram indagações enquanto ao enfoque à Saúde do Trabalhador, promoção à saúde e a prevenção de agravos no ambiente de trabalho desses trabalhadores, principalmente dos trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar.

Negrinho e colaboradores afirmam que:

O ambiente hospitalar é considerado um local de trabalho complexo, insalubre e com maior risco de exposição ocupacional a agentes biológicos, por admitir indivíduos portadores de diversas doenças infectocontagiosas, realizar

procedimentos invasivos e ter contato direto a sangue e outros fluídos orgânicos contaminados potencialmente (NEGRINHO et al; 2017 p. 134).

Ao considerar relevância dos profissionais do serviço de limpeza hospitalar como recursos humanos e como serviços essenciais nas unidades hospitalares, o estudo justifica-se pela carência de informações em base de dados da literatura científica sobre como os trabalhadores de limpeza percebem o ambiente que realizam suas atividades e como percebem os riscos ocupacionais existentes. Parte dessa pesquisa foi realizada em período da pandemia do SARS-COV-2 e na prática profissional ficou nítida a invisibilidade e o reconhecimento desses trabalhadores como essenciais na área hospitalar. Esses trabalhadores realizam suas atividades laborais no ambiente de precaução respiratória dessa pandemia e não possuíram elegibilidade prioritária, como os profissionais da área da saúde, para a vacinação prioritária mediante a exposição laboral.

Observou-se na busca da literatura o número elevado de acidentes por material perfurocortante com material biológico decorrentes do produto final dos serviços de assistência em saúde, como descrito por Oliveira et al.:

Uma parte destes ocorrem com os trabalhadores dos serviços de apoio no decorrer de seu processo de trabalho de coleta de lixo hospitalar, e em atividades administrativas, quando tais materiais são descartados em local inadequado, como no chão, lixo comum ou em recipientes erroneamente adaptados. [...] Os acidentes que ocorrem com os profissionais de apoio – higienização e limpeza e lavanderia – merecem atenção, pois envolvem risco de infecção por patógenos sanguíneos e possuem como agravante o fato de que, em muitas situações, não há a possibilidade de identificação do paciente fonte (OLIVEIRA et al., 2016, p. 57).

Garbaccio e Oliveira (2014) afirmam que a biossegurança voltada para a saúde do trabalhador abrange o estudo riscos e se configura em uma área relativamente nova e incipiente para muitas categorias profissionais, a despeito da grande exposição destes, principalmente na área da saúde. As condições de trabalho vividas por muitos trabalhadores do serviço de limpeza, especialmente os atuantes das instituições hospitalares, têm acarretado agravos à saúde, geralmente provenientes do ambiente laboral, da forma de organização e das atividades insalubres que executam.

Com recursos humanos de grandes especificidades, ainda acrescido à terceirização da mão-de-obra, torna-se cada vez mais difícil, na variável Saúde do Trabalhador (ST), a gestão e controle de todos os profissionais presentes nas unidades hospitalares. Pensar na estrutura e organização do hospital envolve todos os profissionais, sejam assistências, de apoio técnico e logístico, uma vez que estes vivenciam os mesmos ambientes e riscos a que estão submetidos os profissionais da assistência em saúde.

Ao aprofundar estudos na área saúde do trabalhador, Shoji e colaboradores (2016, p. 304) ressaltam que existe “nexo causal entre o contexto laboral e os impactos positivos ou negativos sob a saúde das pessoas trabalhadoras” assim, é relevante explorar sobre os trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar, uma vez que tal profissão vem sofrendo com condições laborais precárias e, ainda, o advento da terceirização da mão-de-obra, que repercute, na maioria das vezes, de forma negativa sobre a saúde desses trabalhadores.

Foi observado na literatura alguns fatores, sociais e laborais, os quais podem contribuir para o adoecimento dos TSLH, como a baixa escolaridade, baixa remuneração, inserção precoce no mercado de trabalho, realização de atividades repetitivas. (CERON et al., 2015; CINTIA, 2015; DEMIRTURK; TUNA; DEMIRDAL, 2006; MORAIS et al. 2009).

O serviço de limpeza hospitalar é uma categoria integrante do apoio logístico dos serviços especializados, contribuindo para o funcionamento hospitalar, seja possibilitando a preservação dos bens patrimoniais físicos da instituição, além de promover o bem-estar aos clientes internos e externos, funcionários e visitantes do ambiente hospitalar. Mesmo por apresentar um serviço extremamente importante e essencial, são, no entanto, alvo de poucos estudos científicos.

Contribuição do estudo

A partir dos resultados obtidos pela proposta de pesquisa, o estudo contribuiu para uma nova percepção de saúde voltada aos trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar, visto que estudos anteriores demonstraram alto índice de acidentes e doenças osteomusculares relacionados ao trabalho entre esses profissionais, além da identificação de fatores, como a presença em massa feminina, alta rotatividade e baixa escolaridade, que podem determinar o processo de adoecimento enquanto trabalhadores.

A pesquisa teve ênfase ao desenvolvimento de instrumento que identifique a autopercepção do trabalhador sobre sua exposição aos riscos, devendo proporcionar informações sobre quanto os TSLH estão vulneráveis para o adoecimento no campo laboral e sobre a necessidade da realização de ações direcionadas a essa categoria profissional, a fim de minimizar os danos mediante à complexidade, demandas e exigências do trabalho.

Considerando a promoção da saúde do trabalhador no ambiente de trabalho mediante os riscos ocupacionais, ressalta-se que a pesquisa é inédita e reiteira que o desenvolvimento

do instrumento pode subsidiar informações importantes sobre esses profissionais e servir como modelo para novas pesquisas.

Propostas de projetos de acompanhamento da saúde podem direcionar ações de promoção à saúde do trabalhador que melhorem sua qualidade de vida no trabalho, diagnosticar precocemente trabalhadores doentes em potencial, diminuir a taxa de absenteísmo, reduzir pedidos de licença e aposentadoria precoce e apresentar indicadores da condição de saúde do trabalhador.

Considera-se a relevância desse estudo como projeto da linha de pesquisa “Trabalho, Educação e Formação Profissional em Saúde e em Enfermagem”, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, como embasamento para novos projetos e pesquisas científicas no sentido de minimizar a carência de informações e publicações científicas sobre esses profissionais na área da saúde do trabalhador e despertar para que projetos de pesquisas científicas sejam realizados no sentido de promoção e prevenção da saúde no ambiente laboral hospitalar.

Além disso, almeja-se contribuir com a profissão de enfermagem na perspectiva de que enfermeiro, em muitas instituições hospitalares, é responsável pela gestão e treinamento dos profissionais do serviço de limpeza e, como integrante na área da Saúde do Trabalhador, torna-se agente na prática de prevenção de acidentes, bem como a promoção da saúde no ambiente de trabalho.

Tem-se, também, a intenção de contribuir com o ensino, oferecendo ferramentas para uma melhor compreensão do mundo do trabalho em saúde e enfermagem, a partir da discussão de conteúdos sobre profissionais que possibilitam o desenvolvimento das atividades assistenciais. A partir da elaboração deste estudo, busca-se incentivar, nos futuros profissionais e mesmos naqueles que estão em processo de qualificação, o desenvolvimento de conhecimento e atitudes que permitam a promoção à saúde no trabalho daqueles que dão suporte ao funcionamento das instituições de atendimento em saúde.

Por fim, destaca-se que a presente proposta é consonante ao Objetivo 8 – Trabalho Decente e Crescimento Econômico da *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*, que cita: “proteger os direitos trabalhistas e promover ambientes de trabalho seguros e protegidos para todos os trabalhadores, incluindo os migrantes, em particular as mulheres migrantes em pessoas com trabalho precário” (PNUD, 2016).

Além disso, alinha-se aos objetivos estratégicos do Trabalho Decente, propostos pela Organização Internacional do Trabalho, que englobam: respeito às normas internacionais do

trabalho, em especial aos princípios e direitos fundamentais do trabalho, promoção do emprego de qualidade, extensão da proteção social e fortalecimento do diálogo social.

O Trabalho Decente deve constituir a essência das estratégias mundiais, nacionais e locais para alcançar o progresso econômico e social e para dar cumprimento aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a erradicação da pobreza extrema (OIT,2019).

1 APOIO CONCEITUAL

1.1 Saúde do Trabalhador

Compreender a saúde do trabalhador envolve dimensões sociais, culturais, ambientais e políticas. Sua concepção se estabelece de forma hegemônica de causa e efeito, articulada entre o indivíduo e ambiente, meios de produção e condições específicas geradoras de agravo à saúde, acrescidos ao desenvolvimento de novas tecnologias, às das transformações políticas e econômicas do mercado de trabalho atual e à precarização do trabalho e flexibilização das leis de proteção à saúde do trabalhador (OPAS, 2014).

Em seu aspecto conceitual, a saúde do trabalhador é um campo de práticas interdisciplinares e interinstitucionais com a finalidade de promover saúde do sujeito a partir do pressuposto que o trabalho pode ser condicionante e determinante para adoecimento mediante a vivência em um ambiente de riscos ocupacionais (DALDON; LANCMAN, 2013). Busca intervir na relação entre o sistema de produção e a saúde, no sentido de promover um trabalho que dignifique ao invés de denegrir o homem e minimize ao máximo os danos decorrentes do trabalho de forma a auxiliar na estruturação de uma sociedade que promova a saúde através dos espaços de trabalho.

No contexto histórico e social, desde a Antiguidade a palavra trabalho, vocábulo latino “tripaliu”, carrega em seu conceito aspectos negativos e conflituosos. Já se observava a relação entre trabalho, saúde e doença, porém, relação não valorizada justificada pela força de trabalho ser em maior parte composta por escravos. No pensamento filosófico de Aristóteles, para que as algumas pessoas sejam virtuosas é necessário que haja escravidão de pessoas. Essa percepção negativa referente ao trabalho é desmistificada a partir do período do Renascimento com ideias positivas de ser visto como valor da sociedade e bem-estar do homem (MINAYO; GOMEZ, 1997).

Segundo Grams (2018) nesse período eram realizados alguns estudos isolados, como por exemplo, o do filósofo grego Hipócrates (460-375 a.c.), que em um de seus trabalhos descreveu um quadro de “intoxicação saturnina” (intoxicação pelo chumbo) em um mineiro. Outro trabalho realizado foi o do médico conhecido “pai da medicina ocupacional” Bernardino Ramazzini, em 1700, o qual relacionou as doenças ocupacionais às atividades exercidas pelos trabalhadores em várias ocupações. Existiram outros estudos por médicos e

higienistas sobre a observação qualitativa de condições insalubres no ambiente de trabalho e suas influências no trabalhador, como estudo do médico francês Patissier e Rene Villermé.

A relação trabalho e saúde apresenta-se com ênfase no advento da Revolução Industrial, pois “o trabalhador livre tornou-se presa da máquina, de seus ritmos, dos ditames da produção que atendiam à necessidade de acumulação rápida de capital e de máximo aproveitamento dos equipamentos, antes de se tornarem obsoletos” (MINAYO; GOMEZ, 1997, p.22). Nesse momento de intensificação do trabalho no campo industrial, depara-se com grandes conflitos decorrentes da grande migração de massa trabalhadora para os centros urbanos, na tentativa de melhores salários e melhores condições de vida, ocasionando na extrema exploração da força de trabalho, longas jornadas de trabalho, locais de trabalhos insalubres e, por conseguinte, o adoecimento desses profissionais.

Acrescenta-se, nesse período pós-moderno, que o trabalhador, livre empiricamente, se tornou presa da máquina, num conceito de mais-valia (expansão do trabalho em excedente). Além das condições de trabalho extremamente insalubres já relatadas, reitera-se força de trabalho de mulheres e crianças em ambientes desumanos, sem compatibilidade com a vida. Era ao extremo a proliferação de doenças infectocontagiosas e ao mesmo tempo, o trabalho com máquinas era responsável por mutilações e mortes dos trabalhadores (CIPOLLA, 2014).

A percepção do trabalho como determinante no processo saúde-doença surge em 1970, proposta por Karl Marx, a qual estabeleceu-se um novo olhar sobre trabalho não somente uni como também multicausal no binômio saúde-doença, ou seja, as dimensões social e histórica do trabalho como fatores determinantes no processo de adoecimento e o indivíduo passa a ser compreendido em sua integralidade nas relações de “produção materializadas e as condições específicas de trabalhar” (SANTOS et al.; 2019).

Em termos práticos, com o conceito do trabalho como determinante no binômio saúde-doença, surge a medicina do trabalho, período da Revolução Industrial, primeira metade do século XIX, momento em que a força de trabalho se apresentava em processo acelerado e desumano de produção. A presença médica no trabalho partiu da percepção do proletariado de uma fábrica têxtil sobre a necessidade da existência de um intermediador que reduzisse os danos causados pelo processo de trabalho. Em primeiro contexto, essa percepção parte do pressuposto que quando o trabalhador está em perfeita saúde mais produção terá. (SANTOS et al.; 2019). A proposta da presença médica foi visitar todas as áreas da fábrica de maneira a verificar o efeito do trabalho e as possíveis formas de prevenção para as causas de consumo da força de trabalho do trabalhador.

Esse modelo expandiu-se por países da Europa. Mendes e Dias (1991) afirmam que:

A inexistência ou fragilidade dos sistemas de assistência à saúde, quer como expressão do seguro social, quer diretamente providos pelo Estado, via serviços de saúde pública, fez com que os serviços médicos de empresa passassem a exercer um papel vicariante, consolidando, ao mesmo tempo, sua vocação enquanto instrumento de criar e manter a dependência do trabalhador (e frequentemente também de seus familiares), ao lado do exercício direto do controle da força de trabalho (MENDES; DIAS, 1991, p. 342).

Diante do contexto histórico de lutas por melhores condições de trabalho e leis protetivas, surge a figura do Estado com normas e regras para reger as atividades econômicas, principalmente as laborativas. Em 1833 surge o “Factory Act” como legislação no campo voltado à proteção ao trabalhador da indústria têxtil que usasse força hidráulica ou a vapor e foi proibido o trabalho noturno para menores de 18 anos. Essa legislação levou às indústrias a contratação de médicos com a finalidade de detectar e intervir nos processos que ocasionassem malefícios à saúde dos trabalhadores e que os trabalhadores não se afastassem da linha de produção (GRAMS, 2019).

No início do século XX, surge o Direito do Trabalho com principal objetivo de regular as relações de trabalho, este consequente de problemas sociais e econômicos, a fim de assegurar a proteção ao trabalhador (MARX, 2013). Concomitante à criação do Direito do Trabalho e sua internacionalização, têm-se a criação da Organização Internacional do Trabalho, em 1919, após a Primeira Guerra Mundial, com a finalidade de legitimar todo o conteúdo já contemplado em diversos países, regulando as relações trabalhistas e o estabelecimento de normas a serem seguidas para a proteção do trabalhador. Após seu surgimento, na Conferência Internacional do Trabalho de 1958, instaura-se a denominação “Serviços Médicos do Trabalho” por “Serviços de Medicina do Trabalho” (MENDES; DIAS, 1991).

Após questionamentos dentro de grandes empresas sobre a necessidade de uma equipe com multiprofissionais, surge a “Saúde Ocupacional” com ênfase na “higiene industrial”, refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países “industrializados”. Nesse momento, a atuação multiprofissional busca a racionalidade científica com o objetivo de controlar os riscos ambientais e torna-se tema nas escolas de Saúde Pública. Mendes e Dias (1991) destacam esse ensino nos Estados Unidos (Harvard, Johns Hopkins, Michigan e Pittsburgh) -sendo a saúde ocupacional considerada ramo da saúde ambiental e contribui para o desenvolvimento de fortes unidades de higiene “industrial”, através de “grants” e contratos de serviços com grandes empresas.

Diante dos questionamentos sobre o trabalho e a proteção do trabalhador no ambiente de trabalho, em 1950 a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização

Mundial de Saúde (OMS) estabeleceram o objetivo da Saúde Ocupacional: adaptar o trabalho ao homem e cada homem à sua atividade. Mais recentemente o conceito de “Saúde Ocupacional” ou “Saúde no Trabalho” foi revisto e ampliado pelo Comitê Misto OIT-OMS e estabelece que a atenção à saúde do trabalhador deve estar direcionada à manutenção e promoção da saúde dos trabalhadores e de sua capacidade de trabalho, promover condições de trabalho seguras (GRAMS, 2018).

A partir das transformações e nova percepção do trabalho como condicionante para a saúde, a Saúde do Trabalhador se estabelece como objeto do processo saúde-doença inserido no contexto sociopolítico determinada pela sociedade. Assim, a ST passa ter a concepção protetora de resgate do homem, enquanto ser social, e de promover o ambiente com condições adequadas e preveníveis de acidentes e danos aos trabalhadores (LACAZ,2007).

No Brasil, o movimento pela saúde dos trabalhadores deu-se de forma lenta devido a característica do trabalho agrícola no país. Os primeiros movimentos de proteção ao trabalhador surgiram após segunda guerra mundial com a construção da Siderúrgica na cidade de Volta Redonda e a vinda das primeiras montadoras de veículos para o estado de São Paulo (SANTOS et al.; 2019).

Em janeiro de 1919 é promulgada a Lei 3.724 sobre Acidente do Trabalho e surge o conceito de risco profissional. Em maio de 1943 houve a publicação do Decreto-Lei 5.452 que aprovou a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) com capítulo V referente à Segurança e Medicina do Trabalho. Em 1953, a Portaria 155 regulamenta e organiza as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA) e estabelece normas para o seu funcionamento (STRAUSZ, 2014).

Segundo Lacaz (2007) outras leis importantes de proteção ao trabalhador surgem na década de 60 e 70 com medidas legislativas para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças profissionais. Tem-se criação dos Serviços Especializados em Segurança do Trabalho e o estabelecimento das Normas Regulamentadoras (NR), com aprovação aprovada em 1977 portaria N° 3214.

Um referencial como marco ST no Brasil, enquanto política, foi o movimento de reforma sanitária, meados de 1970, pois até o presente momento não se reconhecia as doenças e os acidentes de trabalho como problemas voltados à saúde pública. Com a reforma sanitária estabeleceu-se um novo conceito de ST e subsidiou contribuições para a conformação no Sistema Único de Saúde (SUS) (LACAZ,2007).

Mesmo com avanços na ST no Brasil, muitos provindos de movimentos operários e de lutas sindicalistas, uma nova perspectiva surge com a VII Conferência Nacional de Saúde

estabelece que o trabalho em condições seguras e o controle dos processos inerentes ao ambiente de trabalho são pré-requisitos para o pleno exercício do acesso à saúde e ações e órgãos devem ser incluídos na Constituição. Assim, em 1988, foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil com artigos especificamente à Saúde do Trabalhador, e, em 1990, o Congresso Nacional decretou a Lei Nº 8.080, “que dispõe sobre as condições para proteção do trabalhador e a existência de serviços de saúde no SUS voltados à saúde e doenças laborais (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018)”.

A Lei Orgânica Lei nº 8.080/90 define o campo saúde do trabalhador como:

[...] conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho consideradas como atribuições do SUS (BRASIL, 1990, § 3º).

Mesmo com avanços da ST no Brasil, a II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1994), ratificou a determinação constitucional de municipalização das ações referentes à ST. O desafio não apresentou êxito pelas dificuldades da consolidação das ações municipalizadas no SUS e por desvelar a participação paritária das entidades sindicais e organizações populares na gestão da ST, marco constitucional da democracia participativa do SUS. “A rigor, essa proposta jamais foi implementada, salvo em situações de excepcionalidade em que pouquíssimos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador” (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018, p. 1966).

Mais à frente, ano de 2000, o Ministério da Saúde inicia a área técnica de Saúde do Trabalhador com a criação de uma rede de serviços intitulada Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), atualmente prevista na Portaria nº 2.728, Portaria GM/MS no 1.679, de 19/09/2002, com o objetivo de articular ações de saúde do trabalhador no contexto do SUS, e como estratégia, composta pelos Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), este, em âmbito municipal, considerando as diretrizes de:

Inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade; implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador; instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador e caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2009, Art. 1º, § 3º).

Nesse contexto, surge em 2004 a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) com objetivo de promover integridade e proteção da saúde dos trabalhadores através de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde, “buscando dar visibilidade a essas questões,

de viabilizar a pactuação entre os setores de saúde, e de fomentar a participação e o controle social” (SANTOS et al., 2019, p.06).

Atualmente, no Brasil, dispõe-se da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, através da Portaria MS nº 1.823/2012, na proposta da redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. Suas diretrizes, como estratégia de atuação do campo do SUS, visam “a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos” (BRASIL, 2012).

Conforme a contextualização histórica, a Saúde do Trabalhador é um campo ainda recente, enquanto parte da Saúde Coletiva, as necessidades da ST devem ser incorporadas como prática integrativas do SUS, de forma pactuada, com o objetivo do fortalecimento do direito à saúde do trabalhador enquanto ser social.

1.2 O trabalho no Ambiente Hospitalar e a Gestão de Riscos

Situados no nível econômico terciário, os hospitais operam por meio de processos internos que apresentam grande complexidade e interdependência (SOUZA et al; 2009). Essa complexidade deve-se às habilidades e a formação da força de trabalho, forma da estrutura organizacional e a especificidade dos serviços prestados a um sistema coordenado de saúde, cuja função é prestar à sociedade completa assistência em saúde nos diversos níveis de complexidade.

Holanda e Martins (2016) definem as instituições hospitalares como organizações com um nível alto de complexidade, com distintos enfoques e perspectivas, seja no vínculo com o sistema de saúde, sistema organizacional peculiar ou pela inovação tecnológica no sistema de saúde.

Segundo Maudonnet (1988, p. 03) “o hospital deve ser encarado como uma instituição dotada de planta física, equipamento e organização adequada para receber pacientes em regime de internação, tratá-los e devolvê-los à comunidade em condições satisfatórias de saúde”. Em um cenário atual, o hospital é visto como uma empresa prestadora de serviços de prevenção, ensino, pesquisa, tratamento e reabilitação.

Ainda de acordo com o autor, no Brasil, historicamente conceituado, o desenvolvimento hospitalar emerge da iniciativa de Braz Cubas, 1953 em Santos, para

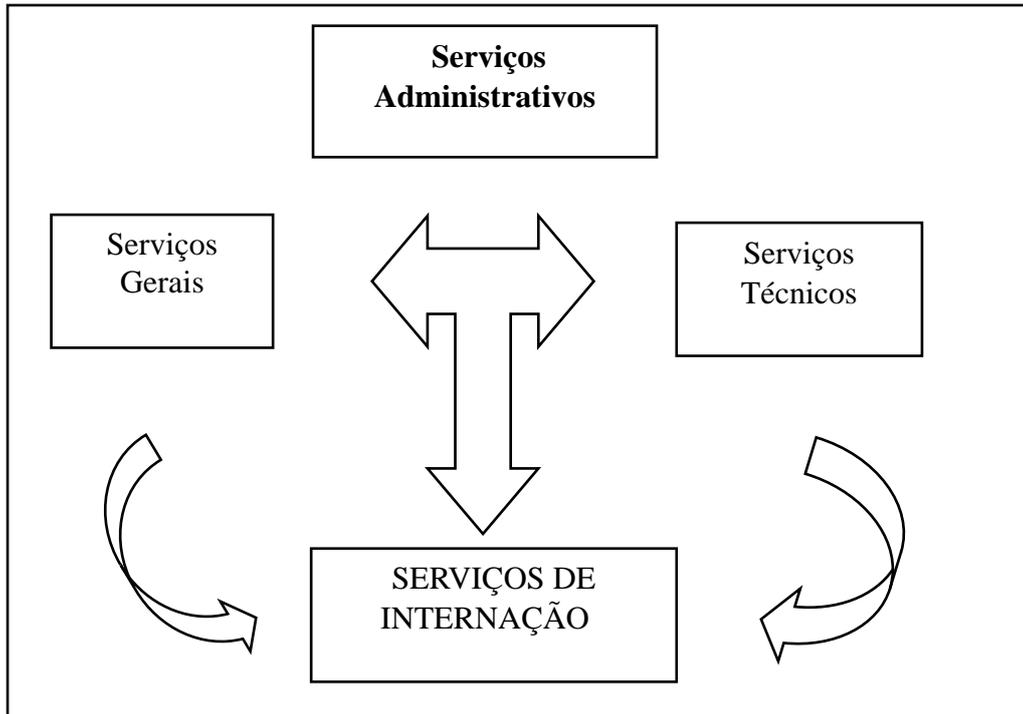
prestação de serviços à forasteiros. Após essa iniciativa, observa-se a descrição das Santas Casas de Misericórdia com objetivo de acolher os enfermos e desvalidos.

Os hospitais começaram sofrer modificações na década de 60, a partir da resolução Nº 300 Previdência Social, quanto à adaptação da estrutura física, equipamentos e organização da mão-de-obra técnica dos profissionais de saúde. Em 1975 o Ministério da Saúde (MS) lança o decreto Nº 76.973 de 31/12/1975 sobre as normas e padrões destinados a serviços de saúde, com competência das Secretarias de Saúde para aprovação dos projetos e autorização de funcionamento, dentro das normas e padrões estabelecidos na legislação (CINTRA, 2008).

Atualmente, o setor de saúde brasileiro vivencia constantes transformações e busca maneiras diferentes de alcançar a descentralização das políticas de saúde proposta pelo Sistema Único de Saúde. Essas mudanças e novos métodos de produção causam intensificação do trabalho, que se traduz em uma série de agravos à saúde. Como consequência, gera instabilidade de emprego e as condições em que o trabalhador exerce suas atividades laborais geram novas situações de vulnerabilidades, alta mobilidade empregatícia, assim, surgem novos riscos ocupacionais que expõe o trabalhador e sua saúde (TARANTOLA; ABITEBOUL; RACHLINE; 2016).

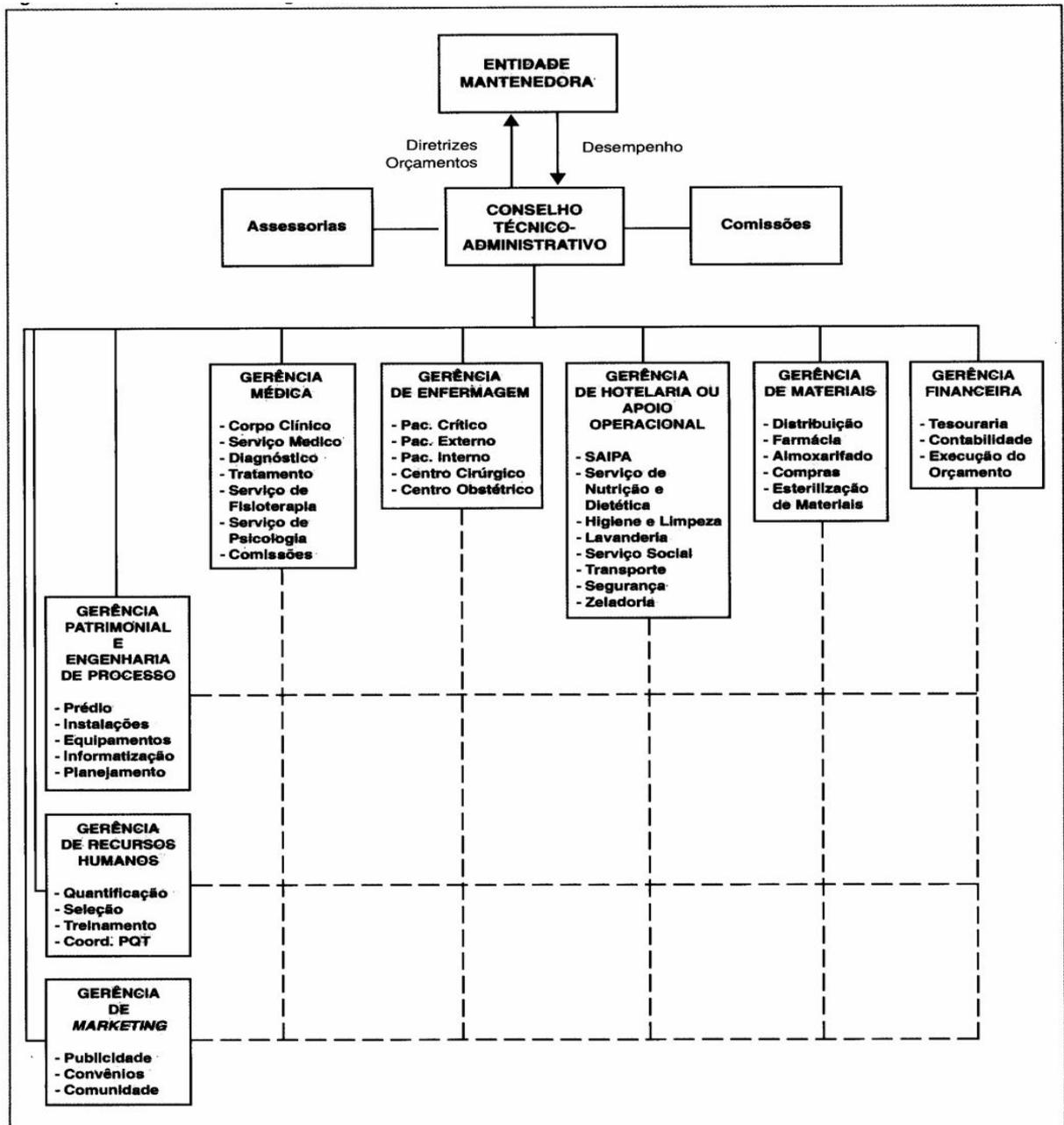
Sua organização, enquanto empresa, é composta pelos segmentos de administração, finanças e tesouraria, compras e materiais e pessoal (mão-de-obra). O grupo de profissionais é composto de profissões e objetivos diferentes, descritos conforme Maudonnet (1985, p.11) como: corpo clínico, formado por médicos, que possui controle de gestão da maior parte hospitalar devido ao conhecimento necessário para execução da função básica do hospital. Outro grupo de profissionais, é definido pelo autor como paramédicos, composto por enfermeiros, grupo em maior proporção de pessoal, incluindo os auxiliares, atendentes, os técnicos do serviço de laboratório e radiologia. O organograma do funcionamento é demonstrado nas Figuras 2 e 3.

Figura 2: Organograma Funcional do Hospital



Fonte: MAUDONNET, 1988, p. 13.

Figura 3: Organograma administrativo hospitalar



Fonte: GONÇALVES,1988, p.85.

Fernandes (2002) divide o quadro de profissionais em quatro grupos:

1. Quadro técnico estruturado por profissionais formados e habilitados para desenvolver atividades voltadas à prática assistencial, com destaque o pessoal da enfermagem;
2. Profissionais formados para desenvolver atividades específicas, como fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, pessoal do centro de imagem, entre outros;
3. Profissionais administrativos, como advogado, analista, engenheiro;

4. Funcionários dos serviços de apoio ou serviços gerais.

Pensar na gestão de risco envolve os níveis de exigências das organizações hospitalares mediante a prestação de serviços de qualidade. O processo de gestão de riscos pode ser aplicado em qualquer situação, seja em instituições públicas ou privadas, com o objetivo de prover segurança aos profissionais e pacientes no ambiente hospitalar (FELDMAN, 2009).

A introdução da estratégia de gestão de risco permeia-se na perspectiva de um ambiente de trabalho seguro, deverá estar focada no controle dos riscos no ambiente. Existem muitas questões relacionadas à segurança e saúde referentes às instalações. Feldman (2009) descrevem situações de exposição a riscos químicos, biológicos, ergonômicos. Referente aos profissionais, os perigos se relacionam de acordo com as atividades exercidas no ambiente de trabalho. As profissões descritas são: engenheiros e técnicos para manutenção, nutricionistas, hotelaria, vigias, porteiros além dos profissionais da saúde.

Essa variedade profissional, muitas vezes, dificulta na gestão de riscos e programas de qualidade e prevenção de acidentes. Segundo Balthazar et al. (2017, p. 3483) “partir da incorporação de novas tecnologias e do avanço científico, os gestores hospitalares se defrontaram com os denominados riscos ocupacionais e os agentes de risco nos ambientes de trabalho, além das novas situações que também são produtoras de perigos e riscos”.

O conceito de risco associa-se à probabilidade e à magnitude da ocorrência de eventos onde o cenário de inserção é o ponto de partida para o pressuposto das ocorrências (RANGEL, 1994). Sobre os riscos ocupacionais, são definidos como fatores inerentes ao ambiente e às condições de trabalho que podem ocasionar acidentes e denegrir a saúde do trabalhador durante as atividades laborais (FERREIRA et al., 2018).

Referente às responsabilidades dos gestores, almeja-se uma atenção especial quanto às obrigações legais perante a legislação trabalhista por meio de programas de treinamento e reciclagem adequados aos riscos, à utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), à existência de um grupo apto para o atendimento a sinistros tais como incêndio, falta de energia elétrica, inundações, como atuar no plano de emergência e averiguar se os pacientes e visitantes recebem algum tipo de orientação de segurança durante as suas visitas (BALTHAZAR, 2017).

A Norma Regulamentadora (NR) N° 01 (BRASIL, 2020) dispõe sobre o gerenciamento de riscos ocupacionais, ratificada em 09 de março de 2020, a qual afirma a obrigatoriedade de medidas de prevenção em Segurança e Saúde no Trabalho de forma obrigatória pelas organizações e pelos órgãos públicos da administração direta e indireta, bem

como pelos órgãos dos Poderes Legislativo, Judiciário e Ministério Público, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (BRASIL, 2020).

Segundo Balthazar et al. (2017, p. 3483), no âmbito hospitalar, questões de segurança e qualidade não devem ser direcionadas exclusivamente aos profissionais assistenciais, mas sim a todos os profissionais que executam suas atividades e procedimentos rotineiros no ambiente. “A gestão dos riscos em ambientes hospitalares pode ser definida como um conjunto de ações que, embora não garanta nenhum evento adverso, tenta minimizar as possibilidades de ocorrências, por meio dos investimentos possíveis”.

Salienta-se que a gestão hospitalar se torna complexa mediante às funções dos trabalhadores e o ambiente laboral em que estão inseridos. A NR N° 09 (BRASIL, 1978) estabelece de forma obrigatória a elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA, NR cuja definição será modificada a partir de agosto de 2021 com a titulação Avaliação e Controle das exposições Ocupacionais a Agentes Físicos, Químicos e Biológicos (BRASIL, 2020). Têm por finalidade reconhecer, desenvolver e implementar medidas que garantam a saúde e integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais.

De acordo com Ferreira et al. (2018) as intervenções sobre os fatores do ambiente de trabalho devem ser criteriosas e incluir

[...] o conteúdo das tarefas, dos modos operatórios, dos postos de trabalho, do ritmo e da intensidade do ofício, dos fatores mecânicos, das condições físicas do posto laboral, das normas de produção, dos sistemas de turnos, dos fatores psicossociais e individuais e da relação de trabalho entre colegas e chefias. Além disso, contempla as medidas de proteção coletiva e individual implementadas pelas empresas e as estratégias de defesa individuais e coletivas adotadas pelos trabalhadores (FERREIRA et al., 2018, p. 361).

1.3 Serviço de limpeza hospitalar

Pensar nessa profissão, em sua singularidade, de qualquer maneira está presente no cotidiano do indivíduo, seja em sua vida familiar, profissional ou social. O dicionário da língua portuguesa define a palavra "limpeza" como “substantivo feminino, qualidade de limpo, de asseado”.

Sua importância é notória em todas as civilizações, já advinda desde o período paleolítico. Na Mesopotâmia, séculos IX-X, o serviço de limpeza é altamente recomendado pelas culturas persa, egípcia e árabe (CHAVES et al., 2014). Mesmo com seu desenvolvimento, o autor reitera a dificuldade de publicação de livros com enfoque no serviço de limpeza, e a importância desse setor destaca-se por contribuir na expansão da prevenção e controle de infecção hospitalar, com isso, tem-se uma “nova era na limpeza e higiene hospitalar, a era da mudança de valores e conscientização da real importância desse serviço antes tão esquecido”.

No contexto hospitalar, antes esse local era destinado aos pobres, localizados fora da zona urbana. A assistência prestada cabia às pessoas leigas, principalmente de cunho religioso como forma de prestação de caridade. Entre o século XVIII e XIX, torna-se comum a prática médica com a construção do espaço terapêutico, antes destinado como forma de isolamento social e propagação de doenças. Por conseguinte, parte-se do pressuposto de um ambiente limpo, e questões sobre o uso das camas de madeira (MIRANDA, 2017).

Antes no cenário hospitalar, os pacientes permaneciam em macas e esteiras, tamanha era a sujeira desses locais, que os profissionais de enfermagem se equipavam de máscaras embebidas em vinagre por conta do mau cheiro. Não havia isolamento, elevada era a taxa de mortalidade e a propagação de doenças infecciosas. Somente no século XX, com a “Era Bacteriológica”, pensou-se na questão de limpeza e técnicas assépticas, como a utilização do hipoclorito e agentes desinfetantes (MEZOMO, S.D).

Face à percepção de um ambiente passível de descontaminação, acrescenta-se como referência Florence Nightingale com a criação de higiene que contribuíram no controle de mortalidade dos soldados feridos nos campos de batalha. De acordo com Medeiros, Ender e Lira (2015, pg) tal percepção foi interpretada “como todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo, são capazes de prevenir, suprimir ou contribuir para a doença e levar a morte”.

É nítido que sempre existiu uma preocupação no que se refere a limpeza do ambiente hospitalar. Maurer (1985) afirma que a higiene no ambiente hospitalar é determinada por pessoas e esta seria a maneira da criação de ambientes padrões, com uso de materiais e equipamentos que proporcionem com baixas condições de contaminação hospitalar.

Para Salles:

A limpeza hospitalar é o processo de remoção de sujidades de superfície do ambiente, mediante a aplicação de produtos químicos, ação física, aplicação de temperatura ou combinação de processos. Ao limpar superfícies de serviços de saúde, pretende-se proporcionar aos usuários um ambiente com a menor carga de

contaminação possível, contribuindo na redução da possibilidade de transmissão de patógenos oriundos de fontes inanimadas, através das boas práticas em higiene e limpeza hospitalar (SALLES, 2011 p. 5).

“A higienização hospitalar pode ser feita de diferentes formas e possui grande importância, pois, a ocorrência de uma infecção depende não apenas de um patógeno, como também de um hospedeiro e de um meio ambiente adequado para a sua proliferação” (LEAL; RIBEIRO; LIMA, 2017; p. 64).

Como finalidade, o serviço de limpeza hospitalar deve manter limpo e em ordem todas as dependências do hospital, seja interna ou externa, garantindo higiene, conforto e segurança dos pacientes e dos profissionais que trabalham na unidade (FERNANDES, 2002).

Torres e Lisboa (2001) afirmam que esse serviço depende da política de cada instituição, mas possui reais objetivos como: contribuir para aparência e imagem da instituição; prevenir deterioração dos objetos e materiais; promover segurança e conforto aos pacientes e aos profissionais da instituição; contribuir no controle de infecção hospitalar; contribuir para a integração dos diferentes serviços visando ao intercâmbio científico e à melhora da qualidade do serviço.

A importância no serviço de limpeza manifesta-se de forma administrativa quanto técnica. Esse serviço caracteriza-se por possuir relacionamento com os demais serviços do hospital, proporcionar garantia e segurança aos pacientes, contribuição para as infecções hospitalares. Mezomo (S.D.) afirma que como qualquer outro serviço hospitalar, esse serviço necessita de uma área específica e própria, seja para chefia e treinamento de pessoal, como a guarda de materiais. Acrescenta que os instrumentos de trabalho utilizados pelos profissionais de limpeza são: vassoura (conforme indicação da unidade), rodos, baldes, escadas, esponjas sintéticas, enceradeiras, mangueiras, pá de lixo, pulverizadores, maquinário para lavagem, panos para limpeza e esponjas de aço.

Pela característica hospitalar, para cada área há a necessidade de cuidados específicos e direcionados na execução das atividades laborais dos TSLH devido ao tipo de material, superfícies, equipamentos, mobília, a fim de atingir o objetivo da execução do tipo de limpeza e evitar danos patrimoniais. Nesse sentido, as inadequações do serviço de limpeza e o despreparo dos trabalhadores podem acarretar sanções para o hospital por descumprimento de normas sanitárias (CHAVES et al, 2015).

No dimensionamento de pessoal não existe regra padronizada quanto ao quantitativo de profissionais no serviço de limpeza, mas o serviço deve ser planejado de acordo com os fatores que interferem no ambiente e dificultam o serviço. Neto e Malik (2011) descrevem que para o dimensionamento no serviço de limpeza não se deve basear de acordo com o

quantitativo de leitos, mais também pela utilização de metragem da área física construída, considerável limpeza de 400 m² por jornada de 8 horas em áreas livres e 300 m² em áreas fechadas. Ainda acrescentam os fatores de dimensionamento como:

Classificação das áreas hospitalares sob o aspecto criticidade; região onde o hospital localiza-se: zona rural ou urbana; planta física e idade de construção, condições internas de trabalho, especialidade do hospital, grau de exigência dos clientes interno e externo; política administrativa do serviço; taxa de ocupação hospitalar e fluxo diário da população flutuante; dinâmica de liberação de vagas; proporção entre quartos e enfermarias; jornada de trabalho adotada pela instituição; disponibilidade e tipo de equipamento de trabalho; qualificação da mão de obra disponível considerando grau de escolaridade, idade e portadores de obesidade e doenças crônicas (NETO; MALIK, 2011, p. 249).

Mediante a especificidade do serviço, observa-se a necessidade de capacitação na finalidade de obtenção da qualidade no serviço prestado. Neto e Malik (2011) salientam ser desafiador essa premissa, pois há necessidade da mudança de hábitos e atitudes dos TSLH, como por exemplo, a lavagem das mãos no período de trabalho. Portanto, os programas de capacitação tornam-se necessários no conceito de higiene e limpeza, das nomenclaturas utilizadas no local de trabalho, o manuseio de equipamentos, principalmente no uso de produtos de limpeza e abordar técnicas de preservação do meio ambiente.

Sobre as atividades prescritas desses profissionais no ambiente hospitalar, a literatura descreve a realização de serviços definidos como limpeza concorrente, na qual é realizada diariamente no ambiente como remoção de sujidades aparentes no ambiente, limpeza terminal, definida como limpeza em todo ambiente, horizontal e vertical, geralmente quando há alta de pacientes, óbitos e transferências, e gestão de resíduos, definida como operacionalização dos resíduos do ambiente hospitalar, seja na segregação, coleta, armazenamento. Ressalta-se que a limpeza concorrente representa maior contexto do serviço de limpeza, desprendida em áreas críticas e semicríticas (NETO; MALIK; 2011).

A frequência de limpeza/desinfecção, como rotina, depende da realização de procedimentos e se estabelece de acordo com a área a qual objetiva-se eliminar toda a sujidade e, conseqüentemente, os microrganismos que podem desencadear infecções. “Essas regiões hospitalares são classificadas de acordo com o risco de transmissão de infecções para os pacientes em que nelas se encontram” (LEAL; RIBEIRO; LIMA, 2017; p. 64).

De acordo com os autores supracitados, as áreas hospitalares são classificadas como:

- Áreas críticas: são áreas com grande potencial de contaminação, onde são realizados inúmeros procedimentos invasivos ou que possuem pacientes imunodeprimidos com grande potencial para infecções, sendo necessária limpeza duas vezes ao dia ou quando necessário;

- Áreas semicríticas: ambiente com menor risco de transmissão de infecção, mesmo com presença de pacientes, sendo recomendada higiene uma vez ao dia ou quando necessário;

- Áreas não críticas: locais onde não há presença de pacientes, onde não há risco de transmissão de infecções, sendo necessária limpeza uma vez ao dia ou quando necessário.

Sobre o dimensionamento pessoal dos TSLH, Chaves et al. (2015) descrevem que para esse dimensionamento são utilizados critérios como:

[...] a qualificação da equipe disponível, jornada de trabalho, classificação das áreas hospitalares sob o aspecto criticidade, planta física e idade da construção, região onde o hospital se localiza (zona rural ou urbana), condições internas de trabalho, grau de exigência dos clientes internos e externos, política administrativa, dentre outros (CHAVES et al., 2015, p.21).

Mezomo (S.D) afirma que o dimensionamento da equipe de limpeza hospitalar também pode ser feito por metro². Em média, o trabalhador de limpeza executa sua atividade diária de 400m² em uma jornada de oito horas em área não críticas, e de 300 m² em áreas fechadas. Outros fatores que influenciam no dimensionamento como o número de leitos da unidade, taxa e ocupação/internação, fluxo flutuante de pacientes.

Referente ao treinamento dos TSLH, a NR N° 32 (BRASIL, 2005) descreve que a responsabilidade pela capacitação dos profissionais do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde deve acontecer, em caso de terceirizados, entre as duas empresas, contratante e contratada. A empresa contratada deve certificar a capacitação e que as atribuições desses trabalhadores estejam descritas em um contrato de trabalho (ANVISA, 2012).

Mediante às peculiaridades hospitalares, esses trabalhadores necessitam de supervisores e treinamentos constantes sobre todas as técnicas relacionadas às atividades, de forma teórica e prática. O Quadro 1 descreve a abordagem multidisciplinar no ambiente hospitalar voltada aos TSLH.

Quadro 1 - Contribuição da equipe multiprofissional nas capacitações para a equipe de limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde (continua)

Profissionais	Abordagens
Líder ou supervisor	Postura; técnicas de limpeza; apresentação de materiais e equipamentos e técnicas de utilização
Enfermeiro do Trabalho	Prevenção e controle de doenças ocupacionais; orientação sobre vacinação e

Quadro 1 - Contribuição da equipe multiprofissional nas capacitações para a equipe de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde (conclusão)

	programa de prevenção de riscos de acidentes, incluindo a utilização de EPI e EPC.
Farmacêutico	Produtos químicos.
Gerente de hotelaria	Interfaces do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies com a Hotelaria e demais serviços institucionais.
Recursos humanos	Políticas institucionais; benefícios e direitos e deveres.
Psicólogo	Dinâmicas de grupo; técnicas de relaxamento e integração. Focadas principalmente na autoestima da equipe do Serviço de Limpeza e Desinfecção em Serviços de Saúde.
Fisioterapeutas/Profissional de Educação Física	Ginástica laboral.
Médico ortopedista	Lesão por Esforço Repetitivo (LER) ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) e prevenção de problemas posturais.
Nutricionista	Alimentação saudável para a prevenção de doenças.
SCIH	Medidas de precaução e de isolamento; higienização das mãos; papel do SCIH na prevenção e controle das infecções em serviços de saúde; interface do SCIH com o Serviço de Limpeza e Desinfecção de superfícies em Serviços de Saúde.
Gestor de qualidade	Contribuição do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies para a qualidade de serviços institucionais.

Fonte: ANVISA, 2012, p. 41

É notório que esses profissionais são essenciais no ambiente hospitalar, apesar de sua importância, constitui-se um grande desafio a compreensão, por parte dos gestores, a adaptação eficiente desses profissionais no ambiente de trabalho, bem como valorização profissional. O serviço de limpeza tem contribuição na prevenção de infecções e na promoção de um ambiente confortável e aconchegante para os usuários e os profissionais da saúde.

1.4 Desenvolvimento de instrumentos de medida em saúde

Atualmente, torna-se cada vez mais necessário a utilização de instrumentos de pesquisa os quais permitem que o pesquisador atinja seus objetivos. Mesmo com algumas demandas de instrumentos, muitos se tornam ineficazes quando se pretende abordar grupos específicos, como por exemplo, uma avaliação psicométrica dos profissionais do serviço de limpeza.

A mensuração permite adquirir conhecimento sobre pessoas, objetos, eventos e processos de observação, tornando-se cada vez mais fundamental nas atividades de pesquisas, afirmado por Ducan em 1984, sobre a mensuração como raízes da medição que estão no processo social e que esses processos e suas medições realmente precedem a ciência (DEVELLIS, 2017).

De acordo com Raymundo (2009, p. 87) “a validação é o processo de examinar a precisão de uma determinada predição ou inferência realizada a partir dos escores de um teste. Validar, mais do que a demonstração do valor de um instrumento de medida, é todo um processo de investigação”. Ou seja, a validade do instrumento baseia-se nos resultados, pois a cada utilização do instrumento, corresponde a uma interpretação dos resultados. A partir das respostas constitui-se uma estrutura estatística para possibilitar um julgamento do seu desempenho. A estatística, longe de ser apenas uma complicação matemática, tem se mostrado um instrumento extremamente útil na organização e na interpretação dos dados.

Na mensuração psicológica são usados numerais para representação do nível da atribuição psicológica, porém, cada representação psicológica possui atributos diferentes e caminhos diferentes dependendo da sua natureza. Os “números servem simplesmente como rótulos de categorias”, estas devem ser elaboradas com letras, nomes ou numerais (MICHAEL, 2018, p. 20).

Souza, Alexandre e Guirardello (2017) descrevem a crescente produção de questionários ou instrumentos de medida que avaliam características psicossociais e diversos desfechos em saúde, porém salientam que os mesmos devem ser validados de maneira adequada. Para tal fato, há necessidade de conhecer os instrumentos detalhadamente – itens, domínios, formas de avaliação e, especialmente, propriedades de medida –, antes de utilizá-los.

Raymundo (2009) complementa que no desenvolvimento de instrumentos de medida em saúde, sem critérios estabelecidos pelas etapas psicométricas, pode comprometer

qualidade da pesquisa e gerar interpretações errôneas do fenômeno investigado. Desde o processo de construção até a verificação das evidências de validade, os instrumentos, ao serem considerados aptos, devem oferecer dados precisos, válidos e interpretáveis para a avaliação de saúde da população.

Além disso, as medidas devem fornecer resultados cientificamente robustos. Souza, Alexandre e Guirardello (2017, p. 650) afirmam que o desempenho dos resultados é devido à “confiabilidade e validade dos instrumentos. Ainda que divergentes em alguns quesitos, pesquisadores são unânimes em considerar como principais propriedades de medida de instrumentos a confiabilidade e a validade”. Ainda de acordo com os autores, a confiabilidade é definida como:

A confiabilidade – ou fidedignidade – é a capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, ou a partir de observadores diferentes, indicando aspectos sobre coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade. Trata-se de um dos critérios principais de qualidade de um instrumento (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017, p. 650).

O processo de verificação da validade do instrumento é contínuo, permeia desde sua construção e pressupõe-se sua utilização várias vezes, ressalva que a cada aplicação há interpretação de diferentes resultados, mas que sejam fidedignos. “Valida-se não propriamente o teste, mas a interpretação dos dados decorrentes de um procedimento específico” (DEVELLIS, 2017, p. 17).

Raymundo descreve sobre a fidedignidade do teste ou instrumento de medida como:

A fidedignidade de um teste ou de qualquer outro instrumento de medida, que apresenta resultados consistentes daquilo que pretende medir, é condição necessária para a validade. É geralmente expressa por alguma forma de coeficiente. A fidedignidade de um teste, por exemplo, indica até que ponto as diferenças nos escores são decorrentes de variações na característica examinada e não de erros casuais (RAYMUNDO, 2009, p. 89).

Na construção de instrumentos de medida, é fundamental que os objetivos sejam estabelecidos e que estes tenham conexão com os conceitos a serem abordados, bem como a definição da população a ser estudada, como recomenda o *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System - PROMIS* (2013).

Segundo PROMIS (2013), com a descrição dos estágios do desenvolvimento científico do instrumento, desde a conceituação até a evidência de propriedades psicométricas em várias populações diversas, o modelo é usado em conjunto com os padrões e documentos de orientação a fim de auxiliar no desenvolvimento do instrumento para que este atenda aos critérios de padrão científico, desde o agrupamento de itens ou desenvolvimento de escala até instrumentos totalmente validados, prontos para uso em pesquisa clínica e prática.

Colluci, Alexandre e Milani (2013) reiteram que estabelecido o levantamento conceitual e os objetivos do estudo, faz-se necessária a caracterização da população-alvo como justificativa da relevância na criação de um instrumento específico, pois quanto maior forem as informações mais completa torna-se a especificação do constructo como instrumento útil e válido acerca do fenômeno estudado. O termo constructo refere-se ao conceito e aos comportamentos de um fenômeno ou realidade que podem ser psicologicamente mensurados.

Como conteúdo de validação, ao criar-se um instrumento de medida em saúde torna-se necessário uma prova piloto, definida como pré-teste. Kim (2009) considera o pré-teste como forma de averiguar se o instrumento de medida avaliado transmite aos entrevistados todos os aspectos, ou algumas partes, do que ele tem a intenção de comunicar. Segundo Silva; Macedo e Silva (2013), o teste piloto avalia aspectos relacionados ao tempo da aplicação do questionário, resistências psicológicas, compreensão dos itens, correta categorização das respostas, tipos de perguntas mais adequadas, entre outros.

Estabelecida a etapa do pré-teste, tem-se a validação de critério e a validação do constructo. A validade do constructo representa a forma de verificar a hipótese do fenômeno investigado. Já a validade de critério, refere-se à avaliação do instrumento com algum critério externo de medida já existente, ou seja, avalia se o resultado das medidas do teste se adequa a uma medida estabelecida como padrão-ouro. (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2010).

Construir um instrumento de pesquisa compreende a observação do fenômeno e determina o processo de medição e as questões científicas de maneira mais profunda. Devellis (2017) afirma que quando há medição de objetos de interesse científico, o raciocínio envolvido quantifica o fenômeno de interesse e lança “nova luz” sobre o próprio fenômeno. Portanto, exige do pesquisador um aprofundamento teórico existente do objeto de interesse para que o instrumento responda de maneira científica seus questionamentos e as lacunas existentes.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Ao desenvolver uma pesquisa científica, pretende-se compreender e analisar os fenômenos por meio de um conjunto de técnicas e métodos. A necessidade da pesquisa surge de inquietações, de respostas e lacunas a serem buscadas, de dúvidas de algum tema e para corroborar para novos esclarecimentos sobre alguns pensamentos.

Lakatos e Marconi (2003, p. 155) definem a pesquisa “como procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo do conhecimento”. Desenvolve-se por um processo constituído de várias fases, desde a formulação do problema até a apresentação e discussão dos resultados.

A pesquisa científica permite busca do conhecimento e, para essa construção, há necessidade de um método que defina a ordem dos diferentes processos necessários para atingir o resultado esperado da pesquisa. Tem-se o método científico, definido, de acordo com Cervo, Bervian e Silva (2007, p. 27) como “o conjunto de processos empregados na investigação e na demonstração da verdade”.

Tratou-se de um estudo psicométrico, na perspectiva da elaboração de um instrumento com objetivo potencial de identificar a autopercepção dos riscos ocupacionais dos TSLH. Michael (2018) cita Galton (1978) como precursor da psicometria, o qual trouxe uma abordagem psicológica diferencial com a finalidade de compreender a diferença entre as pessoas. Parte do princípio de que a psicometria é “medição de características mentais” e que todas as aplicações das ciências comportamentais dependem da capacidade de identificar e quantificar a variabilidade no comportamento humano. Os autores ainda reiteram que:

Informações psicométricas úteis sobre as amostras podem ser obtidas apenas se as pessoas diferirem em relação ao comportamento que estamos amostrando. Se um procedimento de amostragem comportamental produz diferenças individuais, as propriedades psicométricas das pontuações obtidas no procedimento de amostragem podem ser avaliadas em uma ampla variedade de dimensões (MICHAEL, 2018, p. 43).

Por conseguinte, a psicometria torna-se uma importante ferramenta para auxiliar nos questionamentos dos construtos e objetos de investigação. Ressalta-se que é uma forma de construção de evidências sobre um constructo com a finalidade de comparar ou refutar por meio de métodos quantitativos (REPPOLD et al; 2015).

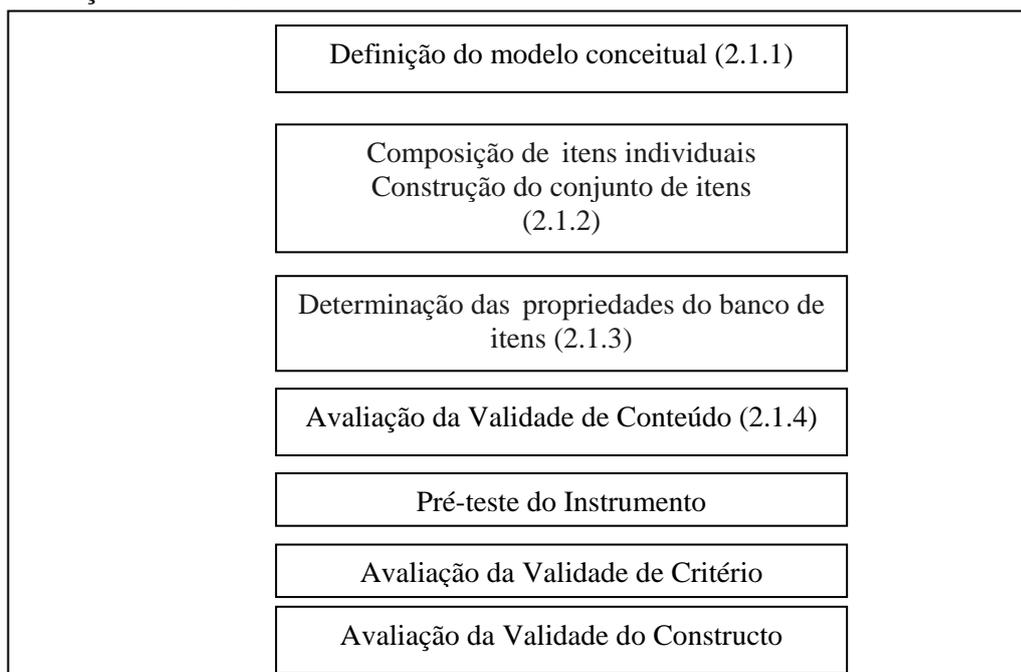
2.1 Etapas do desenvolvimento do instrumento de medida sobre autopercepção dos riscos ocupacionais de trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar

Foi desenvolvido um instrumento de autoaplicação para trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar, com o objetivo de captar ao máximo as informações sobre a “autopercepção dos riscos ocupacionais dos trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar”.

O desenvolvimento do instrumento de pesquisa tem por finalidade a especificação das categorias comportamentais que representam o objeto a ser medido e a operacionalização dos construtos em itens. Na sua elaboração, é necessária a definição das dimensões do teste. A construção dos itens precede-se de acordo com as características da população em estudo (REPPOLD; GURGEL; HUTZ, 2014).

“Os processos de elaboração e/ou adaptação de uma escala ou teste psicológico são bastante complexos, exigindo a execução de uma série de requisitos relacionados a sua fidedignidade e validade que são determinantes para a sua efetividade” (FARSEN; FIORINI; BARDAGI, 2017, p. 163). O Quadro 2 representa as etapas do desenvolvimento dos instrumentos de medida em saúde.

Quadro 2 - Etapas do processo de desenvolvimento de instrumentos de medida de avaliação em saúde



Fonte: PROMIS, 2013.

Nessa pesquisa, para atingir os objetivos propostos, exigidos na psicometria, o desenvolvimento do instrumento de medida sobre a autopercepção dos trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar realizou-se até a etapa de validação da **validade de conteúdo**, etapas sinalizadas no Quadro 2. As validações psicométricas demandam tempo, portanto, para atender os prazos estipulados pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ., a avaliação psicométrica permitiu-se até a validade de conteúdo. A literatura afirma que os instrumentos de medida desenvolvidos precisam ser aptos, válidos e fornecer dados precisos antes da sua aplicação à população alvo, além da repetição de testes para obter informações mais robustas sobre o fenômeno investigado, por isso, demandam tempo de pesquisa (COLLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2013).

O desenvolvimento do instrumento desenvolveu-se em duas etapas distintas, seguindo as recomendações da validação psicométrica. A primeira etapa foi representada pelas respectivas etapas:

- Estabelecimento da estrutura conceitual sobre os TSLH a partir da literatura;
- Caracterização do ambiente de trabalho realizada por especialistas da área Segurança e Saúde do Trabalhador;
- Desenvolvimento, de forma preliminar, do instrumento de medida em saúde com a finalidade de avaliar a autopercepção dos riscos e danos ocupacionais dos trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar.

A segunda etapa desenvolvida foi referente a validação psicométrica: avaliação da composição da estrutura e dos itens do instrumento realizada por revisores especialistas na área de Segurança e Saúde do Trabalhador através do Cálculo da Razão da Validade de Conteúdo (CVR) e a realização da revisão e formatação do instrumento desenvolvido na primeira etapa.

2.1.1 Estabelecimento da estrutura conceitual a partir da literatura

Esta fase foi descrita pelo estabelecimento dos elementos conceituais teóricos e práticos do fenômeno que se pretendeu pesquisar. Nesta pesquisa, a partir da revisão da literatura realizada sobre o campo de conhecimento, foram estabelecidos os riscos ocupacionais teóricos do trabalho do serviço de limpeza do ambiente hospitalar.

Foi realizada uma busca em base de dados de pesquisa científica PubMed, Lilacs, BDeInf utilizando os descritores identificados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): *Saúde do Trabalhador*, *Riscos Ocupacionais*, *Serviço Hospitalar de Limpeza*. A busca foi realizada no período de fevereiro de 2020 a maio de 2020. Os critérios de inclusão foram artigos na íntegra, sem delimitação de tempo e país que abordassem sobre as características dos trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar e os fatores inerentes ao ambiente de trabalho, os quais se caracterizavam como riscos ocupacionais. Foram excluídos os artigos que não abrangiam o assunto e fugiam aos trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar. Foram identificados 33 estudos, após leitura dos artigos e aproximação do tema, 12 artigos foram selecionados para caracterizar os riscos ocupacionais existentes dos trabalhadores do serviço de limpeza a partir da literatura.

2.1.2 Estabelecimento da estrutura conceitual a partir dos especialistas da área do conhecimento

Nessa etapa, para confirmar e caracterizar os riscos ocupacionais existentes e potenciais inerentes à atividade dos trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar, foi desenvolvida através das entrevistas realizadas com especialistas da área da Segurança e Saúde do Trabalhador para estabelecer os riscos decorrentes da atividade dos TSLH, realizada no período entre maio e junho de 2020. A ideia primária para essa caracterização seria realizada por entrevistas com os sujeitos do instrumento, os TSLH, a partir de grupo focal a ser desenvolvido em uma unidade hospitalar, porém, a pesquisadora não obteve aprovação da empresa para que fosse realizada a pesquisa. Entende-se que pesquisas na área da ST constituem-se desafiadoras devido aos cotidianos institucionais, às vezes marcadas por disputas e preconceitos técnicos institucionais, ocasionam confrontos no campo do fazer, operar (GOMEZ; VASCONCELOS; MACHADO, 2018).

Foram convidados profissionais que possuíam experiência, de no mínimo dois anos, na área da saúde do trabalhador com a finalidade de conceituar os riscos ocupacionais dos TSLH. Os especialistas selecionados foram técnicos de segurança do trabalho, enfermeiros do trabalho, médicos do trabalho e pesquisadores da área da ST.

A busca desses profissionais de Segurança e Saúde do Trabalhador, para etapa de conceituação e caracterização dos riscos ocupacionais, realizou-se pela técnica “*snowball*”,

onde um primeiro indivíduo participante da pesquisa indica os próximos participantes, ou seja, a busca é feita por meio de cadeias até atingir saturação de informação das informações desejadas (SANTOS; SILVA; CASSANDRE, 2017).

Optou-se pela técnica “*snowball*”, visto que realizar pesquisas sobre ST em instituições tornam-se um desafio mediante o cenário de mudanças políticas e econômicas, acrescidas às fragilidades, como a sobrecarga de trabalho, alta rotatividade de profissionais, fragilidades dos vínculos empregatícios e o crescimento das terceirizações dos serviços de saúde que comprometem a saúde do trabalhador. O primeiro especialista entrevistado foi identificado na unidade hospitalar da pesquisadora e os demais foram identificados por meio da técnica snowball, pertencentes a outras unidades hospitalares.

A coleta de informações realizou-se por meio de entrevista semiestruturada com as seguintes perguntas:

1. *No cenário hospitalar, há influências dos riscos ocupacionais sobre os trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar?*
2. *Quais são os riscos que esses profissionais estão expostos?*

A participação foi voluntária mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Os profissionais foram orientados quanto ao sigilo da pesquisa conforme o Código de Ética da Pesquisa.

A caracterização do ambiente de trabalho é um indicador indispensável e necessário para alicerçar aspectos físicos e estruturais que possam intervir de forma direta ou indireta na saúde do trabalhador. Segundo Oliveira et al. (2016, p. 54) “uma das possibilidades de identificar o ambiente de trabalho das organizações de saúde é a utilização de instrumentos que possam mensurar aspectos objetivos presentes nesse ambiente”.

De acordo com Balthazar et al. (2017) a gestão de segurança e qualidade não se restringem aos profissionais da atenção direta, mas a todos os profissionais do ambiente de trabalho de todas as áreas, com a finalidade de prestar ações que minimizem os riscos e as possibilidades de ocorrências de eventos adversos ao trabalhador.

Participaram 10 especialistas, dentre eles: enfermeiro do trabalho (50%), técnico de segurança do trabalho (30%), engenheiro do trabalho (10%) e médico do trabalho (10%). A média da idade dos entrevistados foi de 41,1 anos. Foram incluídos profissionais com no mínimo cinco anos de experiência na área da com ênfase na unidade hospitalar. Os critérios

de exclusão foram especialistas que não pertenciam à Segurança e Saúde do Trabalhador e que não atendiam o tempo mínimo de experiência profissional.

Salienta-se a necessidade de uma abordagem multidisciplinar na avaliação da saúde do trabalhador com a finalidade de analisar e intervir nas relações e consequências que o trabalho pode acarretar.

“O tratamento interdisciplinar implica a tentativa de estabelecer e articular dois planos de análise: o que contempla o contorno social, econômico, político e cultural - definidor das relações particulares travadas nos espaços de trabalho e do perfil de reprodução social dos diferentes grupos humanos - e o referente a determinadas características dos processos de trabalho com potencial de repercussão na saúde’ (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018, p. 1964).

Portanto, compreender as repercussões do trabalho como agravante de doenças é fundamental abordar o modo de como a atividade laboral é realizada, a organização do trabalho além de conhecer como os indivíduos enfrentam os riscos, as doenças e os acidentes relacionados ao trabalho (CARDOSO, MORGADO, 2019).

2.1.3 Construção e composição dos itens do instrumento sobre autopercepção dos riscos e danos dos trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar

A partir da revisão da literatura e da descrição dos riscos ocupacionais dos TSLH realizada pelos especialistas da área de Segurança e Saúde do Trabalhador, foram desenvolvidos e revisados os itens do instrumento de medida em saúde intitulado como Questionário sobre a Autopercepção de Riscos e Danos dos Trabalhadores do Serviço de Limpeza Hospitalar (QPRD-LIMPH), instrumento voltado à avaliação da autopercepção de riscos ocupacionais de trabalhadores de limpeza do serviço hospitalar. Essa etapa de construção do instrumento foi realizada no período de junho de 2020.

2.1.4 Determinação das propriedades do banco de itens

Esta fase compreendeu-se na avaliação do instrumento realizada por revisores especialistas. A avaliação da apresentação e itens do instrumento foi realizada por meio de revisões independentes no período de outubro a dezembro de 2020. O título, orientações, itens

e opções de resposta, após serem estruturados e organizados, foram avaliados quanto à possibilidade de representarem e/ou contemplarem adequadamente o constructo desejado por profissionais especialistas na área de conhecimento e/ou método utilizado (PROMIS, 2013; EPSTEIN et al, 2015).

O grupo dos revisores especialistas certificou que todo o conteúdo do instrumento foi cuidadosamente desenvolvido, avaliação realizada no período de outubro a dezembro de 2020. Após as avaliações pelos revisores especialistas foi permitido fazer modificações nas instruções, rejeitar itens inadequados, gerar novos itens conceituais e até mesmo fornecer uma versão funcional do instrumento conforme recomendações da literatura científica (ALEXANDRE e GUIRARDELLO 2002; GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993; BEATON et al, 2000; EPSTEIN et al, 2015).

Foram convidados a participar desta etapa revisores especialistas com no mínimo, 02 anos de experiência profissional e com reconhecimento da atuação prática assistencial ou em pesquisa na área ST. Todos os revisores especialistas da área da Saúde do Trabalhador que participaram da avaliação das evidências de conteúdo do novo instrumento foram localizados por meio do Currículo Lattes, e receberam um convite via e-mail, contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) acrescido de uma breve explicação da pesquisa, das etapas de desenvolvimento, dos critérios que deveriam ser avaliados e um formulário com instruções para responder se concorda ou não com a clareza, pertinência e relevância da versão final apresentada, utilizando as respostas SIM ou NÃO (APÊNDICE D).

Um fator limitador da etapa de validação psicométrica pelos revisores especialistas foi a realização da avaliação por formulário eletrônico. Pretendia-se a avaliação presencial da pesquisadora com os revisores especialistas, porém, devido à pandemia do SARS-COV-2, recomendou-se o isolamento social por causa do contágio respiratório e a realização das atividades de maneira remota (online). A avaliação foi enviada para 39 revisores especialistas, identificados pelo Currículo Lattes. Somente 12 responderam, os demais formulários não foram respondidos e alguns não foram preenchidos em sua totalidade.

2.1.5 Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento

Após o levantamento dos dados obtidos pela análise do instrumento, realizou-se a avaliação psicométrica da validade de conteúdo, validade referente aos conceitos do

fenômeno investigado a qual subsidia informações pertinentes para o desenvolvimento de instrumentos de medida em saúde. O instrumento só é válido se apresenta variáveis de forma clara e compreensíveis à população alvo do instrumento (FARSEN; FIORINI; BARDAGI, 2017, p. 163).

Ribeiro salienta que:

[...] a validade do instrumento de avaliação não se expressa por um número: ela requer uma análise complexa que relacione vários aspectos, nomeadamente, objetivos da avaliação, contexto, variáveis a avaliar, sujeito ou população avaliada e, essencialmente, os resultados, as consequências da avaliação (RIBEIRO, 2001, p. 246).

A validade, em seu significado, complementa este autor, é uma avaliação dos significados obtidos nos instrumentos, não é uma propriedade do teste ou da avaliação, mas sim uma avaliação dos itens das pessoas em estudo e sobre o contexto em que ocorre a avaliação (RIBEIRO, 2001). Ressalta-se que o tipo de validade das informações depende dos objetivos ou da finalidade do que se pretende medir.

Na **validade de conteúdo** observam-se muitas controvérsias em sua definição. Alguns autores relatam-na como a proporção dos itens selecionados para medir uma construção teórica e a que extensão os itens de medida indicam o mesmo conteúdo. Outros autores expressam a validade de conteúdo como a representatividade das perguntas do instrumento em todo contexto do fenômeno investigado. De forma geral, é definida como “o grau em que cada elemento de um instrumento de medida é relevante e representativo de um específico constructo com um propósito particular de avaliação” (ALEXANDRE; COLLUCI, 2011, p. 3063).

Na investigação da validade de conteúdo verifica-se a importância da representação no **domínio de conteúdo**. Geralmente, o domínio de conteúdo é feito por especialistas para julgar os itens específicos incluídos na medida, como a relevância, clareza da representatividade dos conceitos envolvidos no desenvolvimento da medida. Orientam que na construção da ferramenta há necessidade da definição de termos e itens de caráter comportamentais os quais conduzem a formulação do instrumento (REPPOLD; GURGEL; HUTZ, 2014).

Os revisores especialistas avaliaram a ferramenta de forma holística, além de analisar individualmente os itens para assegurar clareza, pertinência, relevância e dimensionalidade.

Na avaliação da **clareza** é necessário observar a forma como foi redigido, e se é passível de compreensão e apropriação ao que se pretende medir. Quanto à **pertinência teórica**, ou representatividade, esta consiste em examinar se os itens se baseiam na

sustentação teórica dos conceitos e se estes são relevantes e convenientes com o objetivo do instrumento (RUBIO et al, 2003).

A **relevância prática** avalia se o conteúdo do item traduzido é ou não relevante à cultura em que será inserido. Enquanto à **dimensionalidade**, verifica se um determinado item é capaz de mensurar o constructo proposto, ou seja, um atributo ou qualidade em sua estrutura conceitual (ORBACH et al. 2013).

A partir da avaliação dos revisores especialistas da área ST sobre a adequação ou não das equivalências, clareza, pertinência, relevância e dimensionalidade, realizou-se o cálculo ou Razão da Validade de Conteúdo (CVR), com resultados analisados a partir da proposta de Lawshe, que considera que há alguma evidência de validade de conteúdo em concordâncias acima de 50% (AYRE e SCALLY, 2014; ZAMANZEDH, et al., 2015). O método de Lawshe, (1975), tem sido amplamente usado para estabelecer e quantificar a validade de conteúdo em diversos campos, incluindo o da saúde e é calculado como demonstrado na fórmula (WILSON, et al., 2012):

$$CVR = \frac{n_e - (N/2)}{N/2}$$

Trata-se de uma transformação linear de um nível proporcional de concordância de quantos “especialistas” dentro de um painel classificam um item “essencial” (AYRE e SCALLY, 2014), onde n_e consiste no número de especialistas que indicam determinado item como “essencial/relevante” e N é correspondente ao número total de especialistas participantes (WILSON et al., 2012).

Quando todos os revisores especialistas classificam o item como “essencial/relevante”, o valor do CVR será calculado como 1; quando o número que classifica o item como “essencial” for mais da metade, mas menos do que todos, o valor do CVR estará entre 0 e 1; e quando menos da metade dos especialistas classificam o item como “essencial/relevante”, o valor do CVR será negativo (WILSON et al., 2012). Assim, os valores de CVR variam entre -1 (discordância perfeita) e +1 (concordância perfeita) com valores de CVR acima de zero, indicando que mais da metade dos membros do painel concordam com um item essencial.

No entanto, ao interpretar um CVR, é importante considerar se o nível de concordância pode ter ocorrido por acaso. Assim, Lawshe propôs uma tabela de valores críticos de CVR (CVRcritical), que pode ser usado como o nível mais baixo de CVR, de modo que o nível de concordância excede o acaso, determinando quantos membros do painel

precisam concordar com um item essencial e, assim, quais itens devem ser incluídos ou descartados do instrumento final, como apresentado na **Tabela 1** (LAWSHE, 1975; AYRE e SCALLY, 2014).

Tabela1 – Valores mínimos da Razão da Validade de Conteúdo

N	Nível de significância para teste unicaudal					
	0,1	0,05	0,25	0,01	0,005	0,001
	Nível de significância para teste bicaudal					
	0,2	0,1	0,05	0,02	0,01	0,002
5	0,573	0,736	0,877	0,99	0,99	0,99
6	0,523	0,672	0,800	0,950	0,99	0,99
7	0,485	0,622	0,741	0,879	0,974	0,99

Fonte: WILSON et al., 2012.

Leite e colaboradores (2018) ressaltam que a participação de especialistas no desenvolvimento e na validação do instrumento de pesquisa é fundamental para evitar resultados imprecisos ou medidas tendenciosas que levem a conclusões erradas e sugerem que a avaliação de instrumentos na área da saúde deve ser multiprofissional, com intuito de aumentar a objetividade do fenômeno.

2.2 Revisão e finalização do instrumento desenvolvido

Após a avaliação realizada por revisores especialistas da área ST, algumas modificações foram necessárias para melhor adequação e apresentação final do instrumento desenvolvido. PROMIS (2013) orienta a organização dos itens em ordem lógica do constructo, observando a relevância da elaboração, a objetividade, clareza, precisão e validade, detecção de erros gramaticais e de formatação realizada pelos revisores para a apresentação final do instrumento da pesquisa.

2.3 Análise dos dados

Nessa etapa refere-se à análise e interpretação dos dados levantados no desenvolvimento do instrumento de medida sobre a autopercepção dos riscos ocupacionais dos TSLH de acordo com suas etapas.

Na conceituação dos riscos ocupacionais do TSLH através da literatura, após a seleção dos artigos conforme os critérios de inclusão previamente definidos, foi realizada a leitura exploratória para escolha do material com o conteúdo do tema e, após análise dos textos, houve a finalização da análise a partir da leitura interpretativa e redação.

Na caracterização dos riscos ocupacionais realizada pelos especialistas da área de Segurança e ST, foi possível descrever as características do trabalho e compreender as relações com os potenciais riscos. Os resultados foram analisados descritivamente, por meio de Análise de Conteúdo Temático-Categorial, que consiste em um conjunto de técnicas de análise, a partir das informações obtidas dos participantes da pesquisa, com a finalidade de sistematizar a “descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 2011, p. 47).

A utilização desse método varia de acordo com os objetivos do fenômeno estudado e, para ter valor científico, é preciso rigor metodológico definido nesse tipo de análise, a fim de diferir de outras análises meramente intuitivas (OLIVEIRA, 2008).

Para o processamento de dados é necessária a compreensão das três fases descritas como: pré-análise, a qual compreende organização do trabalho de forma precisa e definida, bem como a formulação dos objetivos do estudo; exploração do material compreendido como a transcrição das entrevistas a partir da leitura flutuante e codificação/ divisão em categorias dos principais achados; e a última fase, descrita como tratamento dos resultados (inferência e interpretação), constituindo-se na interpretação dos conceitos e significação dos discursos enunciados (CÂMARA, 2013).

Após a transcrição das entrevistas, na análise de conteúdo foram identificadas 74 Unidades de Registros e 9 Unidades de Significação (APÊNDICE E, F), sendo agrupadas em quatro categorias. Os resultados foram agrupados em quatro categorias de acordo com a pergunta de pesquisa: “como os especialistas percebem os riscos ocupacionais aos quais os trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar estão expostos?” Essas unidades foram selecionadas de acordo do significado que apresentaram.

No entendimento desse método de análise, reserva-se que para que seja realizado com êxito, exige diligência na codificação e existem técnicas que precisam ser seguidas. Bardin (2011) descreve o recorte, com a finalidade de seleção das unidades de registro e de contexto, que pode ser uma frase, uma palavra isolada, palavras em conjunto, que indiquem uma relevância para a análise. A segunda técnica na categorização é a da enumeração: “o modo de se contar”, como descrever a quantidades e posição que uma palavra aparece nos discursos.

Na última técnica a ser empregada na codificação é a classificação e agregação; ou seja, transformar os discursos em categorias empíricas. É importante ressaltar que o pesquisador deve ter em mente que a ordem para fazer os recortes é sempre semântica (das significações). Após a codificação das unidades de registro e das unidades de contexto, Bardin (2011) ressalta que para obter os resultados o pesquisador deve reagrupar os sintagmas por analogia, atentando para os seguintes critérios: “semântico (categorias temáticas), sintático (os verbos e os adjetivos), léxico (classificação das palavras, aproximação dos sinônimos e dos sentidos próximos) e expressivo (classificam as diversas perturbações da linguagem)”.

O tratamento dos dados obtidos através dos revisores especialistas foi realizado em planilha eletrônica do *Microsoft Excel*[®] e foram utilizados os *softwares* estatísticos *Statistical Analysis System*[®] (SAS) versão 9.4 e *Statistical Package for Social Sciences*[®] (SPSS) versão 22 (IMB Company, Chicago, IL), para caracterização dos participantes de todas as fases do estudo e levantamento das evidências de validade de conteúdo (cálculo do CVR). Para todos os testes estatísticos, o nível de significância adotado será de 95%, ou seja: p-valor ≤ 0.05 .

2.4 Aspectos éticos da pesquisa

Foram obedecidas em todas as etapas da pesquisa as exigências estabelecidas na Resolução CNS N°510, de 07 de abril de 2016, a qual dispõe sobre as normas aplicáveis à pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvem utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de origem da pesquisadora principal, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio De Janeiro – UERJ, parecer N° 4.007.936 (ANEXO). Os

dados foram coletados após a aprovação e autorização dos participantes da pesquisa (especialistas da área de Segurança e ST, revisores especialistas na ST).

Os participantes, especialistas e revisores especialistas da área de Segurança e ST, que concordaram em participar do estudo assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES C e D), ficando em posse de uma das vias, que contém o contato da pesquisadora e do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme determinado pelas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Ressalta-se que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos e deve-se ter o máximo de cuidados para minimizá-los. “Devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. A análise de risco é componente imprescindível à análise ética, dela decorrendo o plano de monitoramento que deve ser oferecido pelo Sistema CEP/CONEP em cada caso específico” (BRASIL, 2012, Art. 1º).

Os participantes da pesquisa foram convidados e informados sobre os objetivos do estudo, e que a decisão de participar ou não, não interferiria em suas atividades de trabalho, e seus dados individuais seriam preservados para garantir o anonimato. Não haveria qualquer tipo de ônus, bônus ou compensação financeira.

Os benefícios do estudo estão relacionados à ampliação do conhecimento acerca dos riscos ocupacionais que podem ser percebidos pelos trabalhadores do serviço de limpeza da unidade hospitalar, de maneira a favorecer o aprimoramento do serviço a partir da compreensão dessa temática, além de ampliar a discussão no meio acadêmico e outras pesquisas afins na área.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Estabelecimento da estrutura conceitual a partir da literatura

Após a revisão da literatura científica, ao reafirmar a estrutura conceitual sobre o fenômeno investigado, foram notórios os riscos ocupacionais presentes no cotidiano dos TSLH, mesmo desenvolvendo suas atividades laborais em setores diferentes.

Os riscos são classificados pelas situações em potencial de perdas ou danos ao homem, considerando os riscos ambientais como a classe predominante dos riscos. A Norma Regulamentadora Nº 9 (BRASIL, 1978) e a Portaria Nº 25/1994, Secretário de Segurança e Saúde o Trabalho (SST) (BRASIL, 1994) classificam os riscos ocupacionais em físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidente existentes nos ambientes de trabalho que atuam sobre o trabalhador conforme sua natureza, intensidade e tempo de exposição.

Ressalta-se que a avaliação dos riscos ocupacionais que interagem com o trabalhador abrange aspectos tecnológicos, ambientais e sociais, ou seja, deve considerar as relações entre homem e ambiente o qual está inserido (DALDON; LANCMAN, 2013).

3.1.1 Risco biológico

No ambiente hospitalar observou-se que o risco biológico apresentou maior evidência e constitui uma ameaça em potencial. Segundo Rocha, Marin e Seda (2019) trabalhadores da limpeza possui importante papel na manutenção do ambiente e no controle de infecção e por isso são expostos a risco biológico em detrimento de suas funções.

Define-se como risco biológico a exposição ocupacional a agentes biológicos, como microrganismos, as culturas de células, parasitas, toxinas e príons (JUNIOR et al, 2015). A Norma Regulamentadora Nº 32 (BRASIL, 2005) afirma que riscos biológicos são caracterizados segundo o espaço físico e a característica do serviço de saúde e deve-se considerar:

[...] fontes de exposição e reservatórios; vias de transmissão e de entrada; transmissibilidade, patogenicidade e virulência do agente; persistência do agente

biológico no ambiente; estudos epidemiológicos ou dados estatísticos; outras informações científicas (BRASIL, 2005).

Os agentes biológicos são classificados em: Classe de risco 1, quando há pouca probabilidade de causar doença ao ser humano; Classe de risco 2, risco moderado, podem causar doenças mas existem meios de prevenção ou tratamento; Classe de risco 3, podem causar doenças e infecções graves, muitas vezes sem meio de profilaxia ou tratamento; Classe de risco 4: potencial para transmissibilidade de um indivíduo a outro, podem causar doenças graves, sem profilaxia existente até mesmo tratamento (BRASIL, 2005).

Diante da realidade do exercício dos TSLH, afirma-se que estes estão expostos ao risco biológico pelo espaço físico no labor de suas atividades, seja em áreas críticas- áreas com maior risco de transmissão de doenças infecciosas, descritas em UTI adulto e pediátrico/neonatal, laboratório de patologia clínica, unidade de queimados, banco de sangue, área de lavanderia, Central de Material e Esterilização- e em áreas semicríticas- áreas que possuem um menor risco de transmissão de agentes infecciosos, descritas nos setores de enfermagem, ambulatório, farmácia de medicamentos, banheiros, área limpa da lavanderia (ANVISA, 2012).

Existem pacientes com alto índice de infecção, principalmente em áreas destinadas para isolamento respiratórios (gotículas e aerossóis) e isolamentos de contato, os quais aumentam a exposição ocupacional. Cita-se, por exemplo, a pandemia atual do SARS-COV-2, esta de transmissibilidade respiratória e de alta vulnerabilidade para contaminação e adoecimento dos trabalhadores dos serviços de saúde. “Os riscos incluem exposição a patógenos, longas horas de trabalho, sofrimento psicológico, fadiga, esgotamento profissional, estigma e violência física e psicológica” (SILVA et al., 2020, p.01).

Segundo a Anvisa (2000) no ambiente hospitalar a contaminação por microrganismos provém pelo contato, direto e indireto, por via aérea, contato com sangue e fluidos corpóreos proveniente de pacientes. Essa transmissão (exógena) pode ser potencializada na ausência da adequada proteção no ambiente de trabalho. Assim, tornam-se necessárias medidas de proteção a todo trabalhador que exercem suas atividades em áreas com risco biológico potencializado no ambiente hospitalar.

Arantes et al. (2017, p.02) ressalta que “conhecer as características dos acidentes de trabalho com material biológico representa importante ferramenta gerencial para o estabelecimento de medidas de melhoria das condições de trabalho e redução dos riscos ocupacionais”.

Mediante os resultados da literatura observou-se a vulnerabilidade de contaminação biológica dos TSLH no ambiente laboral, muitas vezes relacionada ao contato com materiais provindos de assistência em saúde descartados de forma inapropriada, falta de identificação dos resíduos de saúde e o desenvolvimento das atividades laborais em áreas do ambiente hospitalar potencialmente contaminadas.

Reitera-se que o risco de contaminação biológica no processo de manipulação dos resíduos se potencializa à medida que no processo de descarte possa haver multiplicação, sonicação, liofilização e centrifugação, o que contribui para aumento da patogenicidade dos microrganismos. Portanto, a organização do trabalho e as práticas gerenciais são fundamentais para o desenvolvimento de programas de biossegurança institucionais voltados à segurança de todos os profissionais expostos aos agentes biológicos no ambiente laboral (BRASIL, 2017).

3.1.2 Risco químico

Segundo a Norma Regulamentadora N. 32, (BRASIL, 2005) os produtos químicos são substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou, que são absorvidos pelo organismo por ingestão. Essas substâncias são classificadas em aerodispersóides ou aerossóis na forma sólida ou líquida. As substâncias na forma sólida dividem-se em fibras, fumo ou poeiras, já as líquidas dividem-se em névoas ou neblinas.

A exposição contínua a essas substâncias favorece a vulnerabilidade de adoecimento do trabalhador. Além da exposição contínua, os riscos podem ser potencializados quando usados em ambientes fechados, com pouca ou nenhuma ventilação.

Referente aos TSLH, a literatura afirma que alto é o risco químico pelo fato de os produtos serem instrumentos de trabalho. Há uma variedade de produtos químicos, mas, na área hospitalar, muito desses produtos são dispensados de maneira de alta resolução mediante ambientes potencialmente contaminados. A exposição incorreta dos produtos químicos de limpeza pode desencadear irritação na pele e olhos, doenças respiratórias, doenças do sistema nervoso, rins, fígado até alguns tipos de câncer (PATRIOTA; SANTOS, 2015; SOUZA et al., 2016).

De acordo com o manual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA de Limpeza e Desinfecção de Superfícies (2010) são produtos químicos de rotina dos

trabalhadores de limpeza hospitalar: sabão e detergentes, os álcoois etílicos e o isopropílico, hipoclorito de sódio, cálcio e lítio e compostos de quaternário de amônio.

Andrade et. al (2016) afirmam que existe correlação da atividade de limpeza com aumento do risco de doenças respiratórias e dermatológicas pela exposição aos produtos químicos de limpeza, desordens osteomusculares, além do aumento do risco de prejuízo na saúde mental decorrente das características de trabalho desta categoria profissional.

Para segurança do trabalhador no manuseio dos produtos químicos no ambiente hospitalar, a Norma Regulamentadora Nº 32 (BRASIL, 2005) reitera a necessidade de uma rotina desde o transporte até o armazenamento, que deve ser feita em horário pré-estabelecido, sem coincidir com distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos maiores de fluxo de pessoas e que o fluxo seja em um único sentido.

3.1.3 Risco físico

Segundo o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais -NR Nº 9- (BRASIL, 1994) os riscos físicos apresentam “as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como: ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes, radiações não ionizantes, bem como o infrassom e o ultrassom”.

No cotidiano dos TSLH, convivem intensamente com agentes físicos que podem gerar estresse, desgaste e até mesmo o adoecimento do trabalhador. Faz parte da realidade, no ambiente hospitalar, a rotina de trabalho em ambientes quentes ou frio extremo, como as Unidades de Terapia Intensiva e Setor de Imagem, a exposição a ruídos em detrimento da utilização dos equipamentos de trabalho e a rotina em ambientes altamente com substâncias radioativas.

Chilida e Cocco (2004) complementam que o desgaste físico dos trabalhadores do serviço de limpeza é acrescido pela maior parte do contingente ser do sexo feminino, não o exclui de suas tarefas diárias domésticas e o cuidado com os filhos/família. Outro fator de risco físico é a atividade fragmentada no contexto laboral, déficit no quadro de funcionários, levando, assim, à sobrecarga de trabalho.

3.1.4 Risco ergonômico

A ergonomia refere-se, conforme a Norma Regulamentadora Nº 17, (BRASIL, 1990), ao estabelecimento de parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente.

Quando não ocorrem mudanças no ambiente de trabalho que permitam condições adequadas ao homem, como conseqüências, há desgaste da integridade física ou psicológica do trabalhador causando-lhe desconforto ou doença (OLIVEIRA³ et al., 2014).

Em função da natureza dos TSLH observa-se que há o elevado esforço físico, acrescido das longas jornadas de trabalho, o uso de máquinas e equipamentos, muitas vezes mal-conservados, assim como o baixo nível de instrução são fatores que expõem ao risco ergonômico e para acidentes no ambiente. A literatura descreve o elevado número de Lesões por Esforço Repetitivo (LER) e as Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao trabalho (DORT) nesses trabalhadores (UNGE et al., 2007). Como fatores de riscos, são descritos a repetitividade de movimentos, a manutenção de posturas inadequadas por longo período, o esforço físico, o trabalho muscular estático e a pressão mecânica sobre determinados segmentos do corpo.

3.1.5 Risco de acidentes

Acidente de trabalho é definido como dano causado ao trabalhador que ocorre pelo exercício do trabalho, “provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho” (BRASIL, 1991).

Na área hospitalar, a maior parte do número de acidentes está relacionada com materiais perfurocortantes, concomitante com o contato com sangue ou materiais contaminados (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2010). Mediante o cenário, os TSLH apresentam risco elevado para acidentes por contato com materiais percutâneos, uma vez que são responsáveis pelo transporte dos resíduos do serviço de saúde, produto final da assistência dos

profissionais da área da saúde, e muitas vezes esses produtos são mal acondicionados em recipientes inadequados conforme a NR N°. 32 (BRASIL, 2005).

Araújo et al. (2012) reiteram que o “risco para a ocorrência de acidentes durante o exercício das atividades do profissional muda de acordo com o processo de trabalho, as características específicas do atendimento, a infraestrutura e os recursos disponíveis”.

A literatura evidencia que alto é o índice de acidente de trabalho com os TSLH, colocando essa categoria profissional em segundo e terceiro lugar nos acidentes ocorridos nas unidades hospitalares com materiais biológicos (CERON et al, 2015; MORAIS et al., 2009). Muitas vezes esses acidentes ocorrem devido a característica da profissão: trabalhadores de empresas terceirizadas, alta rotatividade da mão-de-obra, baixo nível de instrução escolar, pouco ou quase nenhum treinamento, fatores que colocam em risco a integridade de trabalhador no contexto laboral (SOUZA et al., 2016; CHIKIDA; COCCO, 2004; ARANTES et al., 2017).

Reitera-se que o risco de acidente com material biológico a esses trabalhadores é elevado pelo manuseio dos resíduos dos serviços saúde e muitas vezes há descarte inadequado de materiais, principalmente os perfurocortantes, ocasionando alto risco para contaminação por microrganismos como as hepatites virais e HIV (ARANTES et al., 2017). Gomes et al. (2019) acrescenta que se soma ao risco aos trabalhadores de limpeza a falta de conhecimento das tarefas e uso de EPIs adequados, muitas vezes, os trabalhadores realizam a atividade de limpeza pela primeira vez sem treinamento necessário.

Outro tipo de acidente presente, são as quedas relacionadas as rotinas de limpezas, desinfecção de ambientes e superfícies. Muitas vezes, a utilização de produtos químicos nos ambientes e superfícies, pisos escorregadios e o uso de vestimenta inadequada favorecem para que esses profissionais apresentem acidente por queda (MARTINS et al., 2012).

3.1.6 Risco psicológico

De acordo com a International Labour Association (2019) os riscos psicológicos são decorrentes das interações entre conteúdo do trabalho, gestão e as condições organizacionais do ambiente do trabalhador ainda acrescidos das exigências do mercado de trabalho, flexibilização tanto em funções e habilidades, aumentando temporariamente contratos, maior insegurança no trabalho, maiores cargas de trabalho, longo horas de trabalho, intensificação

do trabalho e baixo equilíbrio trabalho-vida são todos os fatores que colocam altas demandas emocionais no trabalho e contribuem para o desgaste emocional do trabalhador.

Muitas são as respostas do organismo do trabalhador frente às exigências emocionais. Fernandes e Pereira (2016) afirmam que a carga emocional gera estresse e faz com que o organismo do trabalhador manifeste as respostas:

[...] fisiológicas, como reações neuroendócrinas e imunológicas; emocionais, como manifestação de sentimentos de ansiedade, depressão ou sintomas depressivos, alienação, apatia, entre outros; cognitivas, como restrição da percepção, alteração da capacidade de concentração, alteração da criatividade, dificuldades no processo de tomada de decisão; conduta, por exemplo, abuso de substâncias – álcool, tabaco, drogas, violência (FERNANDES; PEREIRA, 2016, p. 4).

Sobre os trabalhadores de limpeza hospitalar, a literatura demonstrou que a predominância do gênero feminino é um fator de risco psicossocial. O trabalho feminino configura-se na dupla jornada somado ao trabalho doméstico, o que gera sobrecarga de trabalho e desgaste físico e mental. “Essa dupla jornada pode influenciar em sua qualidade de vida, seja pela implicação do papel social assumido na família e tão presente na cultura brasileira, seja em seu papel como cônjuge, mãe e dona de casa” (MARTARELLO; BENATTI, 2009, p. 426).

Os autores ainda complementam que a presença em massa feminina no serviço de limpeza acontece pelos aspectos culturais, conseqüentemente, torna-se uma categoria de trabalho com condições precárias, baixos salários e sem condição de qualificação profissional, os quais somatizados, gera sofrimento psicossocial em detrimento do ambiente de trabalho.

Outro fator que a literatura descreve sobre os TSLH são as cargas psicológicas devido à convivência com sofrimento no ambiente hospitalar, o relacionamento interpessoal e a falta de reconhecimento no trabalho e pré-conceito por outras categorias profissionais no ambiente laboral (MARTINS et al., 2013).

Mesmo com a descrição dos riscos psicológicos a que estão expostos os trabalhadores de limpeza hospitalar, observa-se a escassez na literatura sobre esses riscos e a relação com a atividade laboral que estes trabalhadores exercem.

3.2 Estabelecimento da estrutura conceitual a partir dos especialistas da área do conhecimento

Considerando-se que a validade de conteúdo reflete a população para a qual o instrumento está sendo direcionado, nessa etapa foi estabelecida a caracterização dos riscos ocupacionais dos TSLH a partir dos conceitos de especialistas de Segurança e Saúde do Trabalhador com ênfase na Unidade hospitalar.

Compreender as repercussões do trabalho como agravante de doenças é fundamental abordar o modo de como a atividade laboral é realizada, a organização do trabalho além de conhecer como os indivíduos enfrentam os riscos, as doenças e os acidentes relacionados ao trabalho (CARDOSO, MORGADO, 2019).

Após o tratamento dos dados referentes as entrevistas dos especialistas da área de Segurança e ST, emergiram as seguintes categorias **Riscos Ocupacionais e vulnerabilidades presentes no ambiente de trabalho** (62,2% URs), categoria referente a pergunta nº 01 da entrevista - *No cenário hospitalar, há influências dos riscos ocupacionais sobre os trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar?*- e as demais categorias emergiram da pergunta Nº 02 da entrevista - *Quais são os riscos que esses profissionais estão expostos?*- **A existência de cargas de trabalho de materialidade interna no ambiente laboral** (9,3% URs), **Medidas de controle dos riscos ocupacionais no ambiente laboral** (17,4% URs) e **Déficit de monitorização e acompanhamento de Saúde no ambiente laboral como risco ocupacional** (6,7% URs).

3.2.1 Riscos Ocupacionais e vulnerabilidades presentes no ambiente de trabalho

Nesta categoria os especialistas afirmaram de forma unânime a existência da influência dos riscos ocupacionais sobre a saúde dos trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar. Essa categoria foi composta por 66,2% de Unidades de Registro (URs) e 03 Unidades de Significação (US).

Augusto, Freitas e Mendes (2014) descrevem que as condições de trabalho se constituem por elementos físicos, instrumentos/equipamentos de trabalho e suporte organizacional. Lima et al. (2019) complementam que no ambiente de trabalho as situações

geradoras de riscos são causadas de acordo com a natureza da atividade e por fatores externos os quais podem levar à ocorrência de lesão física do trabalhador.

O risco ocupacional e a vulnerabilidade do trabalhador no ambiente de trabalho referem-se a situações de fragilidades e exposições por diversos motivos que torna em potencial o desgaste e adoecimento do trabalhador. Nesse cenário, na rotina laboral dos TSLH, conforme os especialistas, nas Unidades de Significação, foram reafirmados os riscos referentes ao ambiente de trabalho, contaminação ambiental no trabalho e acidente no trabalho.

Souza e colaboradores (2016) complementam sobre os riscos a que os trabalhadores de limpeza hospitalar estão expostos. Descrevendo-os em riscos físicos- fatores inerentes ao ambiente como temperatura excessiva, umidade, desgaste físicos- riscos químicos – pelo contato com produto de limpeza e desinfecção, descarte de quimioterápicos- riscos ergonômicos - consoante a característica da função do serviço de limpeza como esforço físico excessivo, repetitividade de movimentos, postura inadequada, posto de trabalho incorreto- risco ergonômico cognitivo -desvalorização social do trabalho, perda da motivação- risco biológico – principalmente pelo contato com material perfurocortante durante o transporte para descarte da caixa. Esses riscos favorecem o aparecimento de certas doenças como LER/DORT, dermatite de contato, lombalgias, doenças infectocontagiosas.

Os entrevistados descreveram que o contexto de trabalho é responsável pelo adoecimento e os principais riscos são os ambientais. Os riscos abordados foram com os agentes químicos, biológicos e de acidente existentes no ambiente de trabalho. Confirma-se com as seguintes falas dos entrevistados:

Existe a influência dos riscos ocupacionais sobre a saúde dos profissionais de limpeza hospitalar, o ambiente é muito propício para o adoecimento desses profissionais. E2

Os riscos que esses profissionais encontram são os riscos ambientais, sendo que o risco biológico é muito presente na rotina desses trabalhadores, risco químico pelo uso de produtos para limpeza (...) risco de acidente, com materiais contaminados, perfurocortantes e risco de queda pela dinâmica da atividade. E1

Grande é o risco químico, eles manipulam em todo tempo produtos de limpeza (...) Em alguns momentos estão expostos ao risco físico por conta umidade no período de higienização e lavação. E5

Podem estar expostos à radiação ionizante dependendo do local de trabalho (...) também estão expostos ao frio, como em setor de UTI e onde tem a necessidade de temperatura ambiente mais baixa. E8

Dos riscos biológicos, já descritos no estudo como “aqueles que compreendem as exposições ocupacionais aos agentes biológicos que são classificados como microrganismos modificados ou não, parasitas, toxinas e príons” (BRASIL, 2008), o entrevistado E5 afirmou que alta é exposição a bactérias e vírus, vulnerabilizando esses profissionais ao risco de doenças transmissíveis.

Estão expostos aos riscos biológicos, exposição a bactérias e vírus, com isso, podem contrair doenças graves como HIV e hepatites da mesma forma que os profissionais da saúde. E5

Outro fator relacionado ao ambiente de trabalho descrito foi o risco de acidentes em detrimento da atividade laboral dos trabalhadores de limpeza hospitalar. Os riscos de acidentes identificados foram acidentes por materiais perfurocortantes e o risco de queda. O entrevistado confirma em sua fala:

Possuem risco de queda por trabalho em altura, por ter que executar lavagem geral que inclui tetos altos e paredes e o risco de queda da própria altura por inadequação do tipo de calçado. E9

Estudos demonstram que muitos locais de trabalhos são insatisfatórios por decorrência de problemas na organização, na organização, insuficiência de recursos humanos, materiais, além de área física inadequada, e em instituições de saúde diversas, existem condições insalubres de trabalho de muitos profissionais, tornando-se, assim, fatores de riscos predisponentes a doenças ocupacional (SILVA, VALENTE, CAMARGO, 2020).

Dispostos os riscos ocupacionais que os TSLH se encontram, muitos podem ser os agravos em saúde. Nesse panorama, as atividades laborais insalubres contribuem para o adoecimento do trabalhador, até mesmo no seu afastamento do trabalho. Muitas são as doenças ocupacionais que esses trabalhadores estão expostos, já descritas como riscos de doenças de pele, dermatites, intoxicação por produtos químicos, doenças infecciosas como HIV e hepatites, doenças respiratórias como bronquites e renite alérgica, entre outros. Souza e colaboradores (2016, p. 539) complementam que ao desvelar os fatores causais geradores de riscos ocupacionais, “consegue-se explorar o problema de forma integrada na tentativa de planejar e adotar medidas educativas importantes para prevenir e minimizar a sua ocorrência junto a estes trabalhadores”.

3.2.2 A existência de cargas de trabalho de materialidade interna no ambiente laboral

A presente categoria analisa as condições relacionadas às cargas fisiológicas e o fator emocional do ambiente de trabalho. Segundo o ponto de vista dos entrevistados, essas condições podem influenciar na forma que o trabalhador exerce sua função e geram transtornos em sua saúde. Essa categoria obteve um quantitativo de 41 URs (66,2%) e 02 USs.

Laurel conceitua as cargas de trabalho elementos do processo de trabalho que interagem entre si e com o corpo do trabalhador. Esse processo traz adaptação do trabalhador ao meio inserido, caracterizado por um desgaste ou perda de sua capacidade corporal e psíquica. É importante o entendimento sobre esse conceito por permitir uma análise do processo de trabalho na coletividade e nos aspectos históricos, culturais e biológicos (LAURELL E NORIEGA, 1989). Os respectivos autores complementam que as cargas de trabalho são caracterizadas como cargas de materialidade externa, descritas em cargas físicas, químicas, biológicas e mecânicas e cargas de materialidade interna, descritas como cargas fisiológicas e psíquicas.

Na presente categoria foi abordada as cargas de materialidade interna (fisiológicas e psíquicas), ou seja, que depende do corpo do trabalhador para eu haja o processo de adaptação e desgaste.

As cargas fisiológicas são definidas como cargas que não possuem uma materialidade visível externa ao corpo humano, mas são definidas através de processos corporais transformados, como por exemplo, realizar um esforço físico, permanecer com posição anatômica do corpo incômoda no período de trabalho. (LAUREL; NORIEGA, 1989).

Aos trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar as cargas fisiológicas apresentam-se pela característica do trabalho desses trabalhadores realizarem seu trabalho por todo período em pé, posturas incômodas e inadequadas e manipulação de peso excessivo e as cargas psíquicas observadas a esses trabalhadores são descritas como falta de autonomia, desvalorização profissional, baixo salário, assédio moral, trabalho feminino. As falas dos entrevistados a seguir confirmam a existência dessas cargas:

Eles possuem risco ergonômico muito alto, alta demanda de esforço físico, nunca vi ninguém fazer treinamento de postura sobre a mecânica corporal. E2

Risco ergonômico por alta demanda de atividades, pegam peso todo tempo, faz força o tempo inteiro pela característica da profissão. E6

Reitera-se que a exposição às cargas fisiológicas pode proporcionar a esta classe de trabalhadores o desenvolvimento de inúmeras doenças ocupacionais destacando-se dentre elas, a manifestação das lesões por esforços repetitivos (LER) ou os distúrbios osteomusculares relacionado ao trabalho (DORT) relacionados às atividades de execução repetitiva e desconfortáveis. Souza e colaboradores (2016) complementam que as LER/DORT podem ser de grande quantidade, uma vez que a atividade da limpeza hospitalar se caracteriza “por uma demanda laboral dinâmica e intensiva, exigindo movimento manuais repetitivos e desconfortáveis para o trabalhador”.

Referente às cargas psíquicas, o referencial teórico afirma ser a relação entre trabalhador e as relações existentes no ambiente de trabalho. Se materializam “por meio do corpo humano, em seus processos psíquicos e corporais e podem ser classificadas em sobrecarga psíquica e subcarga psíquica” (BIONDI et al., 2017, p. 2). A European Commission (2010) afirma que os fatores psicossociais em potencial para o trabalhador desenvolver doenças ocupacionais no ambiente de trabalho são o estresse, violência, horas excessivas de trabalho, bullying, dentre outros. Sobre o bem-estar biopsíquico no trabalho (OMS, 2018) compete a análise subjetiva entre os fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais como políticas nacionais, proteção social, padrões de vida e condições de trabalho e apoio da comunidade.

Laurel e Noriega (1989) agrupam as cargas psíquicas em dois grupos: o primeiro relaciona-se a todas as situações que podem provocar sobrecarga psíquica, exemplificado por situações de tensão prolongada, e ou outro, relacionado à perda de controle do trabalhador por subordinação “à máquina”, como por exemplo, a parcialização de suas tarefas proporcionando monotonia e trabalho repetitivo. Os autores ainda complementam que as cargas psíquicas também são socialmente produzidas e não podem ser compreendidas como riscos isolados.

Aos TSLH foi identificada pelos participantes a exposição psíquica pela intensificação do trabalho, convívio em setores que geram vínculos entre pacientes, vivência com a morte, tratamentos agressivos, desvalorização profissional, presença feminina em massa,

Pela vulnerabilidade são sujeitos aos riscos psicossociais, muitos deles convivem em setores que há mortes constantes e em setores que acabam gerando vínculo com pacientes. E1

Não tocam nos pacientes, mas acabam criando vínculo com eles, todos os dias estão ali acompanhando a rotina que acontece. E4

Foi identificado o termo psíquico descrito como cognitivo em uma das entrevistas:

Apresentam risco cognitivo pela falta de respeito dos profissionais da instituição em relação ao serviço, menosprezam por ser uma profissão sem exigência de formação, a maiorias desse serviço são pessoas de baixo nível de instrução e composta em massa por mulheres. E9

3.2.3 Medidas de controle dos riscos ocupacionais no ambiente laboral

A partir da construção teórica constata-se que o ambiente de trabalho tem sido a causa de muitas doenças, afastamentos e incapacidades para os trabalhadores. Para esse assunto, práticas pragmáticas e socializadas referentes à prevenção e promoção da saúde são essenciais para minimizar os riscos aos trabalhadores e proporcionar conhecimento sobre o contexto de seu trabalho.

Essa categoria foi constituída por 08 URs (10,8%) e 02 USs. Os entrevistados afirmam que a educação/treinamento sobre o ambiente de trabalho é a melhor forma de proporcionar qualidade de vida, prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores bem como o controle dos riscos existentes no ambiente de trabalho. Mas os entrevistados refutam existir dificuldades sobre essas medidas em relação aos trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar.

Na construção teórica sobre os TSLH foi observado situações de alta vulnerabilidade relacionadas ao processo de trabalho. A promoção e prevenção da saúde do trabalhador objetiva o controle de fatores de riscos que ocasionam doenças ou acidentes e proporcionam melhor bem-estar durante a jornada de trabalho. Ogata, (2018) descreve a importância das estratégias de promoção e prevenção:

Reconhece-se que o local de trabalho é um espaço importante para os programas de proteção da saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças. Enquanto os empregadores têm a responsabilidade de fornecer um local de trabalho seguro e livre de riscos, eles também têm grandes oportunidades para promover a saúde individual e um ambiente de trabalho saudável. A utilização de programas e políticas eficazes no local de trabalho pode reduzir os riscos para a saúde e melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores (OGATA, 2018, p. 41).

O entrevistado 10 relata sobre a importância do treinamento aos trabalhadores de limpeza hospitalar e ainda complementa sobre a importância do uso de equipamentos de proteção individual no ambiente de trabalho

Minha experiência é no hospital de referência para tratamento de tuberculose e todos os profissionais de higiene e limpeza recebem o treinamento devido para evitar contaminação, eles têm que saber quais são os riscos do hospital, até porque podem ser contaminados e serem fontes para disseminação de doenças, principalmente para seus familiares. E10

O uso de EPI é educação primária, é o mínimo que a empresa deve oferecer para atender as legislações e oferecer segurança no local de trabalho. E10

O manual da ANVISA (2012) sobre Segurança do paciente em serviços de saúde orienta que todos os trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar devem participar de programas ou campanhas institucionais voltadas para biossegurança, treinamentos que conscientizem sobre os riscos ocupacionais existentes e que a partir do conhecimento medidas de segurança sejam executadas, além da capacitação que, prevenção de incêndio, campanha de vacinação e outros.

Portanto, faz-se necessárias estratégias que minimizem os riscos ocupacionais, pois o trabalho é considerado como determinante social e de grande impacto na saúde do trabalhador.

3.2.4 Déficit de monitorização e acompanhamento de Saúde no ambiente laboral como risco ocupacional

Na construção teórica sobre os TSLH foi observado situações de alta vulnerabilidade relacionadas ao processo de trabalho. Essa categoria emergiu diante das dificuldades encontradas pelos especialistas executar ações que reduzam os riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar, com o total: 6,7% URs e 02 USs.

Foi considerada como fator determinante no controle dos riscos e na promoção da saúde desses trabalhadores a precariedade dos vínculos de trabalho. Existe o “aumento do trabalho informal nas últimas décadas, causando a ausência de seguridade social, medidas de prevenção de riscos e baixas remunerações” (FONSECA, BRAGA, DIAS, 2019 p. 5).

Acompanhado com a precariedade de trabalho, estão os baixos salários, duplas jornadas, desvalorização profissional, instabilidade financeira, fatores representativos para os trabalhadores de limpeza hospitalar e repercutem na autoestima do trabalhador.

Congruente com a precarização do trabalho, os serviços de limpeza hospitalar são contratados em sua maior proporção prestados por empresas terceirizadas. Com a terceirização do serviço, foge ao serviço de saúde ocupacional das unidades hospitalares o controle de medidas e estratégias de segurança e prevenção à saúde do trabalhador.

Um problema sério encontrado é a terceirização desse serviço pois foge ao serviço de Serviço de Saúde do Trabalhador o controle de medidas de saúde, qualificação e a ciência sobre os acidentes que acontecem. E7

Partido do pressuposto que o ambiente de trabalho deve garantir condições seguras para execução das atividades laborais, compete ao Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), fornecer aos trabalhadores equipamentos de proteção individual (EPI) adequados ao risco “mediante orientação de profissional tecnicamente habilitado” com as orientações sobre o uso, guarda e conservação adequados, segundo a Norma Regulamentadora N°6 (BRASIL, 2001). Porém, autores refutam sobre o ambiente saudável ao trabalhador nas últimas décadas, sem medidas de proteção, baixas remunerações e vínculos precarizados os quais fogem ao controle ocupacional da saúde do trabalhador (FOSECA, BRAGA, DIAS; 2019).

Foi constatado na entrevista pelos especialistas que a precarização e terceirização dos serviços de limpeza da unidade hospitalar dificultam na monitorização das condições de saúde e na prevenção da saúde dos trabalhadores.

Recebo muita notificação de acidentes com perfurocortantes, mas penso ser maior esse número porque algumas notificações não são comunicadas pela empresa da limpeza. E8

Não usam EPIs, recebem o equipamento, mas desconhecem a importância de usá-los”. (...) falta de supervisão adequada, muitas vezes nem tem profissionais adequados para essa profissão, colocam quem já foi da limpeza e não tem conhecimento técnico para tal. E2

A maior dificuldade é envolver, educar e orientar esses profissionais sobre o conceito de riscos ocupacionais e porque estão expostos a eles. E5

Nos presentes dados levantados, a validação de conteúdo realizada pelos especialistas sugere que pouco é o conhecimento sobre a autopercepção dos riscos ocupacionais dos TSLH e existem barreiras para educação contínua no ambiente de trabalho de medidas de prevenção e promoção à saúde desses trabalhadores, muitas dessas barreiras relacionadas com a terceirização e precarização do trabalho.

Autores complementam que a realidade trabalhista passa a ser por meio de mão de obra temporária, terceirizada ou subcontratada com vínculos fragilizados, que permeiam “a informalização e privação de direitos trabalhistas e previdenciários” e fragilizam a subjetividade do trabalhador no contexto laboral e quanto ser social (COCKELL, PERTICARRARI; 2011, p. 1710).

3.3 Proposta inicial do instrumento sobre autopercepção riscos e danos dos trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar

Após a caracterização dos riscos ocupacionais realizada através da revisão de literatura e entrevistas dos especialistas em Segurança e Saúde do Trabalhador, foi desenvolvido o instrumento de medida em saúde intitulado como: Questionário sobre Percepção de Riscos e Danos Ocupacionais dos Trabalhadores do Serviço de Limpeza Hospitalar (QPRD-LIMPH), apresentado no (APÊNDICE H). O questionário é composto por três partes apresentadas a seguir.

3.3.1 Inventário sociodemográfico

O inventário tem por finalidade caracterizar os trabalhadores do serviço de limpeza. Os itens foram desenvolvidos de forma que a população alvo compreenda os conceitos e não haja dupla interpretação. Souza, Alexandre e Guirardello (2017) afirmam que os instrumentos desenvolvidos devem apresentar precisão e serem adequados e compreensíveis para melhor avaliação da população.

3.3.2 Avaliação dos fatores relacionados ao local de trabalho

Essa etapa do instrumento corresponde ao levantamento de dados sobre como os trabalhadores de serviço de limpeza hospitalar percebem os riscos existentes no ambiente de

trabalho. Foram descritos os riscos ambientais e os fatores psicológicos presentes no ambiente laboral identificados na validade de conteúdo descrita pelos especialistas.

Silva e colaboradores (2021) salientam a importância do conhecimento do ambiente laboral pelos trabalhadores, pois, a partir do conhecimento, estes podem subsidiar informações que orientem o estabelecimento de medidas prioritárias para intervir sobre riscos e garantir o ambiente de trabalho seguro e saudável.

3.3.3 Problemas de saúde percebidos pelos trabalhadores

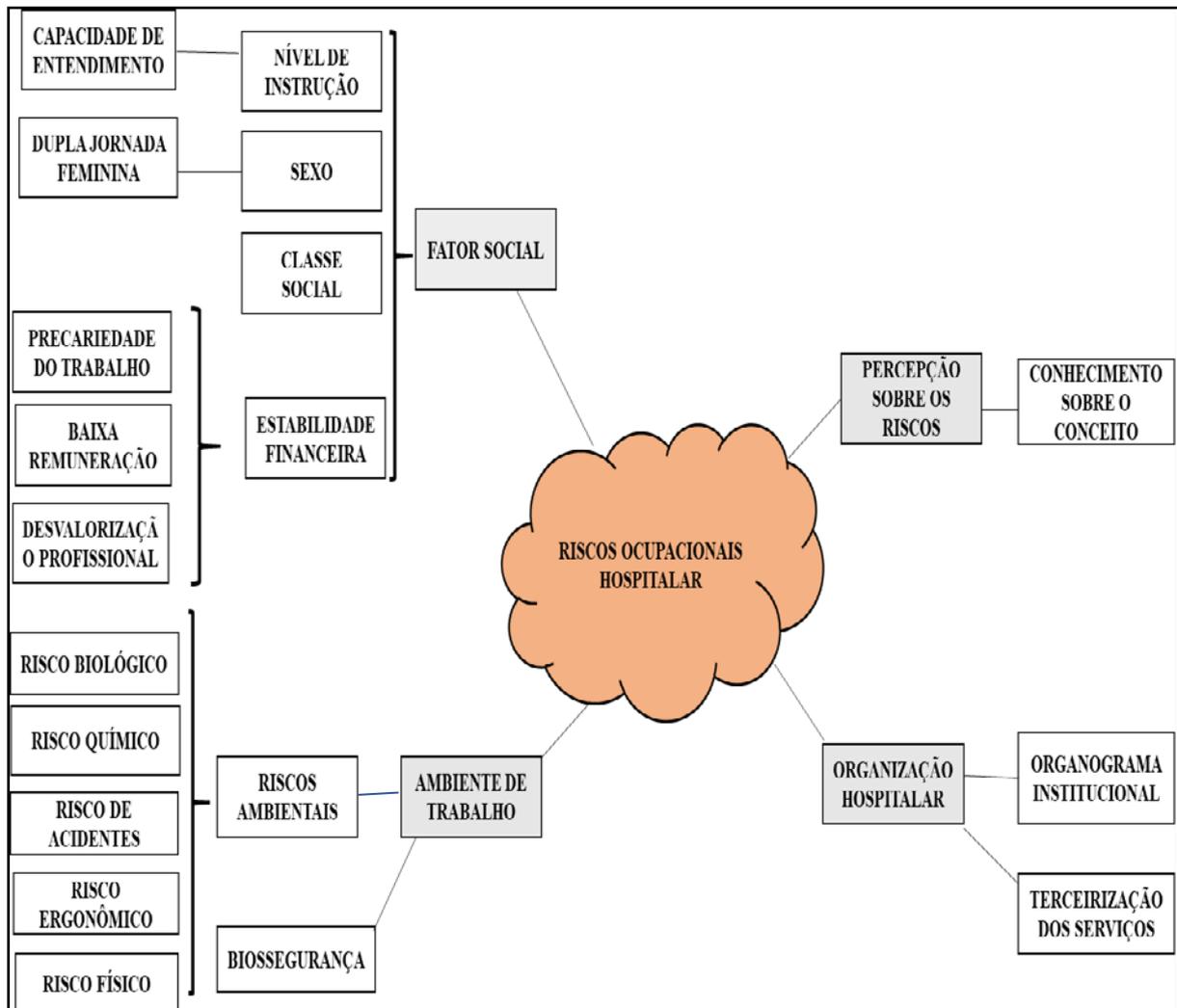
Partindo do pressuposto de que o trabalhador despreparado, sem conhecimento dos riscos do ambiente laboral em que está inserido, pode sofrer danos à saúde irreparáveis relacionados à prática inadequadas ou vícios técnicos, nesse momento o instrumento desenvolvido após avaliar nessa etapa se os trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar conseguem identificar danos em sua saúde e se estes estão relacionados ao trabalho.

3.3.4 Termos essenciais utilizados para a composição da estrutura do instrumento

No desenvolvimento de instrumento de medida em saúde alguns itens são necessários para que possa ter sua validade e atingir o fenômeno investigado. Gonçalves e Romanoski (2019) afirmam que o instrumento possui melhor efetividade quando os itens incluem de forma subjetiva a população direcionada e permite ampla avaliação da condição de saúde qual pretende-se avaliar.

A trajetória e os conceitos que levaram ao desenvolvimento do instrumento QPRD-LIMPH são apresentados através do mapa mental na figura 4. O mapa mental é um método desenvolvido com a finalidade de armazenar, organizar e priorizar informações através de palavras ou imagens que desencadeiam lembranças específicas e estimulam novos conceitos ou ideias, ou seja, é o que se representa por escrito o conhecimento sobre determinado assunto (KRAISIG; BRAIBANTE, 2017).

Figura 4 – Mapa mental da trajetória de construção dos elementos do instrumento de medida em saúde



Fonte: A autora, 2020.

O assunto principal representado no mapa mental foi sobre riscos ocupacionais hospitalar. A unidade hospitalar apresenta-se como complexa por sua composição, pela força de trabalho, estrutura organizacional e os tipos de serviços hospitalares que são prestados. Quando o tema riscos ocupacionais abordado na percepção representada pelos sujeitos do estudo, muitos são os fatores que contribuem para a construção desse conceito.

Na construção teórica, a partir da revisão de literatura e a percepção dos especialistas da área de Segurança e ST, foi confirmado que esses profissionais são representados em massa por mão de obra feminina. No pensamento social, muitos desses trabalhadores possuem baixo nível de instrução e classe social. Esses fatores sociais podem ser influenciadores na formação do conceito de risco ocupacional, no pressuposto que quanto mais conhecimento

mais propriedade tem-se para lidar com as demandas de nosso dia a dia. A informação é favorável para mudança do cenário social por contribuir na formação da consciência e do caráter do homem enquanto ser racional e social (SANTOS, KNABEN; 2015).

O contexto atual do mercado de trabalho é outro fator determinante para a Saúde do Trabalhador. O modelo atual de trabalho permite a terceirização e precariedade dos serviços. Essas mudanças e novos métodos de produção causam intensificação do trabalho, alta rotatividade da mão-de-obra e vulnerabilizam os trabalhadores para os agravos em saúde (TARANTOLA; ABITEBOUL; RACHLINE; 2016).

Outro fator quando relacionado aos riscos ocupacionais na unidade hospitalar é o tipo de organização hospitalar e os tipos de hierarquias que exerce. A variedade de trabalhadores é um fator que dificulta na gestão de riscos e na iniciativa dos programas de qualidade e prevenção de acidente e na biossegurança do trabalhador, visto que amplos são os riscos ambientais existentes e as medidas de proteção ao trabalhador devem abranger aspectos tecnológicos, ambientais e sociais.

3.4 Investigação das propriedades psicométricas do questionário sobre Autopercepção de Riscos e Danos Ocupacionais dos Trabalhadores do Serviço de Limpeza Hospitalar (QPRD-LIMPH)

Essa etapa foi realizada por revisores especialistas na área Saúde do Trabalhador com a finalidade de identificar se os elementos do instrumento desenvolvido podem ser capazes de mensurar o fenômeno em investigação, conforme sugere a validade de conteúdo. Para a avaliação de forma holística do instrumento participaram 12 revisores especialistas na área ST. A caracterização dos entrevistados é representada na tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização dos revisores especialistas da área da Saúde do Trabalhador segundo idade, sexo, formação profissional, tempo de experiência profissional

Caracterização entrevistados etapa Content Validity Ratio	
Variável	%
Idade	
33	8,3
34	8,3
36	8,3
37	8,3
39	8,3
42	8,3
48	8,3
55	25,3
57	8,3
59	8,3
Sexo	
Masculino	25
Feminino	75
Formação profissional	
Enfermeiro	83,4
Engenheiro	8,3
Médico	8,3
Tempo de atuação profissional no campo Saúde do Trabalhador (Assistência/ensino)	
Anos de Experiência	
2	27,2
3	18,2
8	18,2
12	18,2
15	9,1
18	9,1

Fonte: A autora, 2020.

A partir da avaliação dos especialistas sobre a adequação ou não da clareza, pertinência e relevância, realizou-se o cálculo ou Razão da Validade de Conteúdo (CVR), com resultados analisados a partir da proposta de Lawshe, que considera que há alguma evidência de validade de conteúdo em concordâncias acima de 50% (AYRE e SCALLY, 2014; ZAMANZEDH, et al., 2015), com o nível de significância adotado de 95% (p-valor ≤ 0.05).

No cálculo da CVR, quando os revisores especialistas concordaram com o item avaliado do instrumento, o valor N calculado foi igual a 1 (um). Quando houve discordância,

o valor do N foi equivalente a 0 (zero). Quando todos os revisores especialistas concordaram que um item foi essencial, o valor do CVR foi entre 0 e 1; e quando menos da metade deles concordaram que um item é essencial, o valor do CVR foi negativo. Sendo assim, o valor do CVR crítico adotado para a realização do cálculo foi de **0.56**, conforme demonstra a Tabela 3 dos valores de cálculos de CVR.

Tabela 3 – Valores mínimos da Razão da Validade de Conteúdo segundo número de especialistas

Valores mínimos Content Validity Ratio (LAWSHE, 1975).	
Nº de especialistas	CVR mínimo
5	.99
6	.99
7	.99
8	.75
9	.78
10	.62
11	.59
12	.56
13	.54
14	.51
15	.49
20	.42

Fonte: LAWSHE, 1975.

As evidências de validade de conteúdo para os critérios de Clareza, Pertinência, Relevância são demonstrados na Tabela 4. Foram avaliados todos os caracteres do instrumento, composto por 108 itens.

Tabela 4 – Média do Cálculo da Razão da Validade de Conteúdo (CVR) segundo clareza, pertinência e relevância. Rio de Janeiro, 2020
(continua)

<i>Content Validity Ratio calculado para a Proposta de conteúdo do Questionário sobre Percepção de riscos e danos ocupacionais percebidos pelos trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar</i>					
		Clareza	Pertinência	Relevância	CRV Médio
I1	Título do instrumento	1	1	1	1
I2	Local onde trabalha	1	1	1	1
I3	Função no trabalho	0,833333333	1	1	0,944444444
I4	Setores que realiza o trabalho	1	1	1	1
I5	Tipo de Vínculo Empregatício	0,5	1	0,833333333	0,777777778
I6	opções de respostas	0,666666667	1	1	0,888888889
I7	Sexo	1	1	1	1
I8	opções de respostas	0,666666667	1	0,833333333	0,833333333
I9	Idade	1	1	1	1
I10	Estado civil	1	1	1	1
I11	opções de respostas	1	1	1	1
I12	Nº de Vínculos Empregatícios	1	1	1	1
I13	- Opções de respostas	0,833333333	1	1	0,944444444
I14	Tipo de Jornada no local de trabalho	0,833333333	1	1	0,944444444
I15	opções de respostas	0,833333333	1	1	0,944444444
I16	Escolaridade	1	1	1	1
I17	opções de respostas	1	1	0,833333333	0,944444444
I18	Carga horária de Trabalho semanal	0,833333333	1	1	0,944444444
I19	opções de respostas	0,833333333	1	1	0,944444444
I20	Faixa salarial de acordo com Salário Mínimo vigente	0,666666667	1	1	0,888888889
I21	Instrução de preenchimento	1	1	1	1
I22	Instrução de preenchimento: Marque com um X no quadrinho ..	1	1	1	1

Tabela 4– Média do Cálculo da Razão da Validade de Conteúdo (CVR) segundo clareza, pertinência e relevância. Rio de Janeiro, 2020
(continuação)

I23	Instrução de preenchimento: 1 - Sempre – você observa todos os dias no seu trabalho	1	1	1	1
I24	Instrução de preenchimento: 2 – Quase sempre – você observa muitas vezes	1	1	1	1
I25	Instrução de preenchimento: 3 - Raramente – você observa poucas vezes	1	1	1	1
I26	Instrução de preenchimento: 4- Não acontece – você não observa	1	1	1	1
I27	Instrução de preenchimento: 5 - Desconhece – você não tem conhecimento se acontece	1	1	1	1
I28	Trabalho em local com radiação (setor de imagem/RX/Tomografia)	1	1	1	1
I29	Manipulação de materiais contaminados por quimioterapia	0,833333333	1	1	0,944444444
I30	Exposição ao ruído/barulho	0,833333333	1	1	0,944444444
I31	Exposição à temperatura inadequada (calor/frio)	0,833333333	1	1	0,944444444
I32	Exposição à umidade excessiva	1	1	1	1
I33	Piso inadequado/escorregadio	0,666666667	1	1	0,888888889
I34	Contato com substância química (produtos de limpeza)	0,833333333	1	1	0,944444444
I35	Exposição a gases, vapores ou aerossóis	0,833333333	1	1	0,944444444
I36	Exposição à material contaminado com sangue	1	1	1	1
I37	Exposição em área de isolamento respiratório	1	1	1	1
I38	Exposição a outros riscos biológicos (secreção, fezes e urina)	1	1	1	1
I39	Risco de choque elétrico	1	1	1	1
I40	Risco de incêndio ou explosão	1	1	1	1
I41	Risco de queda de materiais sobre o corpo	1	1	1	1
I42	Risco de queda pelo piso inadequado ou ambiente inadequado	1	1	1	1
I43	Choques contra objetos móveis/imóveis	1	1	1	1
I44	Falta de equipamentos de proteção individual	1	1	1	1
I45	Utilização errada de equipamento de proteção individual	1	1	1	1
I46	Acidente por material perfurocortante (com agulhas)	1	1	1	1
I47	Desconforto pela postura adotada para trabalhar	1	1	1	1
I48	Posturas forçadas para realização de alguma tarefa	1	1	1	1

Tabela 4 – Média do Cálculo da Razão da Validade de Conteúdo (CVR) segundo clareza, pertinência e relevância. Rio de Janeiro, 2020
(continuação)

I49	Sua tarefa de trabalho produz fadiga (cansaço intenso)	1	1	1	1
I50	Sobrecarga de trabalho (realiza trabalho por dois funcionários)	1	1	1	1
I51	Organização insatisfatória de horário	0,833333333	1	0,833333333	0,888888889
I52	Duração excessiva da jornada de trabalho	1	1	1	1
I53	Ritmo de trabalho acelerado	1	1	1	1
I54	Recursos materiais insuficientes para realizar o trabalho	0,833333333	1	1	0,944444444
I55	Tarefas rotineiras ou monótonas	1	1	1	1
I56	Percorre longa distância durante a jornada	1	1	1	1
I57	Permanece na postura em pé por muito tempo	1	1	1	1
I58	Violência no trabalho (física ou verbal)	1	1	1	1
I59	Conflito com chefia ou encarregados	1	1	1	1
I60	Conflito com clientes ou pacientes	1	1	1	1
I61	Conflito entre colegas de trabalho	1	1	1	1
I62	Conflito com a equipe de saúde do local de trabalho	1	1	1	1
I63	Trabalha em local onde há morte constante de pacientes	1	1	1	1
I64	Já viu a assistência da equipe de saúde em pacientes muito graves	0,833333333	1	0,833333333	0,888888889
I65	Pouca oportunidade de decisão sobre a realização do trabalho	1	1	1	1
I66	Desvalorização profissional	1	1	1	1
I67	Discriminação no trabalho (assédio moral)	1	1	1	1
I68	Realiza suas tarefas desmotivado	1	1	1	1
I69	Possui instabilidade no vínculo de trabalho	1	1	1	1
I70	Recebe salário abaixo do valor recomendado	1	1	1	1
I71	Título: PROBLEMAS DE SAÚDE PERCEBIDOS PELOS TRABALHADORES	1	1	1	1
I72	Instrução de preenchimento: Existente – Existe o problema. Especifique SIM ou NÃO.	1	1	1	1
I73	Instrução de preenchimento: Depois que começou trabalhar –	1	1	1	1
I74	Instrução de preenchimento: Agravou com o trabalho–	1	1	1	1

Tabela 4 – Média do Cálculo da Razão da Validade de Conteúdo (CVR) segundo clareza, pertinência e relevância. Rio de Janeiro, 2020
(continuação)

I75	Instrução de preenchimento: Não relacionado ao trabalho –	1	1	1	1
I76	Doenças Infecciosas (HIV, Hepatites A, B, C)	1	1	1	1
I77	Consumo frequente de medicamentos sem receita médica	1	1	1	1
I78	Estresse	1	1	1	1
I79	Depressão	1	1	1	1
I80	Agressões ou condutas violentas	1	1	1	1
I81	Dificuldade para dormir	1	1	1	1
I82	Mudanças de humor/alterações de comportamento	1	1	1	1
I83	Alcoolismo e uso de outras drogas	1	1	1	1
I84	Dor de cabeça frequente	1	1	1	1
I85	Perda Auditiva	1	1	1	1
I86	Problemas de visão	1	1	1	1
I87	Doenças do Coração	1	1	1	1
I88	Pressão Alta	1	1	1	1
I89	Varizes	1	1	1	1
I90	Doenças Renais	1	1	1	1
I91	Problemas respiratórios	1	1	1	1
I92	Doenças de pele	1	1	1	1
I93	Problemas digestivos (dor no estômago constante, constipação, diarreia)	1	1	1	1
I94	Doenças do Fígado	1	1	1	1
I95	Cansaço Muscular	1	1	1	1
I96	Problemas de articulação	1	1	1	1
I97	Dor no pescoço e ombro	1	1	1	1
I98	Dor nas costas	1	1	1	1
I99	Intoxicação por substâncias químicas	1	1	1	1

Tabela 4– Média do Cálculo da Razão da Validade de Conteúdo (CVR) segundo clareza, pertinência e relevância. Rio de Janeiro, 2020
(conclusão)

I100	Transtornos relacionados ao ciclo menstrual	1	1	1	1
I101	Infecção Urinária constante	1	1	1	1
I102	Transtornos da gravidez ou de órgão reprodutor	1	1	1	1
I103	Afastamentos frequentes por motivo de doença	1	1	1	1
I104	Mudança/transferência do trabalho por motivo de doença	1	1	1	1
I105	Instrução de preenchimento: ótimo	1	1	1	1
I106	Instrução de preenchimento: Bom	1	1	1	1
I107	Instrução de preenchimento: Regular	1	1	1	1
I108	Instrução de preenchimento: Ruim	1	1	1	1

Fonte: A autora, 2020.

Na evidência de conteúdo da **clareza**, foi identificado CVR insatisfatório apenas no item 5, **tipo de vínculo empregatício** CRV 0,5. Mesmo que os outros itens o valor tenha sido satisfatório, observou-se nos itens 16, 18, 20 média próxima ao CVR crítico no valor de 0,666, fazendo-se necessárias reavaliação desses itens para que instrumento final forneça informações mais precisas do fenômeno investigado. Nos quesitos **pertinência e relevância**, a média do CVR mostrou-se satisfatória, superior ao valor estabelecido para análise.

Considerando a análise dos especialistas, apesar de somente o item 5 apresentar CVR crítico, foi realizada a revisão dos seguintes itens que não apresentaram concordância perfeita: “tipo de vínculo empregatício- opções de resposta”; Carga horária semanal- opções de resposta”, “sexo- opção de resposta”; item 33 “piso inapropriado/escorregadio”; item 110 e 111 “pesquisa de opinião”. As alterações são justificadas pelas falas:

Em relação ao tipo de vínculo empregatício, as opções apresentadas não caracterizam o vínculo empregatício, exceto o contrato CLT. Por exemplo, concursado não é vínculo empregatício e sim forma de ingresso no local de trabalho. E3

Sugiro rever as opções. Quanto à carga horária semanal, sugiro colocar outras opções de plantão além de 12 X 36. Ou então, coloque outros com a opção do entrevistado escrever como a sua carga horária é distribuída” (...) de uma forma geral, pesquisas com formulários fechados são longas, muitas vezes levam bastante tempo para responder. E9

Opção de respostas sexo poderia ter mais opções visto a diversidade sexual na atualidade. E12

Piso inapropriado/escorregadio (qualifique “inapropriado” = escorregadio? Ou com buracos?” [...] PESQUISA DE OPINIÃO A meu ver, faltou uma questão para direcionar o participante a responder quais questões ele não entendeu direito. Talvez inserir uma coluna à direita de cada questão com a seguinte frase – “não entendi/não compreendi a questão/pergunta. E6

Pesquisa de opinião deixaria somente os dois primeiros tópicos, e retiraria o tópico respondi rapidamente o questionário, pois instrumentos sempre demandam tempo. E10

3.5 Finalização

Com os resultados obtidos nas evidências da validade de conteúdo e, considerando as observações dos especialistas, foi desenvolvida uma **nova versão** do instrumento. As alterações do instrumento foram: item “sexo” modificado para “gênero”; “tipo de vínculo empregatício- opções de respostas, retirado a opção concursado e Organização Social, substituído pelo item “outros vínculos”. No item “sexo” foi adicionada a opção de resposta

“outros”. Item “tipo de jornada de trabalho”, substituído o termo “jornada” por “escala”, retirado o termo “local”. Nas opções de resposta, foram retirados as opções “jornada diurna” e “jornada noturna”, acrescentando as opções “plantão 12 por 60 horas” e “plantão de 24 horas”. No item 18, modificado de “piso inapropriado/escorregadio” para “piso inapropriado (com desnível ou buracos) ou escorregadio”. Retirada pergunta 85 da pesquisa de opinião. Modificado item 85 “em relação à compreensão deste questionário” para “apresentou dificuldade para compreender questionário”, opções de resposta “sim ou não”. Item 87 “quanto ao tempo que você levou para responder a este questionário” modificado para “Caso tenha tido dificuldade, descreva qual (quais) item (itens) não compreendeu”.

3.6 Versão final do instrumento

Após as modificações sugeridas pela evidência da validade de conteúdo, apresenta-se a versão final do instrumento.

**QUESTIONÁRIO SOBRE AUTO PERCEPÇÃO DE RISCOS E DANOS
OCUPACIONAIS DOS TRABALHADORES DO SERVIÇO DE
LIMPEZA HOSPITALAR**

INVENTÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Local onde trabalha	Pg.01
2. Função no trabalho	
3. Setores que realiza o trabalho	
4. Tipo de Vínculo Empregatício	
<input type="checkbox"/> Contrato CLT <input type="checkbox"/> Serviço Temporário	
<input type="checkbox"/> Outro vínculo Qual?	
5. Gênero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outros	6. Idade
7. Estado Civil:	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou união estável) <input type="checkbox"/> Divorciado/Desquitado <input type="checkbox"/> Viúvo	
8. N° de Vínculos Empregatícios: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
9. Tipo de Jornada no local de trabalho:	
<input type="checkbox"/> Diarista <input type="checkbox"/> Plantão 12 por 36 horas <input type="checkbox"/> Plantão 12 por 60 horas <input type="checkbox"/> Plantão de 24 horas	
10. Escolaridade	
<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto	
<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino médio completo	
<input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo	
11. Carga horária de Trabalho semanal	
<input type="checkbox"/> 24 horas <input type="checkbox"/> 20 a 29 horas <input type="checkbox"/> 30 a 39 horas <input type="checkbox"/> 40 ou mais horas	
12. Faixa salarial de acordo com Salário Mínimo vigente:	
<input type="checkbox"/> 1 a 2 salários mínimos <input type="checkbox"/> 3 a 5 salários mínimos <input type="checkbox"/> 6 a 8 salários mínimos	
<input type="checkbox"/> 9 a 11 salários-mínimos <input type="checkbox"/> acima de 11 salários mínimos	

FATORES RELACIONADOS AO LOCAL DE TRABALHO

Considere que no seu local de trabalho existem alguns dos seguintes fatores de risco ocupacional (risco para prejudicar a saúde)

Marque com um X no quadrinho correspondente à legenda abaixo. Preencha utilizando:

- 1 - Sempre** – você observa todos os dias no seu trabalho
- 2 – Quase sempre** – você observa muitas vezes no seu trabalho
- 3 - Raramente** – você observa poucas vezes no seu trabalho
- 4 - Não acontece** – você não observa no seu trabalho
- 5 - Desconhece** – você não tem conhecimento se acontece ou não

Riscos percebidos pelos trabalhadores	1 Sempre	2 Quase sempre	3 Raramente	4 Não acontece	5 Desconhece
Riscos Físicos					
13. Trabalho em local com radiação (setor de	<input type="checkbox"/>				
14. Manipulação de materiais contaminados por quimioterapia	<input type="checkbox"/>				
15. Exposição ao ruído/barulho	<input type="checkbox"/>				
16. Exposição à temperatura inadequada (calor/frio)	<input type="checkbox"/>				
17. Exposição à umidade excessiva	<input type="checkbox"/>				
18. Piso inadequado (com desnível ou buracos) ou escorregadio	<input type="checkbox"/>				
Riscos Químicos					
19. Contato com substância química (produtos de limpeza)	<input type="checkbox"/>				
20. Exposição a gases, vapores ou aerossóis	<input type="checkbox"/>				
Riscos Biológicos					
21. Exposição à material contaminado com sangue	<input type="checkbox"/>				
22. Exposição em área de isolamento respiratório	<input type="checkbox"/>				
23. Exposição a outros riscos biológicos (secreção, fezes e urina)	<input type="checkbox"/>				
Riscos de Acidente/Mecânicos					
24. Risco de choque elétrico	<input type="checkbox"/>				
25. Risco de incêndio ou explosão	<input type="checkbox"/>				
26. Risco de queda de materiais sobre o corpo	<input type="checkbox"/>				
27. Risco de queda pelo piso inadequado ou ambiente inadequado	<input type="checkbox"/>				
28. Choques contra objetos móveis/imóveis	<input type="checkbox"/>				
29. Falta de equipamentos de proteção individual	<input type="checkbox"/>				
30. Utilização errada de equipamento de proteção individual	<input type="checkbox"/>				
31. Acidente por material perfurocortante (com agulhas)	<input type="checkbox"/>				

FATORES RELACIONADOS AO LOCAL DE TRABALHO

Considere que no seu local de trabalho existem alguns dos seguintes fatores de risco ocupacional (risco para prejudicar a saúde)

Marque com um X no quadrinho correspondente à legenda abaixo. Preencha utilizando:

- 1 - **Sempre** – você observa todos os dias no seu trabalho
- 2 - **Quase sempre** – você observa muitas vezes no seu trabalho
- 3 - **Raramente** – você observa poucas vezes no seu trabalho
- 4 - **Não acontece** – você não observa no seu trabalho
- 5 - **Desconhece** – você não tem conhecimento se acontece ou não

Riscos percebidos pelos trabalhadores	1 Sempre	2 Quase sempre	3 Raramente	4 Não acontece	5 Desconhece
Riscos Ergonômicos					
32. Desconforto pela postura adotada para trabalhar	<input type="checkbox"/>				
33. Posturas forçadas para realização de alguma tarefa	<input type="checkbox"/>				
34. Sua tarefa de trabalho produz fadiga (cansaço intenso)	<input type="checkbox"/>				
35. Sobrecarga de trabalho (realiza trabalho por dois funcionários)	<input type="checkbox"/>				
36. Organização insatisfatória de horário	<input type="checkbox"/>				
37. Duração excessiva da jornada de trabalho	<input type="checkbox"/>				
38. Ritmo de trabalho acelerado	<input type="checkbox"/>				
39. Recursos materiais insuficientes para realizar o trabalho	<input type="checkbox"/>				
40. Tarefas rotineiras ou monótonas	<input type="checkbox"/>				
41. Percorre longa distância durante a jornada	<input type="checkbox"/>				
42. Permanece na postura em pé por muito tempo	<input type="checkbox"/>				
Riscos Psicológicos					
43. Violência no trabalho (física ou verbal)	<input type="checkbox"/>				
44. Conflito com chefia ou encarregados	<input type="checkbox"/>				
45. Conflito com clientes ou pacientes	<input type="checkbox"/>				
46. Conflito entre colegas de trabalho	<input type="checkbox"/>				
47. Conflito com a equipe de saúde do local de trabalho	<input type="checkbox"/>				
48. Trabalha em local onde há morte constante de pacientes	<input type="checkbox"/>				
49. Já viu a assistência da equipe de saúde em pacientes muito	<input type="checkbox"/>				
50. Pouca oportunidade de decisão sobre a realização do trabalho	<input type="checkbox"/>				
51. Desvalorização profissional	<input type="checkbox"/>				
52. Discriminação no trabalho (assédio moral)	<input type="checkbox"/>				
53. Realiza suas tarefas desmotivado	<input type="checkbox"/>				
54. Possui instabilidade no vínculo de trabalho	<input type="checkbox"/>				
55. Recebe salário abaixo do valor recomendado	<input type="checkbox"/>				

PROBLEMAS DE SAÚDE PERCEBIDOS PELOS TRABALHADORES

Marque com um X no quadrinho se percebe alguma alteração na saúde.

Preencha utilizando:

Existente – Existe o problema. Especifique SIM ou NÃO.

Depois que começou trabalhar – você não possuía o problema e adquiriu no decorrer das suas atividades de trabalho

Agravou com o trabalho– Você já tinha o problema e ficou pior depois de começar a trabalhar

Não relacionado ao trabalho – O problema não tem a ver com minha rotina de trabalho

Danos Percebidos na Saúde	EXISTENTE		
	NÃO	SIM	
		Depois que começou trabalhar	Agravou com o trabalho
56. Doenças Infecciosas (HIV, Hepatites A, B, C)			
57. Consumo frequente de medicamentos sem receita médica			
58. Estresse			
59. Depressão			
60. Agressões ou condutas violentas			
61. Dificuldade para dormir			
62. Mudanças de humor/alterações de comportamento			
63. Alcoolismo e uso de outras drogas			
64. Dor de cabeça frequente			
65. Perda Auditiva			
66. Problemas de visão			
67. Doenças do Coração			
68. Pressão Alta			
69. Varizes			
70. Doenças Renais			
71. Problemas respiratórios			
72. Doenças de pele			
73. Problemas digestivos (dor no estômago constante, constipação, diarreia)			
74. Doenças do Fígado			
75. Cansaço Muscular			
76. Problemas de articulação			
77. Dor no pescoço e ombro			
78. Dor nas costas			
79. Intoxicação por substâncias químicas			
80. Transtornos relacionados ao ciclo menstrual			
81. Infecção Urinária constante			
82. Transtornos da gravidez ou de órgão reprodutor			
83. Afastamentos frequentes por motivo de doença			
84. Mudança/transferência do trabalho por motivo de doença			

PESQUISA DE OPINIÃO

Descreva sua opinião sobre o questionário. Por favor, responda, pois sua avaliação é muito importante.

85. Apresentou dificuldades para compreender este questionário:

Sim Não

86. Caso tenha tido dificuldade, descreva qual (quais) item(itens) não compreendeu

.....
.....

87. SUGESTÕES

CONCLUSÃO

No desenvolvimento do estudo observou-se que os objetivos foram alcançados através dos resultados obtidos. Como retrospectiva de pesquisa, a ideia central emergiu da prática profissional de compreender o significado de saúde percebida por algumas categorias de trabalho visto que no binômio saúde-doença o trabalho torna-se uma variável determinante para o adoecimento do trabalhador.

A pesquisa teve ênfase no desenvolvimento de instrumento que identifique a percepção do trabalhador sobre sua exposição aos riscos, proporcionando informações sobre o quanto os TSLH estão vulneráveis para o adoecimento no campo laboral e sobre a necessidade da realização de ações direcionadas a essa categoria profissional.

A literatura confirma as vulnerabilidades para adoecimento dos trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar, pois são notórios alguns riscos ocupacionais presentes no cotidiano laboral, mesmo que seja em diferentes áreas de atuação pela característica das atividades que realizam. Os riscos observados se fazem presentes no desenvolvimento de suas atividades, sendo, assim, denominados como riscos multifatoriais.

Através das evidências de validade de conteúdo, identificadas pela literatura e por especialistas na etapa do estabelecimento conceitual, foi confirmado que existem implicações nas diferenças entre os riscos ocupacionais existentes aos riscos que podem potencialmente ser percebidos pelos TSLH. Foram identificadas variáveis consideradas como determinantes no contexto bio-psíco-social, para o adoecimento dos trabalhadores, ou seja, o adoecimento do trabalhador relacionado ao ambiente laboral acrescido aos fatores sociais e psíquicos como determinantes no processo saúde doença desses trabalhadores.

Na caracterização desses trabalhadores, a partir do estabelecimento conceitual, demonstrou a predominância do gênero feminino, terceirização e precariedade dos vínculos empregatícios e baixo nível de escolaridade. Segundo os especialistas, a predominância feminina e o baixo nível de escolaridade foram considerados fatores influenciadores na formação do conceito de risco ocupacional, no pressuposto de que a informação é favorável para mudança do cenário social e da construção de conceitos do homem enquanto ser racional e social, ou seja, quanto maior o nível de conhecimento maior entendimento terá sobre a realidade inserida. E na predominância do sexo feminino configura-se a dupla jornada no contexto social e histórico da representação da mulher no cuidado. Ainda se atribuiu o risco psicológico pelo menosprezo e falta de respeito de outros trabalhadores da unidade hospitalar

em relação aos trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar por ser uma profissão sem exigência de formação e composta em massa por mulheres.

Foi considerado como fator determinante para o adoecimento desses trabalhadores a precariedade dos vínculos de trabalho, caracterizado pela terceirização dos serviços e aumento do trabalho informal decorrentes da fragilidade das leis vigentes de proteção ao trabalhador e ao modelo atual de mercado de trabalho. Acompanhado com a terceirização e precariedade de trabalho, estão os baixos salários, duplas jornadas, desvalorização profissional e instabilidade financeira.

A percepção sobre a caracterização do ambiente laboral pelos especialistas demonstrou os riscos ambientais, descritos em físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidente. Salientou-se a ênfase dos riscos de acidentes com materiais perfurocortantes mal descartados e a exposição biológica pela característica da dinâmica hospitalar.

Após levantamento conceitual do fenômeno investigado foi desenvolvido o Questionário sobre Percepção de Riscos e Danos Ocupacionais dos Trabalhadores do Serviço Limpeza Hospitalar (QPRD-LIMPH). O questionário foi composto por pelo “Inventário Sociodemográfico”, “Avaliação dos fatores relacionados ao local de trabalho” e os “Problemas de saúde percebidos pelos trabalhadores”. Considerando a análise dos especialistas em relação à clareza, pertinência e relevância, e a análise satisfatória do CVR, foi realizado a revisão dos itens que não apresentaram concordância perfeita e modificados para melhor atender o objetivo de estudo.

Considerando a promoção da saúde do trabalhador no ambiente de trabalho mediante os riscos ocupacionais, ressalta-se que a pesquisa foi inédita e reiteira que o desenvolvimento do instrumento pode subsidiar saberes importantes sobre esses profissionais e servir como modelo para novas pesquisas, na medida que os TSLH possuem grande contribuição nos processos considerados com complexos da unidade hospitalar em suas funções.

Muitas dificuldades e barreiras foram encontradas no desenvolvimento da pesquisa. A idéia inicial para caracterização dos riscos ocupacionais seria a partir de grupo focal com os trabalhadores do serviço de limpeza em uma unidade hospitalar de grande porte para maior proximidade do fenômeno investigado. Porém houve recusa por parte da empresa, mesmo explicando o ineditismo da pesquisa e suas contribuições, pois muitas empresas apresentam resistências para pesquisas voltadas à Saúde do Trabalhador.

Outra dificuldade encontrada foi o desenvolvimento de parte da pesquisa no período da nova pandemia do SARS-COV-2. Todas as atividades referentes à pesquisa, as quais seriam realizadas presencialmente, foram realizadas por meio eletrônico. Muitos especialistas

revisores na área ST apresentaram receio em participação da pesquisa, não responderam o questionário ou iniciaram a avaliação do instrumento por questionário eletrônico e não completaram a análise do instrumento.

Ressalta-se a necessidade da realização de outras pesquisas envolvendo os trabalhadores de limpeza hospitalar como construção de conhecimento técnico e teórico acerca da subjetividade desses trabalhadores no ambiente laboral. Espera-se, também, a continuação do desenvolvimento do instrumento e sua aplicação na população alvo. O processo de verificação da validade do instrumento é contínuo, permeia desde sua construção e pressupõe-se sua utilização várias vezes, ressalva que a cada aplicação há interpretação de diferentes resultados, mas que sejam fidedignos.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. **Rev Panam Salud Publica**, São Paulo, v. 11, n. 2, 2002. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v11n2/109-111/es>>. Acesso em: 26 jun. 2019.
- ANDRADE, E. T ; MARTINS, M. I. C ; MACHADO, J. H. O processo de construção da política de saúde do trabalhador no Brasil para o setor público. **Revista de Sociologia**, 2012. Disponível em: <https://journals.openedition.org/configuracoes/>. Acesso em 07 jun. 2019.
- ANDRADE, M. O et al. Saúde ocupacional e riscos psicossociais em trabalhadores da limpeza de instituição de ensino superior: Um estudo qualitativo em Brasília, DF. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 143-156, 2016.
- ARANTES, M. C. et al. Acidentes de trabalho com material biológico em trabalhadores de serviços de saúde. **Rev. Cogitare**, Curitiba, v. 22, n. 1, p. 01-08, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46508/pdf>. Acesso em: 02 jun. 2020.
- AUGUSTO, M.M; FREITAS, L.G; MENDES, A.M. Vivências de prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de uma fundação pública de pesquisa. **Rev. Psicol**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, 2014.
- AYRE, C.; SCALLY, A. J. Critical values for Lawshe’s Content Validity Ratio: revisiting the original methods of calculation. **Methods Plainly Speaking**, v. 47, n. 1, p. 79-86, 2014. <http://10.1177/0748175613513808>.
- BALTHAZAR, M.A.P et al. Gestão dos riscos ocupacionais nos serviços hospitalares: uma análise reflexiva. **Rev enferm UFPE online.**, Recife, v. 11, n. 9, p:3482-91, 2017. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&srcgoogle&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=32936&indexSearch=ID>. Acesso em: 07 jun. 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BEATON, D. E. et al. **Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-report Measures**. Spine, Toronto, v. 25, n. 24, pp 3186–3191, 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46
- BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, fev. 2004.
- BRASIL, Ministério do Trabalho. PORTARIA N.º 25, DE 15 DE OUTUBRO DE 2001, Altera a Norma Regulamentadora que trata de Equipamento de Proteção Individual – NR6 e dá outras providências, 2001.

BRASIL, Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_seguranca_saude.pdf. Acesso em: 10 de abr. 2019.

BRASIL, Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Portaria MS nº 1.823/2012. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CEREST/site%20-%20Portaria_1823_12_institui_politica.pdf. Acesso em: 13 maio 2019.

BRASIL, Ministério do Trabalho, Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais. Portaria SSST Nº 25 de 29 de dezembro de 1994. Disponível em: https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_Legislacao/SST_Legislacao_Portarias_1994/Portaria-n.-25-Aprova-a-NR-09-e-altera-a-NR-5-e-16.pdf. Acesso em: 15 nov. 2020.

BRASIL, PORTARIA GM Nº 1679 DE 19 DE SETEMBRO DE 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília, set. 2002.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma regulamentadora nº 32 (Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2005 nov. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_32.pdf. Acesso em: 12 maio 2019.

BRASIL, Ministério do Trabalho (Brasil). Normas Regulamentadoras. Diário Oficial da União 1978. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/legislacao/normas-regulamentadoras-1.htm>.

BRASIL, Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO-RDC Nº 35, DE 16 DE AGOSTO DE 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res_0035_16_08_2010.html.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. Classificação de risco dos agentes biológicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 48 p.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma regulamentadora nº 32 (Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília(DF); 2005.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 6.730, de 09 de março de 2020 (DOU de 12/03/2020 - Seção 1) Aprova a nova redação da Norma Regulamentadora nº 01 - Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais, 2020.

BRASIL, Ministério do Trabalho e da Previdência Social. PORTARIA N.º 3.751, DE 23 DE NOVEMBRO DE 1990- NR 17 – ERGONOMIA. Disponível em: https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_Legislacao/SST_Legislacao_Portarias_2007/Portaria-n.-08-Checkout.pdf. Acesso em; 20 de mar. 2020.

CANO, S. J. The problem with health measurement. **Journals Patient Prefer Adherence**, 2011; p. 279–90.

CARDOSO, A. C; MORGADO, L. trabalho e saúde do trabalhador no contexto atual: ensinamentos da Enquete Europeia sobre Condições de Trabalho. *Saúde Soc. São Paulo*, v.28, n.1, p.169-181, 2019.

CHAVES, L. D. P et al. Governança, higiene e limpeza hospitalar: espaço de gestão do enfermeiro. **Es. Enferm Ribeirão Preto**, São Paulo, 2014.

CINTIA, M.C. Prevalência e fatores associados aos distúrbios psíquicos menores em trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza. Dissertação Universidade Federal de Santa Maria, Santa Catarina, 2015.

CINTRA, C.L.D. Ambiente hospitalar: análise da estrutura físico-funcional da UTI Neonatal de um hospital universitário. Dissertação Mestrado em Saúde e ambiente, UFM- São Luis, 2008.

CIPOLLA, Francisco Paulo. O Mecanismo da Mais Valia Relativa. **Estud. Econ.**, São Paulo, vol. 44, n.2, p. 383-408, abr.-jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ee/v44n2/06.pdf>. Acesso em: 20 de mar. 2021.

COCKELL, F. FLÁVIA; PERTICARRARI, D. Retratos da informalidade: a fragilidade dos sistemas de proteção social em momentos de infortúnio. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.3, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/08.pdf>.

COLUCI, M. Z. O; ALEXANDRE, N. M. C; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2015.

CURADO, M. A. S; TELES, J; MARÔCO, J. Análise de variáveis não diretamente observáveis: influência na tomada de decisão durante o processo de investigação. **Rev. Esc. Enf.**, São Paulo, v. 48, p. 149-56, 2013.

CUZATO, S. N.G. et al. A liderança no serviço de apoio operacional na unidade hospitalar. **Revista Científica Eletrônica de Administração**, São Paulo, n. 14, 2008. Disponível em: www.revista.inf.br – www.editorafaef.com.br. Acesso em 22 de mar. 2019.

DALDON, M. T. B; LANCMAN, S. Vigilância em Saúde do Trabalhador - rumos e incertezas. **Rev. Bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 38, 2013.

DEVELLIS, R. F. **Scale Development: Theory and Applications**. Los angeles: Sage Publications 4th ed, 2017.

DUARTE, N. S; MAURO, M. Y. C. Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 131, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100017. Acesso em 12 ago. 2019.

Epstein, J., Santo, R., Guillemin, F. **A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus**. *Jornal of Clinical Epidemiology*, v. 68 n. 4, p. 435-441, 2015.

European Commission. Occupational health and safety risks in the healthcare sector, 2010. Disponível em: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b29abb0a-f41e-4cb4-b787-4538ac5f0238>. Acesso em: 20 nov. 2020.

FARSEN, T. C; FIORINI, M.C; BARDAGI, M. P. Análises psicométricas de instrumentos validados em diversos contextos: o caso da escala de adaptabilidade de carreira. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, 10 (2), jul-dez, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v10n2/03.pdf>. Acesso em: 04 de set. 2019.

FELDMAN, L. B. **Gestão de risco e Segurança Hospitalar**. São Paulo: Martinari, 2 ed, 2009.

FERNANDES, D. M. M. et al. Gestão para a segurança e a qualidade de vida no trabalho em uma lavanderia hospitalar. **RAS**, São Paulo, v. 15, n. 61, 2013.

Fernandes C, Pereira A. Exposição a fatores de risco psicossocial em contexto de trabalho: revisão sistemática. **Rev Saude Publica**, v. 50, n. 54, 2016. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006129.pdf. Acesso em 01 nov 2020.

FERREIRA, Leda Leal. Sobre a Análise Ergonômica do Trabalho ou AET. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 40, n. 131, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v40n131/0303-7657-rbso-40-131-8.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2019.

FONSECA, B.M.C; BRAGA, A.M.C.B; DIAS, E.C. Planejamento de intervenções em Saúde do Trabalhador no território: uma experiência participativa. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 44, p. 1-9, 2019.

FONTURA, F. P; GONÇALVES, C. G. O; SOARES, V. M. N. Condições e ambiente de trabalho em uma lavanderia hospitalar: percepção dos trabalhadores. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 41, 2015.

FONTOURA, F.P. et al. Efeitos do ruído na audição de trabalhadores de lavanderia hospitalar. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 2, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000200395. Acesso em: 20 mar. 2019.

FREITAS, Edmundo Leal. Alguns aspectos da linguagem científica. *Sitientibus*. n. 12, p. 101-112, 1994.

GONÇALVES, N., ROMANOSKI, P. J. Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: bases conceituais e métodos de avaliação - parte II. **Rev. Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 28, n. 9, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0311>. Acesso em: 07 jan. 2021.

GOMES, S.C.S. et al. Acidentes de trabalho entre profissionais da limpeza hospitalar em uma capital do Nordeste, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001104123. Acesso em: 09 out 2020.

GARBACCIO, J. L; OLIVEIRA, A. C. Adherence to and knowledge of best practices and occupational biohazards among manicurists/pedicurists. **American J Infect Control**, v. 42, p. 791- 795, 2014. Disponível em: [http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(14\)00212-0/abstract](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(14)00212-0/abstract) Pages 791–795. Acesso em: 01 maio 2019.

GOMEZ, C. M; VASCONCELLOS, L.C.F; MACHADO, J.M.H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Escola Nacional de Saúde Pública**, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210, 2018, p. 1963-70.

GONDIM, Sônia Maria Guedes. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, v. 12, n. 24, p. 149-131, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/04.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019.

Grams, Mariana Tramontini. A proteção constitucional ao ambiente e às condições de trabalho no contexto das produções científicas em saúde do trabalhador: fatores de riscos e agravos. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Auroca – Dissertação (Mestrado), 2018.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. **Cross-Cultural Adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines**. *J Clin epidemiol*, Toronto, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/a2a8/fc3722ce868ac3cc37fd539f50afa31f4445.pdf> acesso em: 30 de jul. 2018.

HOHENREUTHER, R. et al. Serviço hospitalar de limpeza e absenteísmo: doença no trabalho. **Rev Min Enferm.**, Minas Gerais, v. 21, 2017. Disponível em: file:///C:/Documents%20and%20Settings/aluno/Meus%20documentos/Downloads/en_e1055.pdf. Acesso em: 18 maio 2019.

HOLANDA, V. B; MACHADO, N. Anais do VI Congresso Internacional de Contabilidade, Custos e Qualidade do Gasto no Setor Público. VI Congresso Internacional de Contabilidade, Custos e Qualidade do Gasto no Setor Público, Natal, 2016.

ISOSAKI, M. et al. Prevalência de sintomas osteomusculares entre trabalhadores de um Serviço de Nutrição Hospitalar em São Paulo. SP. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v.36, n.124, 2011.

JUNIOR, A. S.A et al. Risco biológico no contexto da prática de enfermagem: uma análise de situações favorecedoras. **Rev. Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz, v. 5, n. 1, p. 42-46, 2015.

KRAISIG, A.R; BRAIBANTE, M.E.F. Mind maps: instrument to construction of scientific knowledge related to “colors”. **Journal of Education Technical and Technological**, Rio Branco, v. 4, n. 2, p. 70-73, 2017.

KINALSKI, D. D. F. et al. Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 2, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000200424&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 02 ago. 2019.

KIM, Y. Validation of psychometric research instruments: the case of information science. **Journal of the American Society for Information Science and Technology**, North Carolina v.60 (6), 2009, p.1.178-1.191.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 (4):757-766, abr, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/02.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica. 5. ed.** São Paulo: Atlas, 2003.

LAVINAS, L; CORDILHA, A. C; CRUZ, G. **Assimetrias de gênero no mercado de trabalho no Brasil. In: Gênero e trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais.** Organização Alice Rangel Abreu, Helena Hirata e M^a Rosa Lombardi. São Paulo: Boitempo, 2016.

LAURELL, A.C; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário.** São Paulo: Editora Hucitec. 1989. Parte 1. Capítulo 3, p. 99-144.

LAWSHE, C. H. A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*, v. 28, p. 563–575, 1975.

LEAL, G. A; RIBEIRO, J. B; LIMA, E. P. S. A higienização hospitalar: uma solução paliativa. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v. 4, n. 2, p. 61-70, 2017.

LEE, S. J. et al. Acute Symptoms Associated With Chemical Exposures and Safe Work Practices Among Hospital and Campus Cleaning Workers: A Pilot Study. **American Journal Of Industrial Medicine**, v. 57, p. 1216-1226, 2014.

LEITE, S. S et al. Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018001001635&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 15 abr. 2019.

LIMA, A.F.S et al. Reconhecimento dos riscos no trabalho do Consultório na Rua: um processo participativo. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, n. 53, p.1-8, 2019. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reeusp/v53/1980-220X-reeusp-53-e03495.pdf>. Acesso em: 15 set. 2020.

LOMBARDI, M.R.; CAMPOS, V. P. A enfermagem no brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Revista da ABET**, Bahia, v. 17, n. 1, 2018.

MARCONATO, C. S. et al. Prevalência e fatores associados aos distúrbios psíquicos menores em trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, 2017.

MARTARELLO, N. A; BENATTI, M. C. C. Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 422-428, 2009.

MARTINS, J. T. et al. Significado de cargas no trabalho sob a ótica de operacionais de limpeza. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n.1, p.63-70, 2013.

MARX, K. **O capital – Livro I- crítica da economia: o processo de produção do capital.** São Paulo: Boitempo, 2013.

MAUDONNET, R. **Administração Hospitalar.** Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 1988.

MAURER, I. M. **Hospital Hygiene.**, Bedford Square, London, Ed. Goodman 3rd, 1985.

MENDES, J.M.R et al. Saúde do trabalhador: desafios na efetivação do direito à saúde. *Argumentum*, Vitória (ES), v. 7, n. 2, p. 194-207, jul./dez. 2015.

MEZOMO, J. C. **O serviço de limpeza no hospital**. São Paulo: Centro de Desenvolvimento em administração da saúde, 3 ed, S.D.

MICHAEL, F. R. **Psychometrics: an introduction**. London: Ed Sage, 2018, 568 p.

MINAYO, C.; THEDIN, S. M. A construção do campo de saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 21-32, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1997000600003&lng=en. Acesso em: 11 mar. 2019.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaços da cura**. Recife: ed. UFPE 3ª ed, 2017.

MORAIS, N. O. et al. Exposição ocupacional com material potencialmente contaminado entre profissionais da área de apoio. **Rev. Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 14, n. 4, p. 709-713, 2009.

NEGRINHO, N. B. S et al. Fatores associados à exposição ocupacional com material biológico entre profissionais de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.70, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000100133&lang=pt. Acesso em: 10 mar. 2019.

NETO, G. V; MALIK, A.M. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: editora Guanabara Koogan, 2011, p. 249-252.

OGATA, A.J.N. Promoção da saúde no ambiente de trabalho. **Rev Bras Med Trab.**, v. 16. P. 1-44, 2018.

OLIVEIRA, P. B. et al. Comparação entre ambiente de trabalho de hospitais públicos acreditado e não acreditado. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 1. p. 53-9, 2016.

OLIVEIRA, Adriana Cristina; GONÇALVES, Jacqueline de Almeida. Acidente ocupacional por material perfurocortante entre profissionais de saúde de um Centro Cirúrgico. **Revista Escola Enfermagem USP**. São Paulo, v. 44, n. 2, p. 482-487, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/34.pdf>. Acesso em: 16 maio 2020.

OLIVEIRA³, L. B. et al. Saúde e segurança do enfermeiro: riscos ergonômicos nos setores críticos do ambiente hospitalar. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 8, n.8, p.2633-7, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9965/10294>. Acesso em 08 de jul. de 2020.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Brasil, Normas Internacionais do Trabalho, 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/agencia/oit/>. Acesso em 06 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Brasil e OPAS/OMS juntos para a saúde global, 2014. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3225:brasil-e-opas-oms-juntos-para-a-saude-global&Itemid=842. Acesso em: 26 abr. 2019.

PNUD. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. 2016. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/politica-externa/desenvolvimento-sustentavel-e-meio-ambiente/134-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-ods>. Acesso em: 20 maio 2019.

Polit DF, Beck CT. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011

PROMIS. Patient-reported outcomes measurement information system. Version 2.0. 2013. Disponível em <http://www.healthmeasures.net/explore-measurement-systems/promis>.

RANGEL, Maria Lígia. Risco e saúde nos locais de trabalho. *Physis*, v. 4, n.1, p.133-146, 1994. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311994000100007>. Acesso em: 20 de maio 2019.

RAMOS, F. E.A.O; LACERDA, A.B.M; ALBIZU, E.J. Trabalhadores do setor de manutenção hospitalar: proteção, sintomas auditivos e exposição à ruído. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v. 20, n. 4, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v20n4/pt_1982-0216-rcefac-20-04-503.pdf. Acesso em: 19 de mar. 2021.

RAYMUNDO, Valéria Pinheiro. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86-93, 2009.

REPPOLD, C.T; GURGEL, L. G; HUTZ, C. S. Evidências de validação da escala de avaliação da ansiedade em adolescentes. *Temas psicol. [online]*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 871-883, 2014.

RIBEIRO, J. L. P. Medida na avaliação psicológica. *Revista Psicologia, Saúde&Doenças*, Portugal, v. 14 (1), 245-263, 2013
REPPOLD, T. R; GURGEL, L. G; HUTZ, C. S. O processo de construção de escalas psicométricas. *Aval. Psicol*, vol.13, Itatiba, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000200018. Acesso em: 04 de set. 2019.

RUBIO D.M. et al. Objectifying content validity conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res*. V. 27, n 2, p. 94-105, 2003.

SALLES, Carmem Ligia Artigo de atualização escrito por Carmen Lígia Sanches de Salles. CÂMARA TÉCNICA do COREN-SP, gestão 2008-2011.

SAITO, R. et al. Characterization of Cleaning and Disinfecting Tasks and Product Use Among Hospital Occupations. *American Journal Of Industrial Medicine*, v. 58, p.101–111, 2015.

SANTOS, N. S; SILVA, L. F. M; CASSANDRE, M. P. Who said berenice, that being gay is to be a good shopping store seller? *Recape*, São Paulo vol.7, n. 3, p. 88-112, 2017.

SANTOS, J. F. A; KNABEN, A. A importância da educação no cenário da educação do campo: um estudo de revisão. *UFPR Litoral*, Paraná, 2015. Disponível em: <https://www.acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/38394/R%20-%20E%20-%20JO%20F%20ALMEIDA%20DOS%20SANTOS.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 jan. 2021.

SILVA, R.P.A; MACÊDO, L.C.B; SILVA, I.L.R. Avaliação das características psicométricas dos questionários utilizados nos periódicos da área contábil: um estudo longitudinal

lcompreendido no período 2003-2012. **XX Congresso Brasileiro de Custos**, Uberlândia, MG, Brasil, 18 a 20 de novembro de 2013.

SILVA, R. P; VALENTE, G.S.C; CAMARGO, A.C.L.F. Risk management in the scope of nursing professionals in the hospital setting. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 6, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7167202000600162&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 dez. 2020.

SILVA, L.S et al. Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da COVID-19 entre trabalhadores da saúde. **Rev. Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 45, n. 24, 2020, p. 1-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbso/v45/2317-6369-rbso-45-e24.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2021.

SHOJI, S. et al. Proposta de melhoria das condições de trabalho em uma unidade ambulatorial: perspectiva da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro vol.20 no.2, p. 303-309, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414- >. Acesso em: 21 mar. 2019.

SOUZA, A. C; ALEXANDRE, N. M. Costa; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 649-659, 2017.

SOUZA, R. S. et al. Doenças ocupacionais dos trabalhadores de limpeza em ambiente hospitalar: proposta educativa para minimizar a exposição. **Rev. Enfermaria Global**, Murcia, n. 42, 2016. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/download/218311/192641/>. Acesso em: 05 jan. 2021.

STRAUSZ, Maria Cristina. Produção de conhecimento em saúde coletiva: um olhas a partir da Saúde do Trabalhador. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Auroca – Tese (Doutorado), 2014.

TARANTOLA, A; ABITEBOUL, D; RACHLINE, A. Infection risks following accidental exposure to blood or body fluids in health care workers: A review of pathogens transmitted in published cases. **Journal Infect Control**, v. 34, n. 6, p. 367-75, 2006. Disponível em: [http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(05\)00435-9/pdf](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(05)00435-9/pdf). Acesso em: 02 fev. 2019.

TORRES, A.R.A et al. Adoecimento no trabalho: repercussões na vida do trabalhador e de sua família. **Sanare**, Sobral, v.10, n.1, p.42-48, jan./jun, 2011.

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Rev. de Sau. Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013. Acesso 17 ago. 2019.

WALTZ, C. F; STRICKLAND, O. L; LENZ, E. R. **Measurement in Nursing and Health Research Fourth Edition**. New York: Ed. Springer Publishing Company, 2010.

WILSON, F. R. et al. Recalculation of the Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio. **Measurement and Evaluation in Counseling and Development**, v. 45, n.3, 2012,197-210.

APÊNDICE A- Descrição dos artigos incluídos das bases de dados de pesquisa

Quadro 3 – Síntese dos artigos incluídos das bases de dados de pesquisa científica (continua)

País do estudo; autor; ano	Desenho do Estudo	Objetivo geral	População do estudo	Resultados
Brasil Fontoura et al; 2014	Descritivo, qualitativo	Identificar a vivência e a percepção dos trabalhadores sobre as condições de trabalho em uma lavanderia hospitalar e discutir os riscos e medidas de prevenção relacionados a essa atividade	Trabalhadores de centrifugação, classificação de roupas limpas, secagem, dobragem, guarda e distribuição	Resultados: os riscos percebidos foram identificados e analisados em três categorias: 1. Riscos do trabalho diário, com as subcategorias. Riscos ergonômicos (intensificação do trabalho, número excessivo de horas trabalhadas, exigência de produção e ausência de pausas), Riscos físicos (ruído, calor), Riscos biológicos (manuseio de material contaminado) e Estresse e perigo de acidentes com materiais perfurocortantes; 2. Organização do trabalho e controle sobre os trabalhadores; 3. Sugestões dos trabalhadores para melhorias nas condições de trabalho.
Brasil Fontoura et al; 2014	Transversal	Caracterizar o perfil auditivo de trabalhadores de uma lavanderia hospitalar	Profissionais da lavanderia	Os níveis de ruído encontrados foram de 77,0 a 99,0 dB(A), houve 37,89% audiogramas alterados, destes 18,94% com características sugestivas de Perda Auditiva Induzida por Ruído, principalmente entre os dobradores de roupas. O teste de Emissões Otoacústicas Evocadas por Estímulo Transiente demonstrou ausência de respostas em 13 sujeitos com ausência de emissões em alguma das orelhas.
Brasil Fernandes et al. 2013	Pesquisa-ação	Analisar e descrever ações práticas que visam reduzir ou eliminar riscos à saúde do trabalhador e ao cumprimento das normas e dos procedimentos estabelecidos com o intuito de melhorar a segurança e a qualidade de vida no trabalho em uma	Profissionais da lavanderia	A exposição aos fatores de risco à saúde diminuiu, consideravelmente, com a adequação das instalações físicas; a utilização de todos os EPI previstos; a vacinação em dia e a programação para a realização de exames audiométricos anuais; a manutenção dos equipamentos; a redução do tempo gasto no processamento da roupa e com o preparo técnico-profissional condizente com o exercício das funções em uma lavanderia hospitalar.

lavanderia hospitalar

Quadro 3– Síntese dos artigos incluídos das bases de dados de pesquisa científica (continuação)

Brasil Morais et al. 2009	Pesquisa exploratória	Analisar a frequência de acidentes ocupacionais envolvendo materiais biológicos potencialmente contaminados que ocorreram entre os profissionais que atuam em um hospital de ensino e caracterizar aqueles que acometeram a equipe de higienização, limpeza e lavanderia	Profissionais do serviço de apoio	Foram analisadas 238 fichas de investigações de acidentes de trabalho do Serviço de Epidemiologia do período de 2004 a 2009. Destas, 10,9% (26/239) correspondiam a acidentes ocorridos com profissionais da limpeza hospitalar, 2,5% de profissionais da lavanderia.
Brasil Hohenreuthet al. 2017	Estudo transversal	Analisar a relação entre o absenteísmo-doença, o perfil sociodemográfico e laboral, os hábitos e a saúde dos trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza	Trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza	Predominou trabalhadores do sexo feminino, com ensino médio completo, casados/com companheiro, até três filhos. As faltas ao trabalho prevaleceram até nove dias. Os trabalhadores que mais faltaram foram os que tinham até três filhos (53,5%), com renda per capita familiar menor que um salário mínimo (52,4%), que não possuíam outro emprego (43,9%) e estavam acima do peso normal (71,4%). Evidenciou-se associação estatística entre absenteísmo-doença e ter filhos, sofrer acidente de trabalho, não ter tempo para lazer, necessidade de atendimento médico no último ano, suspeição para o alcoolismo, baixa capacidade para o trabalho e dor musculoesquelética.
Brasil Marconato et al. 2015	Estudo transversal	Investigar a prevalência e os fatores associados aos DPMs em trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um hospital universitário público do Rio Grande do Sul, Brasil.	Serviço Hospitalar de Limpeza	A população do estudo foi composta pelos 161 trabalhadores. A prevalência global para suspeição de DPM foi de 29,3%. As chances de suspeição de DPMs foram maiores nos trabalhadores em Desequilíbrio Esforço-Recompensa, nos que não tinham ou às vezes tinham tempo para o lazer e naqueles que faziam uso de medicação.

Quadro 3 – Síntese dos artigos incluídos das bases de dados de pesquisa científica (continuação)

Brasil Souza et al 2016	Revisão de literatura	Identificar as doenças ocupacionais entre os trabalhadores de limpeza hospitalar; descrever os fatores causais das doenças ocupacionais neste grupo de trabalhadores; e propor atividades educativas para minimizar a exposição às doenças ocupacionais neste grupo	Trabalhadores de limpeza hospitalar	O trabalhador do serviço de limpeza na sua atividade laboral está exposto a todos os riscos ocupacionais. As doenças ocupacionais identificadas desses trabalhadores são diversas, mas, destaca-se: distúrbios osteomusculares e dermatites. As medidas educativas têm o foco no treinamento/educação continuada.
Brasil Chillida, Cocco, 2004	Transversal	Traçar o perfil dos trabalhadores terceirizados que atuam no serviço de limpeza de um hospital universitário em relação à escolaridade e rotatividade no serviço. Identificar a percepção e perspectivas desses profissionais em relação ao processo saúde-doença e ao seu futuro.	Trabalhadores terceirizados do serviço de limpeza	A maioria começou a trabalhar precocemente, 74 por cento eram do sexo feminino e com baixa escolaridade. Dos entrevistados, 36 por cento referiram doenças diagnosticadas pelo médico. No período estudado, 84 por cento dos trabalhadores entrevistados realizaram consultas médicas, totalizando 181 consultas, resultando em média 3,6 consultas por trabalhador, sendo a mais frequente, 56 por cento, com o clínico geral.
Brasil Ceron et al. 2015	Transversal	Identificar a prevalência e os fatores associados à ocorrência dos acidentes de trabalho com os trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza	Serviço hospitalar de limpeza	O último ano trabalhado, a prevalência de acidentes foi de 17,8%. O maior percentual de acidentes ocorreu com trabalhadores do sexo masculino (26,3%), entre 19 e 34 anos (21,6%). Os acidentes com perfurocortantes e as quedas se destacaram, sendo as mãos e os dedos as partes do corpo mais atingidas.
Brasil Arantes et al. 2017	Retrospectivo	Caracterizar os acidentes de trabalho, com material biológico, em trabalhadores dos serviços gerais de instituições de saúde	Serviços Gerais	A maioria (60,2%) dos acidentes ocorreu em ambiente hospitalar, por via percutânea (98,2%), e foi decorrente do descarte inadequado de material perfurocortante (88,5%). Em 91,2% dos casos, a fonte era desconhecida, portanto, 89,4% tiveram a indicação de quimioprofilaxia, dos quais 58,4% abandonaram o tratamento.

Quadro 3– Síntese dos artigos incluídos das bases de dados de pesquisa científica (continuação)

Califórnia Lee et al. 2014	Estudo transversal-	Os trabalhadores da limpeza são expostos regularmente a produtos de limpeza que contêm produtos químicos perigosos. Este estudo investigou os sintomas agudos associados à exposição a produtos químicos entre trabalhadores da limpeza e suas práticas de trabalho seguro	Trabalhadores de limpeza	Os sintomas relacionados a produtos químicos (várias vezes por mês ou mais frequentemente) foram mais comuns entre os trabalhadores que realizaram a limpeza da área do paciente (44%) do que os responsáveis pelo hospital (36%) ou os responsáveis pelo campus (28%). Após controlar por idade, sexo e cargo, os sintomas foram associados à exposição a produtos de limpeza de carpetes (OR = 2,98, IC 95% 1,28-6,92), produtos em spray (OR = 2,82, IC 95% 1,16-6,82), solventes (OR = 2,71, IC 95% 1,20-6,15) e produtos de limpeza multiuso (OR = 2,58, 935% CI 1,13-6,92). Exceto por luvas, o uso regular de equipamentos de proteção individual era pouco frequente.
Nova York Saito et al. 2015	Estudo descritivo	Os profissionais de saúde têm uma prevalência elevada de asma e sintomas relacionados associados ao uso de produtos de limpeza / desinfecção. O objetivo deste estudo foi identificar e caracterizar tarefas e produtos de limpeza / desinfecção utilizados em ocupações hospitalares	As 14 ocupações	As tarefas de limpeza e desinfecção foram realizadas com alta frequência pelo menos uma vez por turno em muitas ocupações. Preparadores de equipamentos médicos, empregadas domésticas, decapantes / enceradores e técnicos de endoscopia gastaram, em média, 108–177 min / turno executando tarefas de limpeza / desinfecção. Muitas ocupações usavam produtos que continham aminas e compostos de amônio quaternário por > 100 min / turno.
Brasil Martins et al. 2012	Estudo descritivo, exploratório qualitativo	Analisar o significado das cargas de trabalho para operacionais de limpeza de uma unidade de Emergência/Pronto Socorro e identificar as estratégias que eles utilizam como proteção as essas cargas	Operacionais de limpeza	Emergiram três categorias: carga vivenciada no trabalho relacionada com a materialidade interna, carga vivenciada no trabalho relacionada com a materialidade externa e estratégias de enfrentamento utilizadas para amenizar e/ou prevenir as cargas no trabalho.

Quadro 3– Síntese dos artigos incluídos das bases de dados de pesquisa científica (continuação)

Brasil Martarello; Benatti 2009	Transversal	Identificar aspectos da qualidade de vida e de sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza	Serviço de higiene e limpeza	A aplicação do questionário Nórdico confirmou a existência de problemas em alguma parte do corpo do trabalhador.
Inglaterra Toffolutti et al. 2017	Estudo descritivo	Este estudo avalia se a contratação de serviços de limpeza em fundos hospitalares agudos ingleses (autoridades legais que administram um ou mais hospitais) está associada a riscos de infecção por MRSA no hospital e custos econômicos mais baixos	Serviço de limpeza hospitalar	Ao vincular dados sobre a incidência de MRSA por 100.000 leitos hospitalares com pesquisas de limpeza entre pacientes e funcionários em 126 hospitais britânicos durante 2010e2014, descobrimos que a terceirização dos serviços de limpeza estava associada a uma maior incidência de MRSA, menos funcionários de limpeza por leito hospitalar, piores percepções dos pacientes quanto à limpeza e percepções dos funcionários sobre a disponibilidade de instalações para lavar as mãos.
Turquia Demirturk; Tuna; Demirdal, 2006	Estudo descritivo	O objetivo deste estudo foi avaliar o grau de conhecimento sobre infecções nosocomiais entre a equipe de limpeza de um hospital universitário na Turquia e avaliar a eficácia dos programas de treinamento em relação ao nível de conhecimento dos participantes	Pessoal de limpeza de um hospital universitário	1,9% dos participantes relataram ter realizado rastreamento de patógenos; no entanto, eles não tinham idéia do conteúdo exato desse procedimento. Os profissionais de saúde, incluindo a equipe de limpeza, provavelmente transmitirão infecções adquiridas pela comunidade a pacientes e outros profissionais de saúde.
Japão Unge et al. 2007	Estudo descritivo	Para esclarecer se as diferenças na carga física de trabalho, os fatores psicossociais e os distúrbios osteomusculares podem ser atribuídos aos fatores organizacionais do trabalho.	Trabalhadoras do serviço de limpeza	O grupo OE foi associado à menor carga física de trabalho, em termos de razão da frequência cardíaca (23 vs 32; P <0,001), posição e movimentos da cabeça e do braço (braço direito, percentil 50, 35 ° / s vs 71 ° / s; P <0,001) e movimentos do punho (20 ° / s vs 27 ° / s; P = 0,001) do que o grupo TO. O grupo OE relatou maior latitude de decisão e menor demanda de trabalho que o TO, enquanto não encontramos diferença no suporte social.

Quadro 3 – Síntese dos artigos incluídos das bases de dados de pesquisa científica (continuação)

Brasil Oliveira, et al. 2016	Estudo de caso	Investigar a relação entre a rotatividade de serventes de limpeza e o significado do trabalho. Realizaram-se dois estudos, com entrevistas individuais semiestruturadas e submetidas à análise de conteúdo	Profissionais do serviço de limpeza	Os resultados apontam maior rotatividade entre homens, relacionada a pouca identificação com o trabalho, falta de reconhecimento, desprezo e invisibilidade social.
Brasil Silva, 2017	Descritivo	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.	Profissionais dos serviços gerais de limpeza hospitalar	<p>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.</p> <p>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 inapropriada que expõe os servidores a 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</p>

Quadro 3 – Síntese dos artigos incluídos das bases de dados de pesquisa científica (conclusão)

<p>Brasil, Ramos, Lacerda, Albizu, 2018</p>	<p>Transversal</p>	<p>Investigar o uso da proteção e sintomas auditivos em trabalhadores do setor de manutenção hospitalar e avaliar o nível de ruído das máquinas</p>	<p>Manutenção hospitalar</p>	<p>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</p>	<p>Participaram 57 trabalhadores do sexo masculino, média de idade de 43,28 anos, prevaleceu a função de marceneiro (10,53%), tempo de serviço em média 8,9 anos e 9,3 horas diárias de trabalho; 45,76% desconheciam o que poderia ser feito para reduzir o ruído na manutenção; 59,65% utilizavam protetor auditivo durante o trabalho, do tipo plug (47,37%), e 82,45% achavam que o ruído diminuía quando usavam corretamente o protetor auditivo. Sinais e sintomas auditivos foram negados pela maioria dos trabalhadores. A intensidade do ruído na manutenção foi considerada média (53%) ou alta (44%), sendo confirmada no resultado da avaliação do ruído, que variou de 62,0 a 101,0 dB(A).</p>
---	--------------------	---	------------------------------	---	---

Fonte: A autora, 2020.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais Segurança e Saúde do Trabalhador

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa denominada **Riscos ocupacionais entre trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar: desenvolvimento de instrumento de avaliação em saúde**, realizada no âmbito do Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Centro Biomédico, Programa de Pós-graduação *Strictu Sensu*, Faculdade de Enfermagem e que diz respeito a um Projeto de dissertação apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

1. OBJETIVO: O objetivo do estudo é desenvolver um instrumento com evidências para investigação da percepção de riscos ocupacionais de trabalhadores do serviço de higiene e limpeza hospitalar.

2. PROCEDIMENTOS: a sua participação consistirá em: entrevista semiestruturada, com perguntas abertas sobre o ambiente dos trabalhadores dos serviços de higiene e limpeza hospitalar.

3. POTENCIAIS RISCOS E BENEFÍCIOS: Toda pesquisa oferece algum tipo de risco. Nesta pesquisa, o risco pode ser avaliado como mínimo, relacionados a algum tipo de desconforto ao responder a uma ou mais perguntas. Caso isso ocorra, o participante poderá retirar-se da atividade, com oferecimento de acolhimento e escuta ativa por parte da pesquisadora. Ao participante será garantido o direito de não responder às questões que não deseje e a desistir da participação na pesquisa a qualquer momento. Não será oferecido qualquer tipo de compensação material ou financeira.

4. GARANTIA DE SIGILO: os dados da pesquisa serão publicados/divulgados em livros e revistas científicas. Asseguramos que a sua privacidade será respeitada e o seu nome ou qualquer informação que possa, de alguma forma, o (a) identificar, será mantida em sigilo. A pesquisadora responsável se compromete a manter os dados da pesquisa em arquivo, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa.

5. LIBERDADE DE RECUSA: a sua participação neste estudo é voluntária e não é obrigatória. Você poderá se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Se desejar sair da pesquisa você não sofrerá qualquer prejuízo.

6. CUSTOS, REMUNERAÇÃO E INDENIZAÇÃO: a participação neste estudo não terá custos adicionais para você. Também não haverá qualquer tipo de pagamento devido a sua participação no estudo. Fica garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, nos termos da Lei.

7. ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS, CRÍTICAS, SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES: você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o(a) pesquisador(a). Caso você concorde em participar, as páginas serão rubricadas e a última página será assinada por você e pelo(a) pesquisador(a). O(a) pesquisador(a) garante a você livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Você poderá ter acesso à pesquisadora Larissia Admá de Souza Pereira pelo telefone (24) 998226852 e pelo e-mail laripereira2006@yahoo.com.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com a Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180, de segunda a sexta-feira, das 10h às 16h.

CONSENTIMENTO

Eu, _____ li e concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do(a) participante:	Data: __/__/____
--------------------------------	------------------

Eu, _____ obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do(a) participante da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a)	Data: __/__/____
---------------------------------	------------------

APÊNDICE C -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Especialistas da Área da Saúde do Trabalhador

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa denominada **Riscos ocupacionais entre trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar: desenvolvimento de instrumento de avaliação em saúde**, realizada no âmbito do Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Centro Biomédico, Programa de Pós-graduação Strictu Sensu, Faculdade de Enfermagem e que diz respeito a um Projeto de dissertação apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

1. OBJETIVO: O objetivo do estudo é desenvolver um instrumento com evidências para investigação da percepção de riscos ocupacionais de trabalhadores do serviço de higiene e limpeza hospitalar.

2. PROCEDIMENTOS: a sua participação consistirá em: avaliar o instrumento de medida em saúde quanto ao título, orientações, itens e opções de resposta, após serem estruturados e organizados, se contemplam adequadamente o constructo desejado sobre percepção dos riscos ocupacionais dos trabalhadores do serviço de limpeza e higiene hospitalar.

3. POTENCIAIS RISCOS E BENEFÍCIOS: Toda pesquisa oferece algum tipo de risco. Nesta pesquisa, o risco pode ser avaliado como mínimo, relacionados a algum tipo de desconforto ao participar da pesquisa. Caso isso ocorra, o participante poderá recusar-se na análise do instrumento. Ao participante será garantido o direito de não responder às questões que não deseje e a desistir da participação na pesquisa a qualquer momento. Não será oferecido qualquer tipo de compensação material ou financeira.

4. GARANTIA DE SIGILO: os dados da pesquisa serão publicados/divulgados em livros e revistas científicas. Asseguramos que a sua privacidade será respeitada e o seu nome ou qualquer informação que possa, de alguma forma, o (a) identificar, será mantida em sigilo. A pesquisadora responsável se compromete a manter os dados da pesquisa em arquivo, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa.

5. LIBERDADE DE RECUSA: a sua participação neste estudo é voluntária e não é obrigatória. Você poderá se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Se desejar sair da pesquisa você não sofrerá qualquer prejuízo.

6. CUSTOS, REMUNERAÇÃO E INDENIZAÇÃO: a participação neste estudo não terá custos adicionais para você. Também não haverá qualquer tipo de pagamento devido a sua participação no estudo. Fica garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, nos termos da Lei.

7. ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS, CRÍTICAS, SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES: você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o(a) pesquisador(a). Caso você concorde em participar, as páginas serão rubricadas e a última página será assinada por você e pelo(a) pesquisador(a). O(a) pesquisador(a) garante a você livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Você poderá ter acesso à pesquisadora Larissia Admá de Souza Pereira pelo telefone (24) 998226852 e pelo e-mail laripereira2006@yahoo.com.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com a Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180, de segunda a sexta-feira, das 10h às 16h.

CONSENTIMENTO

Eu, _____ li e concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do(a) participante	Data: ___/___/___
-------------------------------	-------------------

Eu, _____ obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do(a) participante da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a)	Data: ___/___/___
---------------------------------	-------------------

APÊNDICE D- Instrumento de avaliação das evidências de validade de conteúdo

Este é um convite de avaliação integrante do desenvolvimento do projeto de pesquisa “**Riscos ocupacionais entre trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar: desenvolvimento de um instrumento de avaliação em saúde**”, de acordo com as etapas recomendadas pela literatura científica internacional. O desenvolvimento de ferramentas atende à necessidade de disponibilizar instrumentos de medida em saúde para baseados em evidências científicas e de fácil utilização na prática (TODD et al., 2015).

Estudos sobre riscos ocupacionais desenvolvidos no âmbito hospitalar são, em sua maior parte, relacionados aos profissionais de saúde, principalmente da enfermagem por ser a categoria de maior contingente profissional. No decorrer da minha trajetória profissional, observei a necessidade de estudos voltados para os profissionais da área de apoio hospitalar, sejam os da área de manutenção, copa, maqueiros e limpeza. Após a realidade da revisão integrativa apresentada, constatou-se que o enfoque referente à saúde do trabalhador, promoção à saúde e prevenção de agravos no ambiente de trabalho dos trabalhadores do serviço de higiene e limpeza hospitalar é escasso mediante a mesma vivência dos profissionais de saúde na área hospitalar.

Para a avaliação proposta nesta metodologia, é necessária a análise por especialistas com reconhecido saber nas áreas envolvidas (saúde o trabalhador, segurança no trabalho, e/ou psicometria). Assim, gostaríamos de contar com sua importante participação no estudo ao proceder a análise da estrutura do aplicativo proposto por esse estudo.

Ao realizar a avaliação considere que o instrumento será utilizado por profissionais atuantes na área. É importante ressaltar que, como revisor, não importa sua opinião quanto a concordar ou não pessoalmente com a afirmativa proposta, mas, sim, realizar seu procedimento de avaliação com base nos seguintes critérios:

- a) Clareza: as afirmativas estão redigidas de maneira que o conceito expresso seja compreensível para os pacientes (BEATON et al., 2000);
- b) Pertinência: teoricamente, os itens refletem os conceitos a que estão relacionados (MCGILTON, 2003);

APÊNDICE E - Unidades de Registro - Análise de Conteúdo Temático-Categorial

Quadro 4 –Transcrição das Unidades de Registro- Análise de Conteúdo Temático Categorial (continua)

ENTREVISTADOS	UNIDADE DE REGISTRO	CODIFICAÇÃO NUMÉRICA DA UR
<p>E1 M.I.S.S Enfermeira do trabalho há 11 anos</p>	<p>Afirma existir a influência dos riscos ocupacionais sobre a saúde dos profissionais de higiene e limpeza hospitalar.</p> <p>“Os Riscos que possuem no hospital são os riscos ambientais, dentre eles o biológico, mais presente pelas características dos hospitais, ter pacientes”</p> <p>“Risco químico por produtos químicos que utilizam para limpeza”</p> <p>“Há o risco físico dependendo do setor que desenvolve a atividade, locais com calor ou muito frio”</p> <p>“risco de acidente, com agulhas contaminadas e quedas”</p> <p>“Pela vulnerabilidade são sujeitos aos riscos psicossociais, muitos deles convivem em setores que há mortes constantes e em setores que acabam gerando vínculo com pacientes e esse risco também está relacionado por ser um trabalho sem exigência de qualificação, não há instabilidade no mercado de trabalho e o salário na maioria das vezes é baixo”</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p>

Quadro 4 –Transcrição das Unidades de Registro- Análise de Conteúdo Temático Categorical (continuação)

E2 M.S. D.R.O, 34 anos, Enfermeira do trabalho	Afirma existir a influência dos riscos ocupacionais sobre a saúde dos profissionais de higiene e limpeza hospitalar.	7
	“O principal risco que esses profissionais estão expostos é o biológico por manipular lixo, contato com sangue e secreções”	8
	“Não usam EPIs, recebem o equipamento, mas desconhecem a importância de usá-los”	9
	“Falta de treinamento devido, há rotatividade muito grande desses trabalhadores por ser um serviço a parte do hospital”	10
	“Eles possuem risco ergonômico muito alto, alta demanda de esforço físico, nunca vi ninguém fazer treinamento de postura sobre a mecânica corporal”.	11
	“Risco de acidente, reforço que recebem EPI e não sabem usar corretamente”	12
	“Falta de supervisão adequada, muitas vezes nem tem profissionais adequados para essa profissão, colocam quem já foi da limpeza e não tem conhecimento técnico para tal”	13
	“Fazem o descarte inadequado EPI, tem que ser treinados para não colocar em risco sua saúde e de outros profissionais”	14

Quadro 4 –Transcrição das Unidades de Registro- Análise de Conteúdo Temático Categorial (continuação)

<p>E3 D.C.R, 40 anos, Técnico de Segurança do Trabalho, experiencia hospitalar 06 anos</p>	<p>Afirma existir a influência dos riscos ocupacionais sobre a saúde dos profissionais de higiene e limpeza hospitalar.</p>	<p>15</p>
	<p>“Possuem os riscos ergonômicos pela característica do trabalho, pegam muito peso, tem que carregar lixo, fazer limpezas terminais”</p>	<p>16</p>
	<p>“Risco de acidente por perfurocortante e risco para infecções, como HIV, Hepatite”</p>	<p>17</p>
	<p>“Uso inadequado de EPI, nem sabe a finalidade muitas vezes”</p>	<p>18</p>
	<p>“Falta da higienização das mãos, manipulam materiais contaminados, e podem ser veículos para disseminar doenças”</p>	<p>19</p>
	<p>“Falta de treinamento profissional pois é muito difícil acontecer pelo tipo de categoria que estão inseridos no hospital”</p>	<p>20</p>
	<p>“Falta de conhecimento da estrutura hospitalar, é muito importante que saibam a dinâmica do setor e com que estão lidando”</p>	<p>21</p>

Quadro 4 – Transcrição das Unidades de Registro- Análise de Conteúdo Temático Categorical (continuação)

E4 A.P, 34 anos, Técnica Segurança do Trabalho, 13 anos de experiência hospitalar	Afirma existir a influência dos riscos ocupacionais sobre a saúde dos profissionais de higiene e limpeza hospitalar	22
	“São os riscos biológicos por exercerem atividades em todas as áreas do hospital, possuem contato indireto com paciente, mas tem esse risco”	23
	“Grande é o risco químico, eles manipulam em todo tempo produtos de limpeza” (...) Em alguns momentos estão expostos ao risco físico por conta umidade no período de higienização e lavação”	24
	“Em alguns momentos estão expostos ao risco físico, há umidade no período de higienização e lavação e a exposição a ruídos, utilizam máquinas como por exemplo, para lavação de pisos”	25
	“Risco ergonômico, pegam peso, enceradeiras, lixos, forçam os pisos para limpar”	26
	“Risco de acidente, o principal como biológico com material perfurocortante, principalmente por ser descartado de maneira inadequada pelos profissionais da saúde”	27
	“no meu serviço todos são orientados para não fazerem o descarte de material perfurocortante, pois somente quem os manipula deve fazer esse descarte”	28
	“Tem os acidentes por quedas por circularem toda área hospitalar”	29
	“Não tocam nos pacientes, mas acabam criando vínculo com eles, todos os dias estão ali acompanhando a rotina que acontece, eles veem a dor do próximo”	30
“Não possuem a mesma proporção dos riscos ocupacionais em comparação dos profissionais da saúde por conta do contato indireto”	31	

Quadro 4 –Transcrição das Unidades de Registro- Análise de Conteúdo Temático Categorical (continuação)

E5 G.A.A, 43 anos Enfermeiro do Trabalho, experiência hospitalar 16 anos	“Afirma existir a influência dos riscos ocupacionais sobre a saúde dos profissionais de higiene e limpeza hospitalar em um conceito amplo”	32
	“Porém os profissionais de limpeza desconhecem esse conceito, nem sabe em concreto o que são esses riscos”	33
	“Os profissionais de higiene e limpeza hospitalar cobram o recebimento de insalubridade, mas não tem o conhecimento de exigir da empresa que reduza ou minimize os riscos expostos”	34
	“é muito difícil porque pela minha experiência, quando começa treinar eles são demitidos”	35
	“A maior dificuldade é envolver, educar e orientar esses profissionais sobre o conceito de riscos ocupacionais e porquê estão expostos a eles”	36
	“Eles se expõem aos riscos biológicos à exposição a bactérias e vírus”	37
	“Riscos ergonômicos, muitas vezes há déficit no quadro pessoal, redobram as atividades, possuem atividades com monotonia, esforço físico”	38
	“Riscos de acidentes, como quedas, trabalham com piso molhado”	39
	“Tem os acidentes com perfurocortante mal descartado pela equipe da saúde”	40
	“Tem o acidente físico por conta do material pesado que usam e material de descarte do hospital”	41
“Falta de conhecimento do uso de EPI adequado em áreas restritas, como por exemplo e área de isolamento respiratório”	42	

Quadro 4 –Transcrição das Unidades de Registro- Análise de Conteúdo Temático Categorial (continuação)

<p>E6 S.D.O, 46 anos, Técnica de Segurança do trabalho, experiência de 15 anos</p>	<p>Sem treinamento a gente da saúde ocupacional não previne os acidentes e agravos”</p>	<p>43</p>
	<p>“Afirma existir a influência dos riscos ocupacionais sobre a saúde dos profissionais de higiene e limpeza hospitalar”</p>	<p>44</p>
	<p>“Risco químico existe pelo uso de produtos de limpeza, ácidos, virkon”</p>	<p>45</p>
	<p>“Risco de choque elétrico por uso de equipamentos elétricos, e como sempre estão em contato com água pode acontecer”</p>	<p>46</p>
	<p>“Risco biológico por trabalharem na área do hospital que é toda contaminada”</p>	<p>47</p>
	<p>“Risco ergonômico por alta demanda de atividades, pegam peso todo tempo, faz força o tempo inteiro pela característica da profissão”</p>	<p>48</p>
<p>E7 LCS, 38 anos Médica do Trabalho, 05 anos de experiencia hospitalar</p>	<p>“Afirma existir a influência dos riscos ocupacionais sobre a saúde dos profissionais de higiene e limpeza hospitalar”</p>	<p>49</p>
	<p>“Os riscos são os ambientais e mais evidente é o risco biológico, estão em contato com material com sangue, áreas contaminadas, tem grande potência para se contaminar”</p>	<p>50</p>
	<p>“Risco de acidente com perfurocortante, geralmente por agulha mal descartada”</p>	<p>51</p>
	<p>“Risco químico por uso de produtos de limpeza que podem desenvolver doenças, irritação da pele”</p>	<p>52</p>

Quadro 4– Transcrição das Unidades de Registro- Análise de Conteúdo Temático Categorical (continuação)

E7 LCS, 38 anos Médica do Trabalho, 05 anos de experiencia hospitalar	“Um problema sério encontrado é a terceirização desse serviço pois foge ao serviço de Serviço de Saúde do Trabalhador o controle de medidas de saúde, qualificação e a ciência sobre os acidentes que acontecem”	53
E8 R.E.M.A.M, 34 anos, Engenheiro Segurança do Trabalho, 02 anos experiência	“Afirma existir a influência dos riscos ocupacionais sobre a saúde dos profissionais de higiene e limpeza hospitalar”	54
	“Principal risco é o biológico, por ser meio hospitalar e serem responsáveis por retirar os lixos do setor de material contaminado e também tem contato com sangue”	55
	“Exposição à radiação ionizante “Podem estar expostos à radiação ionizante dependendo do local de trabalho (...)	56
	também estão expostos ao frio, como em setor de UTI e onde tem a necessidade de temperatura ambiente mais baixa” (E8).	57
	“Além do contato com material com sangue, tem os riscos de contaminação por acidente com perfurocortantes, é o que mais se vê”	58
	Contato com setores com alta infecção, com por exemplo área de Tuberculose correm riscos de doenças infectocontagiosas	59
	Recebo muita notificação de acidentes com perfurocortantes, mas penso ser maior esse número porque algumas notificações não são comunicadas pela empresa da limpeza”	60

Quadro 4– Transcrição das Unidades de Registro- Análise de Conteúdo Temático Categorial (continuação)

<p>E9 R.N.S.R Enfermeira do Trabalho</p>	<p>“Sim, há riscos observáveis”.</p>	61
	<p>“Além dos riscos biológicos variáveis presentes em todos os ambientes do hospital, eles estão expostos ao risco de acidentes com exposição á material biológico, perfurocortante”</p>	62
	<p>“Ergonômico: pela falta de material adequado e próprio no desenvolvimento das atividades de higiene e limpeza”</p>	63
	<p>“Risco de queda por trabalho em altura, por ter que executar lavagem geral que inclui tetos altos e paredes”</p>	64
	<p>“Risco de queda da própria altura por inadequação do tipo de calçado, já vi várias vezes profissionais sem a bota recomendável para limpeza”</p>	65
	<p>“Apresentam risco cognitivo pela falta de respeito dos profissionais da instituição em relação ao serviço, menosprezam por ser uma profissão sem exigência de formação, a maiorias desse serviço são pessoas de baixo nível de instrução e composta em massa por mulheres”.</p>	66
	<p>“Riscos químicos pelo vazamento de quimioterápicos e outros produtos químicos no ambiente”,</p>	67
	<p>“Risco físico ao ter que limpar leitos, em especial de UTI cheios de cabos e fios, além do ruído da dinâmica do setor”</p>	68
<p>“Além do risco da exposição de gases como O2 que as vezes durante um procedimento da equipe há um vazamento próximo da equipe do profissional da higiene”.</p>	69	

Quadro 4– Transcrição das Unidades de Registro- Análise de Conteúdo Temático Categorical (conclusão)

E10 S.G, 60 anos, enfermeiro do trabalho com atuação há 30 anos	“Afirma existir a influência dos riscos ocupacionais sobre a saúde dos profissionais de higiene e limpeza hospitalar”	70
	“Possuem o risco maior de contaminação biológica dentro do hospital”	71
	“Minha experiência é no hospital de referência para tratamento de tuberculose e todos os profissionais de higiene e limpeza recebem o treinamento devido para evitar contaminação”	72
	“Todos sabem a importância do uso de proteção individual para evitar contaminação, todos passam por treinamento”	73
	“O uso de EPI é educação primária, tem que ser feito de maneira contínua”	74

Fonte: A autora, 2020.

APÊNDICE F – Unidades de Significação – Análise de Conteúdo Temático-Categorial

Quadro 5– Descrição das Unidades de Significação- Análise de Conteúdo Temático-Categorial (continua)

Unidades de significação	Códigos das UR	Documentos selecionados	Nº total da UR	% de UR
Risco para Adoecimento no ambiente de trabalho	1, 7, 15, 22, 33, 34, 44, 46, 49, 54, 61, 70	D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10	12	27,02%
Contaminação ambiental no trabalho	2 ,8, 17, 23, 24, 26, 27, 38, 45, 50, 52, 55, 56, 58, 59, 62, 67, 69, 71	D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10	19	25,7%

Quadro 5– Descrição das Unidades de Significação- Análise de Conteúdo Temático-Categorial (continuação)

Acidente no trabalho	5,12, 17, 29, 40, 42, 46, 51, 60, 64, 65	D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9	10	13,5%
Esforço físico no ambiente de trabalho	4, 11, 16, 25, 28	D1 D2 D3 D4 D5	05	6,6%
Capacitação/Treinamento	10, 11, 13, 20, 21, 30, 37, 72	D2 D3 D4 D5 D10	08	10,8%
Conhecimento do ambiente de trabalho	12, 35, 36, 43, 73	D2 D5 D10	05	6,6%
Ausência ou uso incorreto EPI	9, 14, 18, 74	D2 D3 D10	04	5,4%
Risco psicossocial	6, 32	D1 D32	02	2,7%

Quadro 5– Descrição das Unidades de Significação- Análise de Conteúdo Temático-Categorial (conclusão)

Ausência de controle por terceirização dos serviços	53	D7	01	1,3%
---	----	----	----	------

Fonte: A autora, 2020.

APÊNDICE G- Categorias Analíticas Análise de Conteúdo Temático-Categorial

Quadro 6– Categorias Analíticas - Análise de Conteúdo Temático-Categorial

CATEGORIA	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO	Nº DE UR	% DE UR
Riscos Ocupacionais e vulnerabilidades presentes no ambiente de trabalho	- Risco para Adoecimento no ambiente de trabalho	12	27,02%
	- Contaminação ambiental no trabalho		
	- Acidente no trabalho	19	25,7%
		10	13,5%
		Total: 41	Total: 66,2%
A existência de cargas físicas e psíquicas no ambiente laboral	Esforço físico no ambiente de trabalho	5	6,6%
	- Risco psicossocial	2	2,7%
		Total: 7	Total: 9,3%
Medidas de controle dos riscos ocupacionais no ambiente laboral	- Capacitação/Treinamento	8	10,8%
	- Conhecimento do ambiente de trabalho	5	6,6%
		Total: 13	Total: 17,4%
Déficit de monitorização e acompanhamento de Saúde no ambiente laboral como risco ocupacional	- Ausência ou uso incorreto EPI	4	5,4%
	- Ausência de controle por terceirização dos serviços	1	1,3%
		Total: 5	Total: 6,7%

Fonte: A autora, 2020.

APÊNDICE H - Proposta inicial do instrumento sobre Percepção de Danos e Riscos dos Trabalhadores do Serviço de Higiene e Limpeza Hospitalar

QUESTIONÁRIO SOBRE PERCEPÇÃO DE RISCOS E DANOS OCUPACIONAIS DOS TRABALHADORES DE HIGIENE E LIMPEZA HOSPITALAR (QPRD-LIMPH)

INVENTÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Local onde trabalha

2. Função no trabalho

3. Setores que realiza o trabalho

4. Tipo de Vínculo Empregatício

Concursado Contrato CLT Serviço Temporário

Organização Social Outros Contratos Cooperativo

5. Sexo Masculino Feminino **6. Idade**

7. Estado Civil:

Solteiro Casado (ou união estável) Divorciado/Desquitado Viúvo

8. N° de Vínculos Empregatícios: 1 2 3 4 5

9. Tipo de Jornada no local de trabalho:

Jornada diurna Jornada noturna Plantão 12 por 36 horas Diarista

10. Escolaridade

Ensino fundamental incompleto Ensino médio incompleto

Ensino fundamental completo Ensino médio completo

Ensino superior incompleto Ensino superior completo

11. Carga horária de Trabalho semanal

24 horas 20 a 29 horas 30 a 39 horas 40 ou mais horas

12. Faixa salarial de acordo com Salário Mínimo vigente:

1 a 2 salários mínimos 3 a 5 salários mínimos 6 a 8 salários mínimos

9 a 11 salários-mínimos acima de 11 salários mínimos

FATORES RELACIONADOS AO LOCAL DE TRABALHO

Considere que no seu local de trabalho existem alguns dos seguintes fatores de risco ocupacional (risco para prejudicar a saúde)

Marque com um X no quadrinho correspondente à legenda abaixo. Preencha utilizando:

- 1 - **Sempre** – você observa todos os dias no seu trabalho
- 2 - **Quase sempre** – você observa muitas vezes no seu trabalho
- 3 - **Raramente** – você observa poucas vezes no seu trabalho
- 4 - **Não acontece** – você não observa no seu trabalho
- 5 - **Desconhece** – você não tem conhecimento se acontece ou não

Riscos percebidos pelos trabalhadores	1 Sempre	2 Quase sempre	3 Raramente	4 Não acontece	5 Desconhece
Riscos Físicos					
13. Trabalho em local com radiação (setor de	<input type="checkbox"/>				
14. Manipulação de materiais contaminados por quimioterapia	<input type="checkbox"/>				
15. Exposição ao ruído/barulho	<input type="checkbox"/>				
16. Exposição à temperatura inadequada (calor/frio)	<input type="checkbox"/>				
17. Exposição à umidade excessiva	<input type="checkbox"/>				
18. Piso inadequado (com desnível ou buracos) ou escorregadio	<input type="checkbox"/>				
Riscos Químicos					
19. Contato com substância química (produtos de limpeza)	<input type="checkbox"/>				
20. Exposição a gases, vapores ou aerossóis	<input type="checkbox"/>				
Riscos Biológicos					
21. Exposição à material contaminado com sangue	<input type="checkbox"/>				
22. Exposição em área de isolamento respiratório	<input type="checkbox"/>				
23. Exposição a outros riscos biológicos (secreção, fezes e urina)	<input type="checkbox"/>				
Riscos de Acidente/Mecânicos					
24. Risco de choque elétrico	<input type="checkbox"/>				
25. Risco de incêndio ou explosão	<input type="checkbox"/>				
26. Risco de queda de materiais sobre o corpo	<input type="checkbox"/>				
27. Risco de queda pelo piso inadequado ou ambiente inadequado	<input type="checkbox"/>				
28. Choques contra objetos móveis/imóveis	<input type="checkbox"/>				
29. Falta de equipamentos de proteção individual	<input type="checkbox"/>				
30. Utilização errada de equipamento de proteção individual	<input type="checkbox"/>				
31. Acidente por material perfurocortante (com agulhas)	<input type="checkbox"/>				

Marque com um X no quadrinho correspondente à legenda abaixo. Preencha utilizando:

1 - Sempre – você observa todos os dias no seu trabalho

2 – Quase sempre – você observa muitas vezes no seu trabalho

3 - Raramente – você observa poucas vezes no seu trabalho

4 - Não acontece – você não observa no seu trabalho

5 - Desconhece – você não tem conhecimento se acontece ou não

Riscos percebidos pelos trabalhadores	1 Sempre	2 Quase sempre	3 Raramente	4 Não acontece	5 Desconhece
Riscos Ergonômicos					
32. Desconforto pela postura adotada para trabalhar	<input type="checkbox"/>				
33. Posturas forçadas para realização de alguma tarefa	<input type="checkbox"/>				
34. Sua tarefa de trabalho produz fadiga (cansaço intenso)	<input type="checkbox"/>				
35. Sobrecarga de trabalho (realiza trabalho por dois funcionários)	<input type="checkbox"/>				
36. Organização insatisfatória de horário	<input type="checkbox"/>				
37. Duração excessiva da jornada de trabalho	<input type="checkbox"/>				
38. Ritmo de trabalho acelerado	<input type="checkbox"/>				
39. Recursos materiais insuficientes para realizar o trabalho	<input type="checkbox"/>				
40. Tarefas rotineiras ou monótonas	<input type="checkbox"/>				
41. Percorre longa distância durante a jornada	<input type="checkbox"/>				
42. Permanece na postura em pé por muito tempo	<input type="checkbox"/>				
Riscos Psicológicos					
43. Violência no trabalho (física ou verbal)	<input type="checkbox"/>				
44. Conflito com chefia ou encarregados	<input type="checkbox"/>				
45. Conflito com clientes ou pacientes	<input type="checkbox"/>				
46. Conflito entre colegas de trabalho	<input type="checkbox"/>				
47. Conflito com a equipe de saúde do local de trabalho	<input type="checkbox"/>				
48. Trabalha em local onde há morte constante de pacientes	<input type="checkbox"/>				
49. Já viu a assistência da equipe de saúde em pacientes muito	<input type="checkbox"/>				
50. Pouca oportunidade de decisão sobre a realização do trabalho	<input type="checkbox"/>				
51. Desvalorização profissional	<input type="checkbox"/>				
52. Discriminação no trabalho (assédio moral)	<input type="checkbox"/>				
53. Realiza suas tarefas desmotivado	<input type="checkbox"/>				
54. Possui instabilidade no vínculo de trabalho	<input type="checkbox"/>				
55. Recebe salário abaixo do valor recomendado	<input type="checkbox"/>				

PROBLEMAS DE SAÚDE PERCEBIDOS PELOS TRABALHADORES

Marque com um X no quadrinho se percebe alguma alteração na saúde.

Preencha utilizando:

Existente – Existe o problema. Especifique SIM ou NÃO.

Depois que começou trabalhar – você não possuía o problema e adquiriu no decorrer das suas atividades de trabalho

Agravou com o trabalho– Você já tinha o problema e ficou pior depois de começar a trabalhar

Não relacionado ao trabalho – O problema não tem a ver com minha rotina de trabalho

Danos Percebidos na Saúde	EXISTENTE		
	NÃO	SIM	
		Depois que começou trabalhar	Agravou com o trabalho
56. Doenças Infecciosas (HIV, Hepatites A, B, C)			
57. Consumo frequente de medicamentos sem receita médica			
58. Estresse			
59. Depressão			
60. Agressões ou condutas violentas			
61. Dificuldade para dormir			
62. Mudanças de humor/alterações de comportamento			
63. Alcoolismo e uso de outras drogas			
64. Dor de cabeça frequente			
65. Perda Auditiva			
66. Problemas de visão			
67. Doenças do Coração			
68. Pressão Alta			
69. Varizes			
70. Doenças Renais			
71. Problemas respiratórios			
72. Doenças de pele			
73. Problemas digestivos (dor no estômago constante, constipação, diarreia)			
74. Doenças do Fígado			
75. Cansaço Muscular			
76. Problemas de articulação			
77. Dor no pescoço e ombro			
78. Dor nas costas			
79. Intoxicação por substâncias químicas			
80. Transtornos relacionados ao ciclo menstrual			
81. Infecção Urinária constante			
82. Transtornos da gravidez ou de órgão reprodutor			
83. Afastamentos frequentes por motivo de doença			
84. Mudança/transferência do trabalho por motivo de doença			

PESQUISA DE OPINIÃO

Descreva sua opinião sobre o questionário. Por favor, responda, pois sua avaliação é muito importante.

56. Em relação à compreensão deste questionário:

Ótimo Bom Regular Ruim

86. Em relação às instruções de preenchimento:

Ótimo Bom Regular Ruim

87. Quanto ao tempo que você levou para responder a este questionário:

- Gastei tempo demais para responder o questionário.
- Não gastei muito tempo para responder o questionário.
- Respondi rapidamente o questionário.

88. SUGESTÕES

ANEXO – Parecer Comitê de Ética e Pesquisa- Plataforma Brasil

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Riscos ocupacionais entre trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar: desenvolvimento de um instrumento de avaliação em saúde **Pesquisador:** CRISTIANE HELENA GALLASCH **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 30656720.0.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.007.936

Apresentação do Projeto:

Não apresenta Coparticipação

Tem como objeto de estudo “(...)o conjunto de riscos ocupacionais a que os trabalhadores de apoio dos serviços hospitalares estão expostos”

Apresenta como Questão Norteadora “como mensurar a percepção dos trabalhadores dos serviços de higiene e limpeza da unidade hospitalar sobre os riscos ocupacionais a que estão expostos?” Abordagem metodológica: “Trata-se de um estudo psicométrico, na perspectiva da elaboração de um instrumento com objetivo de identificar a percepção dos riscos ocupacionais dos TSLH.”

Campo / cenário: Não há. Apresenta carta de solicitação de dispensa de autorização institucional.

Participantes: “os profissionais e revisores com experiência na área da saúde do trabalhador”

Critérios de inclusão: “Serão convidados profissionais que possuem experiência, de no mínimo dois anos, na área voltada à saúde do trabalhador.”

Critérios de exclusão: Não apresenta.

Instrumento e Técnica de coleta de dados: Para coleta dos elementos necessários para montagem do instrumento será realizada entrevista semiestruturada com 2 perguntas. Para a

segunda fase, foi apresentado uma proposta de instrumento de avaliação a ser melhor definido após a entrevista relativo ao instrumento de autoaplicação pelos profissionais da limpeza. Será utilizada técnica de snowball.

Critérios éticos: “O projeto de pesquisa será submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de origem da pesquisadora principal e os dados serão coletados apenas após sua aprovação e autorização dos sujeitos para participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices B e D). Após aprovação pelo CEP, a pesquisa terá como participantes os profissionais e revisores com experiência na área da saúde do trabalhador (como citado nos itens 3.1.2 e 3.1.4), conforme previsto na Resolução CNS Nº510, DE 07 de Abril de 2016 que dispõe sobre as normas aplicáveis à pesquisa em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvem utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016). Ressalta-se que toda pesquisa com seres humanos envolve risco mínimos e maiores e deve-se ter o máximo de cuidados para minimizá-los. “Devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. A análise de risco é componente imprescindível à análise ética, dela decorrendo o plano de monitoramento que deve ser oferecido pelo Sistema CEP/CONEP em cada caso específico” (BRASIL, 2012). Os especialistas serão convidados sendo informados sobre os objetivos do estudo, e que a decisão de participar ou não, não interfere em suas atividades de trabalho, que seus dados individuais serão preservados para evitar risco de constrangimento. Não haverá qualquer tipo de ônus, bônus ou compensação financeira. Aqueles que concordarem em participar do estudo assinarão duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXOS 1 e 2), ficando em posse de uma das vias, que contém o contato da pesquisadora e do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme determinado pelas Resoluções 466/12 e 510/18 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a realização de pesquisas com seres humanos no Brasil..Caso seja detectada necessidade, poderão ser oferecidas palestras informativas sobre riscos ambientais no trabalho, por meio do projeto de extensão A enfermagem e a saúde do trabalhador: contribuições da promoção da saúde para a melhoria da qualidade de vida.”

Análise dos dados: “Os dados coletados serão tabulados em planilha em planilha eletrônica do Microsoft

Excel® e serão utilizados os softwares estatísticos Statistical Analysis System® (SAS) versão 9.4 e Statistical Package for Social Sciences® (SPSS) versão 22 (IMB Company, Chicago, IL), para caracterização dos participantes de todas as fases do estudo e levantamento das evidências de validade de conteúdo (cálculo do CVR), como citado anteriormente. Para todos os testes estatísticos, o nível de significância adotado será de 95%, ou seja: p-valor 0.05.”

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: “O objetivo geral do estudo é desenvolver um instrumento com evidências para investigação da percepção de riscos ocupacionais de trabalhadores do serviço de higiene e limpeza hospitalar.”

Objetivo Secundário:

“• Caracterizar os riscos ocupacionais identificados relacionados à atividade de higiene e limpeza em hospital de grande porte;

- Avaliar as evidências de validade de conteúdo de um instrumento de avaliação da percepção de riscos ocupacionais de trabalhadores do serviço de higiene e limpeza hospitalar.;
- Discutir as implicações das possíveis diferenças entre os riscos existentes e dos riscos aqueles percebidos, como determinantes do processo saúde-doença no ambiente de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: “(...) Nesta pesquisa, o risco pode ser avaliado como mínimo, relacionados a algum tipo de desconforto ao responder a uma ou mais perguntas. Caso isso ocorra, o participante poderá retirar-se da atividade, com oferecimento de acolhimento e escuta ativa por parte da pesquisadora. Ao participante será garantido o direito de não responder às questões que não deseje e a desistir da participação na pesquisa a qualquer momento.”

Benefícios: “estão relacionados à ampliação do conhecimento acerca dos riscos ocupacionais que podem ser percebidos pelos trabalhadores do serviço de limpeza e higiene da unidade hospitalar, de maneira que poderá favorecer o aprimoramento do serviço a partir da compreensão dessa temática, além de ampliar a discussão no meio acadêmico e outras pesquisas na área”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa de dissertação do curso de pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Este encontra-se bem estruturado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Orçamento: financiamento próprio.

- Folha de rosto: preenchida, assinada, datada e carimbada pelo responsável pela instituição proponente. - TCLE – Anexados à Plataforma Brasil, são em número de 2, um para cada fase. O primeiro para a entrevista semiestruturada e o segundo para a análise do instrumento construído. Apresenta todos os dados da pesquisadora principal.

ICD –.2 instrumentos: 1 – entrevista semiestruturada com 2 perguntas; 2 - instrumento para validação do instrumento a ser aplicado posteriormente; - Carta de anuência da instituição – não se aplica.

- Cronograma – apresenta as etapas adequadas ao tempo de desenvolvimento do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

- Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para maio de 2021. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1527562.pdf	21/04/2020 14:22:52		Aceito
Outros	carta_resposta_ao_parecer.pdf	21/04/2020 14:21:59	CRISTIANE HELENA GALLASCH	Aceito
Cronograma	cronograma2.pdf	21/04/2020 14:14:28	CRISTIANE HELENA GALLASCH	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura2.pdf	21/04/2020 14:14:09	CRISTIANE HELENA GALLASCH	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	26/03/2020 17:54:59	CRISTIANE HELENA GALLASCH	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	26/03/2020 17:54:43	CRISTIANE HELENA GALLASCH	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoCompl.pdf	17/03/2020 16:24:54	CRISTIANE HELENA GALLASCH	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	dispensaInst.pdf	17/03/2020 16:24:24	CRISTIANE HELENA GALLASCH	Aceito
Outros	instrValCont.pdf	16/03/2020 16:50:45	CRISTIANE HELENA GALLASCH	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	16/03/2020	CRISTIANE HELENA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 05 de Maio de 2020

Assinado por:
ALBA LUCIA CASTELO BRANCO