

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

LECY RODRIGUES MOREIRA

**SAÚDE MENTAL E TRABALHO: investigação sobre os setores
de *Call Center* e Tanatopraxia de um hospital filantrópico de Belo
Horizonte**

**Belo Horizonte
2013**

LECY RODRIGUES MOREIRA

**SAÚDE MENTAL E TRABALHO: investigação sobre os setores
de *Call Center* e Tanatopraxia de um hospital filantrópico de Belo
Horizonte**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas,
da Universidade Federal de Minas Gerais como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Doutor em Psicologia.**

Área de concentração: Psicologia Social.

Linha de pesquisa: Trabalho, Sociabilidade e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Elizabeth Antunes Lima.

**Belo Horizonte
2013**

150
M838s
2013

Moreira, Lecy Rodrigues

Saúde mental e trabalho [manuscrito] : investigação sobre os setores de Call Center e Tanatopraxia de um hospital filantrópico de Belo Horizonte / Lecy Rodrigues Moreira. - 2013.

362 f. : il.

Orientadora: Maria Elizabeth Antunes Lima.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Psicologia – Teses. 2. Serviço ao cliente - Teses. 3. 4. Saúde Mental – Teses . 4. Trabalho - Teses. I .Lima, Maria Elizabeth Antunes . II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Serviço da Biblioteca e Documentação
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

PPG
PSICOG
LOGIA
UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

Saúde mental e trabalho: investigação sobre os setores de Call Center e Tanatopraxia de um hospital filantrópico de Belo Horizonte.

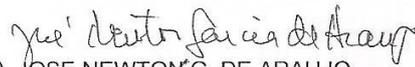
LECY RODRIGUES MOREIRA

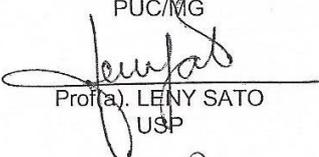
Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Trabalho, Sociabilidade e Saúde.

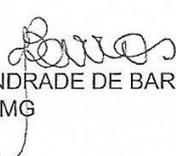
Aprovada em 20 de agosto de 2013, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Maria Elizabeth Antunes Lima - Orientador
UFMG


Prof(a). ELOISA ELENA SANTOS
UNA


Prof(a). JOSE NEWTON G. DE ARAUJO
PUC/MG


Prof(a). LENY SATO
USP


Prof(a). VANESSA ANDRADE DE BARROS
UFMG

Belo Horizonte, 20 de agosto de 2013.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

PPG
PSICOLOGIA
UFMG

ATA DA DEFESA DE TESE DA ALUNA LECY RODRIGUES MOREIRA

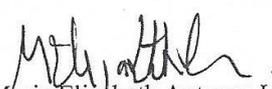
Realizou-se, no dia 20 de agosto de 2013, às 09:00 horas, Auditorio Baesse, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada *Saúde mental e trabalho: investigação sobre os setores de Call Center e Tanatopraxia de um hospital filantrópico de Belo Horizonte.*, apresentada por LECY RODRIGUES MOREIRA, número de registro 2009664960, graduada no curso de Psicologia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Maria Elizabeth Antunes Lima - Orientador (UFMG), Prof(a). ELOISA ELENA SANTOS (UNA), Prof(a). JOSE NEWTON G. DE ARAUJO (PUC/MG), Prof(a). LENY SATO (USP), Prof(a). VANESSA ANDRADE DE BARROS (UFMG).

A Comissão considerou a tese:

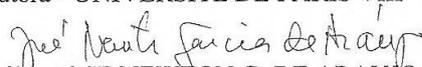
- Aprovada
 Aprovada condicionalmente, sujeita a alterações, conforme folha de modificações, anexa
 Reprovada

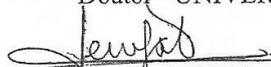
Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 20 de agosto de 2013.


Prof(a). Maria Elizabeth Antunes Lima
Doutora - UNIVERSITÉ PARI-DAUPHINE


Prof(a). ELOISA ELENA SANTOS
Doutora - UNIVERSITÉ DE PARIS VIII


Prof(a). JOSE NEWTON G. DE ARAUJO
Doutor - UNIVERSITE DE PARIS VII


Prof(a). LENY SATO
Doutora - USP


Prof(a). VANESSA ANDRADE DE BARROS
Doutora - UNIVERSITÉ DE PARIS VII

DEDICATÓRIA

O processo de doutoramento foi marcado principalmente pela dificuldade em coordenar o tempo demandado pela vida profissional, particular, familiar e estudos. Por muitas vezes, pensei em abandoná-lo em razão dos sofrimentos decorrentes do distanciamento das minhas atividades de esposa, mãe, madrasta, avó de coração, filha, irmã, tia, amiga. Logo eu, tão ligada aos valores familiares, não conseguia estar com eles, confortá-los ou simplesmente compartilhar o dia a dia.

Por outro lado, se houve um momento na minha vida no qual eu tive a certeza, de que alguém “segurava o mundo” para mim foi este. Em atitudes simples ou complexas, vocês me deram suporte, ajuda, foram autônomos, incentivadores, “anjos da guarda” e, usando uma expressão dos tanatopraxistas quando me viam ausente de casa, “*quando chegava em casa, minhas malas não estavam na porta*”, pelo contrário, era sempre recebida com o carinho e a compreensão de vocês. Por isso, estimadas famílias, a de origem e a que, de coração adotei/enteei, obrigada.

Francis Moreira de Mendonça (Filha, companheira da vida, fonte de alegria, de esperança, de amor eterno).

José Arnaldo Jorge marido dedicado, incansável, íntegro, sincero, companheiro.

À família de sangue, Orlando *Braga Moreira (pai)* e “*J*” (*prima in memoriam*: minhas preces. Martha Lima Moreira, mãe, modelo de garra, de resiliência, minhas raízes, minhas origens, minhas histórias. Nely e família (fonte de mil e uma utilidades, favores, disponibilidade, afeto), Suely (Teixeira e Adriane), Marly (Sergyo e Sheyla).

As pessoas que “agreguei em minha família, isto é, tornei-os ente de coração”: Ana Carolina (ente-ada, fonte de espiritualidade, harmonia, amor ao próximo) e Fernando Jayme (“ente-genro”, mas, sobretudo, protetor nas horas de angústia e incentivador nato). Leticia, Florinda, Joana (ente-adas, fonte de experiências, reflexões e oportunidades de crescimento pessoal). Leandro, Rubens e Thiago, meus “ente-genros”, que estiveram sempre por perto estimulando meu desenvolvimento. Clara, Artur, Sofia, Pedro, Tomaz, Lídia (meus “ente-netos”, fonte de alegria, carinho e relaxamento).

Aos amigos Walter e Socorro pelas orientações, apoio e dedicação inesquecíveis.

Dedico este árduo trabalho a vocês, em respeito a todos os momentos nos quais eu não pude estar com vocês, aniversários, Natal, Ano Novo, comemorações, férias.

A compreensão, o incentivo e o afeto de vocês foram e são indispensáveis para mim.

Eternamente grata, guardem no coração, meu carinho eterno.

Que Deus, sempre os ilumine e os proteja!

AGRADECIMENTOS

A orientação é um dos elementos prescritos de uma tese. No entanto, quando é feita com zelo, rigor acadêmico, responsabilidade, carinho, boa vontade, só pode contribuir para o crescimento pessoal e profissional do orientando. Essas ações e cuidados recebi da minha orientadora. Obrigada, professora Dra. Maria Elizabeth Antunes Lima por ter caminhado comigo, num tortuoso percurso, com expectativas maiores, mas com resultados significativos. Ao reconhecer minhas limitações, consegui negociar com sabedoria, ouvir atentamente, orientar com humildade e firmeza, fazendo com que eu não desanimasse e acreditasse mais e mais em mim. Minha gratidão e carinho eternos.

Vanessa de Andrade Barros, professora amorosa, justa, crítica, defensora do direito humano. Sempre disponível a ajudar, orientar, guiar. Um espírito de bondade, um senso de responsabilidade com o outro que deixa aconchegado quem estiver por perto. Obrigada por ter tido a oportunidade de conhecê-la e isso ter feito diferença em minha vida.

Dominique Lhuillier, tão importante ajuda em tão pouco contato. Obrigada pelos textos que vieram iluminar um campo ainda tão escuro como o da Tanatopraxia. Sempre gratidão.

Elaine Linhares, companheira, colega UNA, amiga na vida. Obrigada pelas correções, pelas leituras, pelos incentivos. Carinho para sempre. Olga Julieta Fonseca, sua disponibilidade em corrigir meus textos, até mesmo no período de férias, me conquistou. Minha gratidão, respeito e solidariedade. Com carinho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMG, em nome do coordenador Maycoln Teodoro, pelas informações precisas e necessárias aos encaminhamentos da pesquisa. Aos professores do doutorado Cornelis Johannes Van Stralen, Jésus Santiago, Marco Aurélio Máximo Prado que auxiliaram na construção dos meus conhecimentos. Ao professor Eduardo Dias Gontijo (avaliador na qualificação e grande incentivador). Às professoras Eloísa Helena Santos, Leny Sato e Livia de Oliveira Borges e ao professor José Newton Garcia de Araújo, que tão prontamente aceitaram o convite para comporem a banca. Aos colegas do doutorado pelo companheirismo e solidariedade. Ao Bruno Otávio Arantes que me introduziu na linguagem do *Call Center* e muitas vezes me ajudou em situações penosas. Aos funcionários da secretaria Flávia e Fabrício pelas relevantes orientações nos processos administrativos. À Nina pela disponibilidade e competência em me ajudar com as questões da língua francesa.

Aos trabalhadores do Hospital F, tanatopraxistas, necromaqueadores, motoristas, floristas, equipe do Apoio à Família, operadores, gerências, Comitê de Ética: sem vocês, esse trabalho não existiria. Manoel Hygino dos Santos pela disponibilidade em nos receber e fornecer com tanto carinho os dados sobre a história do Hospital F.

Ao Centro Universitário UNA, gestores, professores, alunos, colaboradores que minimizaram a possibilidade de maiores constrangimentos e sofrimentos. Obrigada pelo respeito e carinho que sempre demonstraram pela minha trajetória.

Aos alunos do curso de Psicologia da UFMG: sem vocês seria impossível obter o volume e a qualidade dos dados explicitados nesta tese. Agradeço e desejo a vocês sucesso na vida!

Ana Paula de Castro Almeida	Isabela Martins Guimarães	Marina Campos Gomes
Andréa Lorena Ferreira Cardoso	Isabela Tavares Salgado	Nadja Rossi Ganda
Bruna Ferreira Coelho de Rezende	Izabella Amanda Barros Mattar	Natália Vargas Patrocínio Campos
Carlos Eduardo de Andrade Resende	Josie Ribeiro Juliana Coelho	Paula Cristina Zatti
Cintya Rodrigues Batista	Antunes	Paula Fonseca de Melo Coelho
Danielle Mesquita Dhom Lemos	Laís Di Bella Castro Rabelo	Reinaldo Alessandro Thomaz
Evandro Batista dos Santos Pereira	Leopoldina de Oliveira Barbosa	Renata Rabelo Monteiro de
Elaine Cristina Reis	Letícia Guimarães Maia	Andrade
Emília Simões Dillinger	Livia Regina	Tamara Palmieri Peixoto
Estefânia de Ávila Barsante	Luanna Alves Lacerda	Virgínia Silva Rocha
Evandro Batista dos Santos Pereira	Mariana Prates Rozemberg	Yara Matsya de Aruanda Ramos
Fernanda de Moura Braga	Micheline Teixeira Meichilb	Garrocho
Gislaine Gandra		
Isabela Freitas Elias		

EPÍGRAFE

Al final, si no morimos de forma violenta acabaremos en una fría sala de hospital calificados por el personal competente como “enfermos terminales”, aguardando simplemente – sabiéndolo o no – que nuestra muerte llegue.

Rodos los que nos rodeen entonces lo sabrán antes que nosotros, y probablemente comenzarán a mirarnos como defuntos antes de que efetivamente lo seamos

Contestarán com evasivas a nuestras preguntas, evitarán mirarnos de frente; intentarán disimular y parecer tranquilos.

Talvez nos resistamos a morir y defendamos com las últimas fuerzas nuestro pequeno reducto de esperanza, creyendo y esforzándonos por convencer a los demás, de que el diagnóstico clínico que nos condena está equivocado, de que no puede ser, de que no merecemos esto.

Pero todo será inútil: la muerte llegará, clara, de improviso y la viviremos em la mas absoluta de las soledades; porque nos morimos solos, lo mismo que nacemos solos, aunque em el instante del suceso nos hallemos rodeados de los seres mas querido.

Nadie nos va a acompañar en el passo de esa frontera que conduce a lo desconocido.

Estarán com nosotros, pero solamente para decirnos adiós.

Miguel Durá Llopis (2005, p.274).

RESUMO

O estudo, realizado no período 2009-2012, apresenta como objeto o processo saúde-doença de trabalhadores dos setores de *Call Center* e de Tanatopraxia de um hospital filantrópico de Belo Horizonte, Minas Gerais (Hospital F). O objetivo geral deste estudo foi o de compreender a dinâmica da construção de psicopatologias no mundo do trabalho por meio da identificação de mediadores patogênicos potencialmente encontrados na relação sujeito-trabalhador/trabalho do ponto de vista da atividade, fundamental para o estabelecimento donexo causal entre trabalho e distúrbio mental. Para atingir esse objetivo, foi preciso descrever e categorizar as atividades realizadas em cada um dos dois setores e compará-las categoria por categoria, identificando relações existentes entre, de um lado, a organização de trabalho e, de outro lado, as condições de trabalho, o sentido atribuído por esses trabalhadores às suas atividades laborais e o aparecimento, ou não, de transtornos mentais. Da pesquisa desenvolvida no Centro Técnico de Preparação dos Corpos (Tanatopraxia) participaram 3 mulheres e 15 homens e, no Centro Técnico de Ornamentação, participaram 9 mulheres e 11 homens, num total de 41 funcionários. Da pesquisa desenvolvida no *Call Center* participaram 65 operadores. Em ambos os setores foram realizadas observações clínicas do trabalho, entrevistas de autoconfrontação e análise documental. Os resultados foram analisados e categorizados de acordo com o modelo de análise qualitativa de conteúdo. Eles mostraram que, no setor de *Call Center*, a organização do trabalho era o mediador patogênico da relação sujeito-trabalhador/trabalho do ponto de vista da atividade, favorecendo o adoecimento mental dos operadores, revelando uma concepção de trabalho na qual, o sujeito e sua atividade de trabalho são considerados como entidades independentes. Foram identificadas como situações penosas: o trabalho repetitivo, o ritmo e a pressão crescente por produção, o rigor excessivo no controle exercido sobre os trabalhadores, o distanciamento da realidade vivida pelos operadores e a exigência de múltiplas competências em razão da implantação de tecnologias da informação sem o devido treinamento prévio deles. Essas situações revelaram-se como insuportáveis para os operadores, ocasionando demissão, rotatividade, pedidos de licença médica, sintomas de fadiga crônica, doenças psicossomáticas, problemas osteomusculares e, em razão dos efeitos cumulativos dos agravos, os afastamentos do trabalho. Além disso, acrescenta-se o significado negativo atribuído por esses trabalhadores ao seu trabalho como atividade. Como estratégias de solução para essas situações penosas, destacaram-se o esforço individual dos operadores para finalizar os atendimentos, apesar dos frequentes constrangimentos e impedimentos e o esforço de colaborar com os colegas. No setor de Tanatopraxia foi constatada a prevalência de um significado positivo atribuído ao trabalho. Como situações penosas foram identificadas, principalmente, a exposição aos riscos ambientais nocivos à saúde e à integridade física do trabalhador e a ocultação social das atividades desenvolvidas no setor de Tanatopraxia. Detectaram-se como estratégias de solução: a busca de solução compartilhada com a gestão, o exercício constante da criatividade e do humor, as ações de renormalizações, a motivação para o aprimoramento profissional, as estratégias para a manutenção do gênero social de ofício e a ação do coletivo como catalisador da saúde mental dos trabalhadores. Os resultados da pesquisa indicaram que o setor de Tanatopraxia, embora oferecesse condições adversas de trabalho, permitia que os trabalhadores construíssem coletivamente sua saúde, estimulados por uma organização de

trabalho baseada na escuta e no reconhecimento das competências do coletivo, considerando o trabalhador como sujeito ativo, capaz de tomar decisões e transformar suas atividades de trabalho. Por outro lado, no setor de *Call Center*, em geral, as condições de trabalho eram geridas buscando a salubridade, mas a organização insuficiente de trabalho era altamente desfavorável, baseada em uma gestão autoritária que isolava os trabalhadores e os considerava passivos e incapazes de exercer eficazmente suas atividades, revelando um contexto propício ao adoecimento mental. Assim, as evidências sugerem que condições insuficientes do trabalho e conjuntura organizacional favorável à saúde do trabalhador constitui um contexto menos favorável à doença mental, como é o caso do setor de Tanatopraxia; mas condições insuficientes e organização insuficiente parecem favorecer uma elevada incidência de adoecimento físico e mental; e, finalmente, condições salubres e organização de trabalho insuficiente, como é o caso do *Call Center*, criam um contexto favorável ao adoecimento mental. Essas evidências apontam que, no que concerne ao adoecimento mental, os fatores potencialmente patogênicos se encontram predominantemente, na organização e não nas condições de trabalho.

Palavras-chave: *Call Center*. Operador de teleatendimento. Tanatopraxia. Tanatopraxistas. Necromaquiadores. Saúde Mental e Trabalho.

RÉSUMÉ

L'étude, réalisée sur la période 2009-2012, présente comme objet le processus santé-maladie des travailleurs des secteurs de *Call Center* et de Thanatopraxie d'un hôpital philanthropique de Belo Horizonte, à Minas Gerais (Hôpital F). L'objectif général de cette étude est celui de comprendre la dynamique de la construction de psychopathologies dans le monde du travail par le moyen de l'identification de médiateurs pathogéniques potentiellement retrouvés dans le rapport sujet-travailleur/activité de travail, fondamentale pour l'établissement du lien de causalité entre le travail et le trouble mental. Pour atteindre cet objectif, il a fallu décrire et classer les activités réalisées dans chacun des deux secteurs et comparer chacune des catégories de classement, en identifiant les rapports existants entre, d'un côté, l'organisation de travail et, de l'autre, les conditions de travail, le sens attribué par ces travailleurs à leurs activités de travail et l'émergence, ou pas, de troubles mentaux. De la recherche développée dans le Centre Technique de Préparation des Corps (Thanatopraxie) ont participé 3 femmes et 15 hommes, et, dans le Centre Technique d'Ornementation, ont participé 9 femmes et 11 hommes, totalisant 41 employés. De la recherche développée dans le *Call Center* ont participé 65 opérateurs. Dans les deux secteurs, nous avons réalisé des observations cliniques du travail, des entretiens d'autoconfrontation et des analyses documentaires. Les résultats ont été analysés et classés selon le modèle d'analyse qualitative de contenu. Ils ont démontré que, dans le secteur de *Call Center*, l'organisation du travail, en incorporant les aspects positifs des conditions de travail, était le médiateur pathogénique du rapport sujet-travailleur/activité de travail, en favorisant la maladie mentale chez les opérateurs, en dévoilant une conception de travail dans laquelle le sujet et son activité de travail sont considérés comme des entités indépendantes. Ont été identifiées comme étant des situations pénibles: le travail répétitif, le rythme et la pression croissante pour la production, la rigueur excessive dans le contrôle exercé sur les travailleurs, l'éloignement de la réalité vécue par les opérateurs et l'exigence de multiples compétences en raison de l'implantation de technologies de l'information sans l'entraînement préalable qui conviendrait. Ces situations se sont révélées insupportables par les opérateurs, ce qui a donné lieu à des licenciements, à la rotation dans les postes de travail, à des demandes de congé-maladie, à des symptômes de fatigue chronique, à des maladies psychosomatiques, à des troubles musculo-squelettiques et, en raison des effets cumulatifs des maladies, à de longs arrêts de travail. En outre, s'ajoute la signification négative attribuée par ces travailleurs à leur activité de travail. Comme stratégies de solution pour ces situations pénibles, on souligne l'effort individuel des opérateurs pour conclure les plaintes, malgré les fréquentes contraintes et empêchements et l'effort de collaborer avec les collègues. Dans le secteur de Thanatopraxie, on a constaté la prévalence d'une signification positive attribuée au travail. En tant que situations pénibles ont été identifiées, surtout, l'exposition aux risques environnementaux nuisibles à la santé et à l'intégrité physique du travailleur et l'occultation sociale des activités développées dans le secteur de Thanatopraxie. On a relevé comme stratégies de solution: la recherche de solutions partagées avec les gestionnaires, l'exercice constant de la créativité et de l'humour, les actions de renormalisation, la motivation pour la mise à niveau de la formation professionnelle, les stratégies pour le maintien du genre social du métier et l'action du collectif en tant que catalyseur de la santé mentale des travailleurs. Les résultats de la recherche ont indiqué que le secteur de Thanatopraxie, même s'il proposait des conditions adverses de travail, permettait que les travailleurs construisent collectivement leur santé, stimulés par une organisation du travail basée sur l'écoute et la reconnaissance des compétences du collectif, en considérant le travailleur comme un sujet actif, capable de prendre des décisions et de transformer ses activités de travail. D'un autre côté, dans le secteur de *Call Center*, les conditions de travail étaient bonnes, mais l'organisation du travail était hautement défavorable, basée sur une gestion autoritaire, qui isolait les travailleurs et les

considérât passifs et incapables d'exercer efficacement leurs activités, dévoilant un contexte propice à la maladie mentale. Ainsi, les évidences suggèrent que les conditions négatives et une bonne organisation du travail constituent un contexte moins favorable à la maladie mentale, comme dans le cas du secteur de la Thanatopraxie; des conditions insuffisantes et une organisation insuffisante semblent favoriser un taux élevé d'incidence de la maladie physique et mentale; et, finalement, de bonnes conditions et une organisation du travail insuffisante, comme dans le cas du *Call Center*, créent un contexte favorable à la maladie mentale. Ces évidences indiquent que, en ce qui concerne la maladie mentale, les facteurs potentiellement pathogéniques se trouvent, de manière prédominante, dans l'organisation, et pas dans les conditions de travail.

Mots-clés: *Call Center*, Opérateur de téléservices. Thanatopraxie. Thanatopraxistes. Nécromaqueurs. Santé Mentale et Travail.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura da tese.....	29
Figura 2 - Fórmulas de Erlang.....	57
Figura 3 - Calculadoras de Erlang.....	58
Figura 4 - Esquema operacional de uma Central de Atendimento.....	59
Figura 5 – Transbordo/transbordamento.....	60
Figura 6 - Recomendações para a transformação das situações identificadas.....	71
Figura 7 - Alterações dos locais de campo de pesquisa.....	73
Figura 8 - Organograma da organização do trabalho do Call Center do Hospital F antes da terceirização.....	74
Figura 9 - Organograma dos setores do Hospital F relacionados ao <i>Call Center</i>	78
Figura 10 - Organograma da organização do trabalho do Call Center do Hospital F depois da terceirização.....	85
Figura 11 - Técnica de multiplexação.....	87
Figura 12 - Sistema SPS: como fazer <i>login</i>	91
Figura 13 - Sistema SPS <i>ATEND</i>	92
Figura 14 - SATURNO: login.....	95
Figura 15 - Procedimento Operacional Padrão (POP) de atendimento.....	106
Figura 16 - Procedimento Operacional Padrão (POP) de confirmação de consultas.....	106
Figura 17 - Treinamento carrapato.....	114
Figura 18 - <i>Lay out</i> Empresa AD.....	121
Figura 19 - <i>Lay out</i> Empresa ES.....	122
Figura 20 - Crachá de identificação da equipe de pesquisa.....	33
Figura 21 -Análise da taxa de abandono comparada com outras variáveis.....	138
Figura 22 - Cartaz prova de conhecimentos.....	182
Figura 23 - Procedimentos prescritos pela Classificação Brasileira de Ocupações.....	218
Figura 24 - Necrochorume.....	219
Figura 25 - Tarefas de tanatopraxia da funerária, Belo Horizonte, 2010.....	221
Figura 26 - Tarefas de embalsamamento da funerária, Belo Horizonte, 2010.....	222
Figura 27 - Organograma da organização do trabalho da Tanatopraxia do Hospital F.....	225
Figura 28 - Fluxograma setor Atendimento funerária Hospital F.....	226
Figura 29 - Fatores de especificidade no atendimento funerário.....	228
Figura 30 - Documentos necessários para o funeral.....	229
Figura 31 - Variáveis que interferem no tipo de tanatopraxia definida.....	231
Figura 32 - Mesas de tanotopraxia do CTP.....	236
Figura 33 - Acesso aos grandes vasos.....	237
Figura 34 - Incisão com lâmina de bisturi.....	237
Figura 35 - Pinça “drenadora”.....	238
Figura 36 - Cânula de infusão.....	238
Figura 37 - Bomba Injetora(CTP).....	239
Figura 38 - Massagem para facilitar a microcirculação.....	239
Figura 39 - Sutura com fio de seda encerado.....	240
Figura 40 - Vara trocadora nº 16.....	240
Figura 41 - Sucção da cavidade abdominal utilizando a vara trocadora nº 16.....	240
Figura 42 - Sucção da cavidade abdominal utilizando a vara trocadora nº 16.....	241
Figura 43 - Sutura da cavidade abdominal.....	241
Figura 44 - Aspiração das narinas e boca.....	242
Figura 45 - Cânula para a aspiração das narinas e boca.....	242
Figura 46 - Tamponamento das narinas.....	242

Figura 47 - Corpo feminino antes e depois de ser preparado no CTO	245
Figura 48 - Corpo masculino antes e depois de ser preparado no CTO	246
Figura 49 - Centro de Técnico de Preparação (CTP)	254
Figura 50 - Grampeador pneumático.....	255
Figura 51 - Símbolo de substância tóxica com possibilidade de carcinogenicidade.....	257
Figura 52 - Produtos químicos utilizados nas tanatopraxias e embalsamamento.....	257
Figura 53 - Substância Tóxica (T) ou Muito Tóxica (T+).....	258
Figura 54 - Substância Irritante (Xi) ou substâncias Irritantes (Xn)	258
Figura 55 - Substância corrosiva (C).....	258
Figura 56 - Classificação de risco biológico	259
Figura 57 - Equipamentos de Proteção Individual	260
Figura 58 - Dados da Pandemia Influenza A (H1N1) anos 2009/2010.....	261
Figura 59 - Respirador de classificação N95.....	262
Figura 60 - Respirador 1860 N95.....	262
Figura 61 - Tanatopraxistas em seu posto de trabalho	264
Figura 62 - Procedimentos de segurança.....	264
Figura 63 - Medidas de primeiros socorros em caso de contaminação.....	265
Figura 64 - Medidas de primeiros socorros em caso de contaminação HSDB (2006).....	265
Figura 65 - Oração utilizada pelos funcionários da funerária	287
Figura 66 - E-mail de Paulo.....	296
Figura 67 - Filme A Partida: atividade de massagem facial.....	299
Figura 68 - Filme A Partida: atividade de necromaquiagem.....	300
Figura 69 - Os seis ingredientes de uma competência (esquema de L. Durriive).	322
Figura 70 - Correlação organização-condição de trabalho e agravos à saúde do trabalhador.	329
Figura 71 - Protocolo de Manchester.	350

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Etapas para dimensionar adequadamente um Contac Center.....	61
Quadro 2 - Sintomas encontrados em pesquisas anteriores às de Le Guillant <i>et al.</i> (2006).....	65
Quadro 3 - Sintomas da Síndrome Subjetiva Comum da Fadiga Nervosa.....	67
Quadro 4 - Trabalhos relacionados ao tema teleatendimento e problemas de saúde.	70
Quadro 5 - Total de horas de observações e número de contatos realizados no setor de Call Center do Hospital F de Belo Horizonte, Minas Gerais, entre março/2009 a novembro/2010.....	32
Quadro 6 - Tipos de contratos do Plano de Saúde do Hospital F.....	76
Quadro 7 - Os sistemas de informação e as tarefas dos operadores.....	91
Quadro 8 - Escala de funcionários por horário setor de Call Center, Hospital F, Empresa AD, 2009.....	107
Quadro 9 - Escala de funcionários por horário setor de Call Center, Hospital F, Empresa ES.....	108
Quadro 10 - Total de horas de observações e número de contatos realizados no setor de Tanatopraxia e Necromaquiagem do Hospital F de Belo Horizonte, Minas Gerais, entre março/2009 a novembro/2010.....	224
Quadro 11 - Sujeitos da pesquisa no setor de Tanatopraxia e Necromaquiagem do Hospital F de Belo Horizonte, Minas Gerais, março/2009 a novembro/2010.....	224
Quadro 12 - Escala de plantão – Funerária Hospital F - julho/2009.....	232
Quadro 13 - Tipos e características do preparo de corpos.....	234
Quadro 14 - Atividades de necromaquiagem, Hospital F., 2010.....	243
Quadro 15 - Tempo prescrito para realização da reparação de cadáver, funerária, Belo Horizonte, 2010.....	247
Quadro 16 – Salários, Funerária Hospital F, julho/2009.....	248
Quadro 17 - Resultados categorizados por setor.....	352

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Sexo dos operadores do Call Center do Hospital F. Belo Horizonte, 2009.....	44
Gráfico 2 - Idade cronológica dos operadores do Call Center do Hospital F. Belo Horizonte, 2009 n=65	45
Gráfico 3 - Chamadas Recebidas x Atendidas x Abandonadas <i>Call Center</i> Hospital F.....	136
Gráfico 4 - Relação entre número de atendimentos por operador, mês de julho de 2009, Call Center, Belo Horizonte. n= 70.962 ligações e 65 operadores	139
Gráfico 5 - Tempo médio do atendimento (TMA), Call Center Hospital F, Belo Horizonte, 2009.	140
Gráfico 6 - Reclamações feitas ao <i>Call Center</i> Hospital F, Belo Horizonte, 2009	152

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP-MG	Associação Brasileira de Ensino de Psicologia de Minas Gerais
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABT	Associação Brasileira de Telesserviços
AET	Análise Ergonômica do Trabalho
AMB	Associação Médica Brasileira
ANAEEL	Agência Nacional de Energia Elétrica
ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
ANPEPP	Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	American Psychological Association
APTSD	Apoio Psicológico ao Trabalhador em Situação de Desemprego
BSP	Banco de Serviços em Psicologia
CA	Certificado de Aprovação
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CCIH	Comissão de Controle da Infecção Hospitalar
CDC	Centro de Controle de Doenças
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CH	Carga Horária
CHo	Coefficientes de Honorários
CICI	Centro das Indústrias da Cidade Industrial
CID-10	Classificação Internacional de Doenças 10 ^a . versão
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONAMA	Conselho Nacional do Meio Ambiente
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
CPTO	Comissão de Psicologia do Trabalho e Organizacional
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRP-MG	Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais
CSCD	Comissão Social da Câmara dos Deputados
CTI	Centro de Terapia Intensiva
CTO	Centro Técnico de Ornamentação
CTP	Centro Técnico de Preparação
CVS/SP	Centro de Vigilância Sanitária de São Paulo
DAC	Distribuidor Automático de Chamadas
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DORT	Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho
DOU	Diário Oficial da União
DPVAT	Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre
ECRP	Entidades coletivas relativamente pertinentes
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPR	Equipamento de proteção Respiratória
EUA	Estados Unidos da América
FEP	Processador Front-End
FIFO	First In, First Out (Teoria de Filas)
FITTEL	Federação dos Trabalhadores em Telefonia
FUNDACENT RO	Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
GERH	Gestão Estratégica em Recursos Humanos

GHS	Globally Harmonized System
GNA	Gerador de Números Aleatórios
HSDB	Hazard Substances Data Bank
IAb	Indicador de abandono
IARC	International Agency for Research on Cancer
ICO	Indicador de chamadas ocupadas
IEP	Instituto de Ensino e Pesquisa
IEPSI	Instituto de Estudos Psicanalíticos
IML	Instituto de Medicina Legal
IN	Instrução Normativa
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
IP	Índice de Proteção
IPCS	International Programme on Chemical Safety
IPSEMG	Instituto de Previdência dos Servidores de Estado de Minas Gerais
ITIL	Information Technology Infrastructure Library
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
LER	Lesões por Esforço Repetitivo
LGT	Lei Geral de Telecomunicações
MBA	Mestre na Administração em Negócios
MC	Ministério das Comunicações
MPT	Ministério Público do Trabalho
MS	Ministério da Saúde
MT	Ministério do Trabalho
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MTPS	Ministério da Previdência Social
NFDA	Funeral Directors National Association of the United States
NIOSH	National Institute for Occupational Safety and Health
NR	Normas Regulamentadoras
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPME	Órteses Próteses e Materiais Especiais
PA	Posição de atendimento
PCMSO	Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional
PEPS	Primeiro que Entra é o Primeiro que Sai (Teoria de Filas)
PFF2	Proteção Facial Filtrante 2
PGRSS	Programa de Gerenciamento dos Resíduos de Servidores de Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PT	Psicologia do Trabalho
PUC	Pontifícia Universidade Católica
PUC MG	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
PUCASP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PVC	Poli Cloreto de Vinila
RBSO	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RH	Recursos Humanos
RMS	Registro do Ministério da Saúde
RN	Resolução Normativa
S M &T	Saúde Mental e Trabalho
SAC	Serviços de Atendimento ao Cliente/Consumidor/Cidadão
SADT	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SAM	Sistema de Agendas Médicas
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SED	Síndrome do Edifício Doente
SERSAM	Serviços de Saúde Mental
SGS	Sistema de Gerenciamento de Serviços

SINCAVIR	Sindicato Intermunicipal dos Condutores Autônomos de Veículos Rodoviários
SINTTEL	Sindicato dos Trabalhadores em Telecomunicações de Minas Gerais
SIT	Secretaria de Inspeção do Trabalho
SLU	Serviços de Limpeza Urbana
SND	Serviço de Nutrição e Dietética
SRP	Painel Científico Review
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Tempo de atendimento
TA _b	Tempo de abandono
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Tempo de espera
TELAIMA	Telecomunicações de Roraima
TELAMAZON	Telecomunicações da Amazônia
TELASA	Telecomunicações de Alagoas
TELEAMAPÁ	Telecomunicações do Amapá
TELEBAHIA	Telecomunicações da Bahia
TELEBRÁS	Telecomunicações Brasileiras
TELECEARÁ	Telecomunicações do Ceará
TELEMAR	Tele Norte Leste Participações S/A
TELEMIG	Telecomunicações de Minas Gerais
TELEPARÁ	Telecomunicações do Pará
TELEPISA	Telecomunicações do Piauí
TELERGIPE	Telecomunicações de Sergipe
TELERJ	Telecomunicações do Rio de Janeiro
TELERN	Telecomunicações do Rio Grande do Norte
TELEST	Telecomunicações do Espírito Santo
TELMA	Telecomunicações do Maranhão
TELPA	Telecomunicações do Paraná
TELPE	Telecomunicações de Pernambuco
TI	Tecnologia de Informação
TISS	Troca de Informações na Saúde Suplementar
TMA	Tempo Médio de Atendimento
TMA	Tempo médio de atendimento
TMA _b	Tempo médio de abandono
TME	Tempo médio de espera
TOXNET	Toxicology Data Network
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URA	Unidade de Resposta Audível
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

PARTE I	21
I CAPÍTULO - INTRODUÇÃO	21
1.1 A construção do objeto de pesquisa	23
1.2 O objeto, o percurso profissional da pesquisadora e a justificativa de pesquisa.....	26
1.3 Estrutura da tese.....	29
II CAPÍTULO - PERCURSO METODOLÓGICO	31
2.1 Etapas da pesquisa.....	31
2.1.1 Primeira fase: o contato com o campo	32
2.1.2 Técnicas de coleta de dados	34
2.1.2.1 Observações clínicas do trabalho	38
2.1.2.2 As entrevistas de autoconfrontação	40
2.1.2.3 A pesquisa documental.....	40
2.1.3 Instrumentos de coleta de dados	41
2.1.4 Segunda fase: sistematização dos dados	42
2.1.5 Apresentação dos dados	44
2.1.6 Confiabilidade e validação dos dados	46
2.2 Dificuldades encontradas durante a pesquisa	47
2.3 Princípios éticos	47
PARTE II - O HOSPITAL F	48
I - BREVE HISTÓRICO DO HOSPITAL F	48
PARTE III - A PESQUISA NO CALL CENTER DO HOSPITAL F	51
III CAPÍTULO – CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O SETOR	51
3.1 Transformações técnicas e tecnológicas	51
3.2 Breve histórico da telefonia em Minas Gerais	55
3.3 O rendimento e o controle relativo à rapidez das operações	56
3.4 Elementos patogênicos da função/atividade de trabalho	63
3.4.1 Consequências negativas para a saúde do operador	65
3.4.2 Recomendações de melhorias feitas pelas pesquisas brasileiras	70
3.5 O tempo de permanência no campo.....	32
3.6 Sujeitos da pesquisa.....	44
IV CAPÍTULO - O SETOR DE CALL CENTER DO HOSPITAL F	73
4.1 Período anterior à terceirização.....	74
4.2 Os setores vinculados ao <i>Call Center</i>	78
4.3 A organização do trabalho no Call Center.....	84
4.3.1 Divisão de tarefas da gerência	84
4.3.2 Os sistemas de gerenciamento de informação.....	86
4.3.3 As atividades realizadas	90
4.3.3.1 Sistema SPS	91
4.3.3.2 Sistema SATURNO	94
4.3.4 O Script.....	105
4.3.5 A jornada de trabalho e horas extras	107
4.3.6 Remuneração, benefícios e férias	108
4.3.7 Adicional de insalubridade Empresa AD e Empresa ES	111
4.3.8 As pausas na Empresa AD e Empresa ES.....	112
4.3.9 Ginástica laboral.....	113
4.3.10 Treinamentos	114
4.3.11 Promoções.....	116
4.3.12 Formas de supervisão e controle	116

4.3.13 Relação entre pares	118
4.3.14 Relação com os usuários.....	119
4.4 Condições de trabalho	119
4.4.1 Ambiente físico.....	119
4.4.2 Ambiente químico Empresa AD e Empresa ES.....	124
4.4.3 Ambiente biológico Empresa AD e Empresa ES	124
4.4.4 Condições de higiene e segurança Empresa AD e Empresa ES	125
V CAPÍTULO – O CALL CENTER SOB O OLHAR DO PESQUISADOR E	
OPERADOR: os resultados da pesquisa	126
5.1 A organização de trabalho	126
5.1.1 O impacto das mudanças: Empresa AD.....	126
5.1.2 O impacto das mudanças: Empresa ES.....	128
5.5.3 Problemas com a implantação do Saturno.....	130
5.5.4 O ritmo de trabalho	134
5.5.5 Divisão de tarefas.....	143
5.5.5 O conteúdo das atividades	148
5.5.6 O script	155
5.5.7 Remuneração, benefícios e férias	159
5.5.8 Jornada de trabalho e horas extras.....	162
5.5.9 Pausas	165
5.5.10 Ginástica laboral.....	167
5.5.11 Treinamento	168
5.5.12 Promoções.....	171
5.5.13 Relações com a hierarquia: formas de supervisão e controle.....	172
5.5.14 Relações entre pares	183
5.5.15 Relações com usuário	187
5.6 Condições de trabalho: Empresa AD e Empresa ES.....	189
5.7 Estratégias desenvolvidas pelos operadores.....	190
5.8 Os sentidos atribuídos ao trabalho.....	194
5.9 Sintomas apresentados pelos operadores do Call Center	197
5.10 Discussão dos resultados do <i>Call Center</i>	203
PARTE IV – A TANATOPRAXIA E NECROMAQUIAGEM.....	212
VI CAPÍTULO - CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O SETOR DE	
TANATOPRAXIA.....	212
6.1 Introdução	215
6.2 Tempo de pesquisa no setor de Tanatopraxia.....	223
6.3 Sujeitos da pesquisa.....	224
VII CAPÍTULO - O SETOR DE TANATOPRAXIA DO HOSPITAL F.....	225
7.1 A organização do trabalho.....	225
7.1.1 A jornada de trabalho	232
7.1.2 As pausas	232
7.1.3 Horas extras	233
7.1.4 A divisão de tarefas.....	233
7.1.4.1 As atividades da Tanatopraxia	234
7.1.4.2 As atividades dos Necromaquiadores	243
7.1.5 O ritmo de trabalho	246
7.1.6 Remuneração, adicional de insalubridade, férias e benefícios	248
7.1.7 Treinamentos	249
7.1.8 Promoções.....	249
7.1.9 Formas de supervisão e controle	249

7.1.10 Relação entre pares	251
7.1.11 Relações com os usuários: o corpo morto e seu responsável	251
7.1.12 Ginástica Laboral	252
7.2 Condições de trabalho	253
7.2.1 Ambiente físico.....	254
7.2.2 Ambiente químico.....	256
7.2.3 Ambiente biológico	259
7.2.4 Condições de higiene	259
7.2.5 Condições de segurança	260
VIII CAPÍTULO – A TANATOPRAXIA SOB O OLHAR DO PESQUISADOR E DO OPERADOR: resultados da pesquisa.....	266
8.1 A organização do trabalho.....	266
8.1.1 A jornada de trabalho, pausas e horas extras.....	267
8.1.2 A divisão de tarefas.....	268
8.1.3 O ritmo.....	270
8.1.4 Remuneração, adicional de insalubridade, férias e benefícios	271
8.1.5 Treinamentos	271
8.1.6 Promoções.....	272
8.1.7 Relações com a hierarquia	273
8.1.8 Relações entre pares	273
8.1.9 Relações com os usuários: o corpo morto e seu responsável	275
8.2 Condições de trabalho	279
8.2.1 Condições de trabalho: exposição aos riscos ambientais	280
8.2.2 Condições de trabalho: exposição aos riscos de contaminação	281
8.3 Estratégias desenvolvidas pelos tanatopraxistas e necromaquiadores	282
8.4 Os sentidos atribuídos ao trabalho.....	284
8.5 Impactos positivos na saúde dos trabalhadores.....	288
8.6 Os sintomas apresentados pelos tanatopraxistas e necromaquiadores	291
EPÍLOGO.....	298
8.7 Discussão dos resultados da Tanatopraxia.....	303
PARTE V	316
IX CAPÍTULO – CONSIDERAÇÕES FINAIS	316
REFERÊNCIAS.....	332
APÊNDICE 1 – Parcerias Hospital F	350
APÊNDICE 2 – Síntese dos resultados nos dois campos	352
ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital F.....	353
ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	354
ANEXO 3 - Normas de segurança, higiene e prevenção de acidentes	355
ANEXO 4 – Ata de embalsamamento.....	356
ANEXO 5 – Ata de Tanatopraxia	357
ANEXO 6 – Roteiro de Vistoria no. 261 para agências funerárias e empresas de transporte de cadáveres humanos.....	358
ANEXO 7 – Roteiro de Vistoria n^o 265 para necrotério	359

PARTE I

I CAPÍTULO - INTRODUÇÃO

No campo da Saúde Mental & Trabalho (SM&T), destacam-se os estudos referentes aonexo causal entre certas formas de organização/condições de trabalho e os processos de adoecimento psíquico do trabalhador (Lima M., 2005). Segundo essa autora, esse é um tema que se configura polêmico, controverso, devido às distintas concepções teóricas sobre a gênese da doença mental.

Nesse contexto, o presente trabalho apresenta como objeto o processo saúde-doença de profissionais dos setores de *Call Center* e de Tanatopraxia de um hospital filantrópico de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, de agora em diante denominado apenas Hospital F. Este estudo, realizado no período de 2009-2012, busca compreender a dinâmica de construção de patologias no mundo do trabalho por meio da identificação de mediadores patogênicos potencialmente encontrados na relação sujeito-trabalhador/atividade de trabalho, fundamental para o estabelecimento do nexocausal entre trabalho e distúrbio mental.

Para atingir esse objetivo geral, foi preciso nomear, descrever, explicitar, categorizar, comparar as atividades realizadas nesses setores, procurando identificar as possíveis relações entre a organização e as condições de trabalho, o sentido que os profissionais atribuem ao seu trabalho e o surgimento ou não de transtornos mentais relacionados com suas atividades laborais.

Entende-se como *Call Center*¹ “o ambiente de trabalho no qual a principal atividade é conduzida via telefone e/ou rádio com utilização simultânea de terminais de computador”. Tanatopraxia é entendida como as técnicas de “cuidados e de tratamentos dispensados ao corpo após a morte” (Nunes, Vieira, & Ferreira, 2010, p.2). Esses cuidados e tratamentos estabelecem os processos de preparação, higienização e conservação do cadáver, necessários para o velório ou funeral. Podem ser realizados por meio de reparação simples, tanatopraxias ou praxitanatologias, embalsamamento e somatoconservação, complementados por técnicas de necromaquiagem.

Os serviços relacionados à tanatopraxia são objeto de vários estudos científicos (Martins *et al.*, 1991; Agudelo, Rendón, & Palácio, 2003; Rebellato, 2006; Oliveira & Silva 2009; Valadares, 2009; Cotrim, Slob, & Deffune, 2012; Reis S., Reis M., Vasconcelos, &

¹ De acordo com o Anexo II, inciso 1.1.1, da Norma Reguladora 17 (NR 17, p.7).

Jordão, 2012) focados na preocupação com a preservação do meio ambiente e da saúde pública, sendo considerados como imprescindíveis na preparação do cadáver para a inumação. No entanto, há uma escassez de pesquisas que correlacionam a reparação de defuntos com o trabalhador que executa esses serviços. Temos, contudo, quatro artigos originais. O primeiro, de Bernard (2008), intitulado “*Émotions et interactions dans les pompes funèbres: les ambivalences de l’intéressement*”², em que o autor escreve em torno de três eixos: as questões do luto, das mutações do setor das pompas fúnebres e as relativas ao contexto sócio-cultural-emocional no qual o luto e as pompas fúnebres acontecem. Apesar de a pesquisa ter sido realizada no ambiente de uma funerária, o objeto de seu estudo era o profissional responsável pelo deslocamento do corpo da funerária ao cemitério e não o trabalho de tanatopraxia.

O segundo, de Wolf (2008), intitulado “*De la negation à revalorisation: quelques enjeux de la prise en charge des émotions en chambre mortuaire*”³, no qual o autor, por meio de uma pesquisa etnográfica, analisa a evolução das emoções emergentes no contexto de trabalho da funerária, destacando a relação entre organização do trabalho e gestão das emoções; as variações da estratégia de distanciamento da situação trabalho na busca de melhor equilíbrio emocional; a evolução das práticas e a questão do poder do trabalhador, e o impacto de reconhecimento ou negação do lugar dado à morte no contexto social que interfere no reconhecimento ou na negação do trabalho realizado nas funerárias, tornando-o ora “visível” e “apresentável” a essa sociedade ora invisível e negado pela mesma sociedade. Essa pesquisa, como a de Bernard (2008), foi realizada no contexto das casas funerárias e focaliza o trabalho de agentes funerários, alocados em hospitais.

O terceiro, de Biotteau e Mayer (2010), intitulado “*La prise en charge du tabou de la mort par les thanatopracteurs: conséquences sur la santé et conditions de travail*”⁴, trabalhou com tanatopraxistas e apresenta achados referentes a tabus em torno da morte (visão e odor do cadáver), ao desprezo social pela profissão, às situações penosas relativas ao exercício da tanatopraxia (riscos de contaminação, dores nas costas, ferimentos feitos por instrumentos perfurocortantes), à falta de motivação (profissional) decorrente de atitudes de seus pares. No entanto, apesar da semelhança no que se refere ao resultado, mas devido à diversidade dos contextos culturais, o cotidiano de trabalho dos tanatopraxistas franceses e brasileiros difere fundamentalmente.

² Tradução da autora: Emoções e interações no contexto das pompas fúnebres: as ambivalências de interesses.

³ Tradução da autora: Da negação à revalorização: estratégias de controle das emoções nas funerárias.

⁴ Tradução da autora: Controle para o tabu da morte pelo tanatopraxista: consequências sobre a saúde e condições de trabalho.

E o quarto, uma pesquisa brasileira realizada por Souza e Boemer (1998), intitulada “*O significado do trabalho em funerárias sob a perspectiva do trabalhador*”, trata dos riscos de contaminação, dos constrangimentos no contato direto com corpos mortos, da marginalização social sofrida pelos trabalhadores e da marginalização acadêmica revelada pela escassa produção científica sobre esse objeto.

Quanto às pesquisas na área de teleatendimento, elas são bem mais numerosas, sendo que, desde a primeira metade do século XX, já havia notícias de estudos como aqueles realizados por Fontègue e Solari (1918), na Suíça, e o de Suzanne Pacaud (1949), na França (ver Quadro 1). A partir dos anos de 1950, talvez o estudo mais importante tenha sido o de Louis Le Guillant *et al.* (2006) junto a telefonistas francesas, como será demonstrado neste estudo.

Torres (2001, p.XXVII) expõe que, antes e depois da pesquisa realizada por Le Guillant *et al.*, em 1956, fatores como o progresso tecnológico contínuo, a redução relativa do trabalho muscular em detrimento do trabalho intelectual e a aceleração das ações se mantêm constantes.

1.1 A construção do objeto de pesquisa

O desafio de realizar uma pesquisa sobre duas atividades laborais totalmente distintas, exercidas em dois locais de trabalho tão diferentes, foi provocado por questões relativas aos processos de adoecimento, identificadas nesses dois campos, surgidas ao orientarmos uma pesquisa do curso de pós-graduação *lato sensu* em Gestão Estratégica em Recursos Humanos, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, realizada por Pontes, Cordeiro e Silva (2006) nos setores de *Call Center* e tanatopraxia do Hospital F, denominada “*Estresse laboral em um hospital filantrópico de Belo Horizonte*”. Nesse estudo, foi adotado como ferramenta de coleta de dados um instrumento de detecção de sintomas associados ao estresse (Lipp, 2000).

Na época, um dos pesquisadores era responsável pelo setor de Recursos Humanos do Hospital F e, sensibilizado pelo referencial teórico por nós adotado como professora na disciplina “Subjetividade e Recursos Humanos”, começou a indagar sobre as diferenças estatísticas encontradas no levantamento de “comportamentos dos funcionários” dos setores de *Call Center* e Tanatopraxia.

Os resultados da pesquisa de Pontes, Cordeiro e Silva (2006) nos alertaram sobre duas contradições importantes que suscitaram nosso estudo. São elas:

- a) O ambiente iluminado, informatizado, organizado e sem risco de contaminação biológica do *Call Center* – elementos que constituem condições de trabalho consideradas como “favoráveis à saúde” do trabalhador – não parecia suficiente para impedir os casos de estresse, já que os resultados se apresentaram como positivos ao estresse, com sintomatologia predominantemente de natureza física e/ou psicológica para a grande maioria dos funcionários do *Call Center*.
- b) O ambiente que impõe a visão contínua de corpos mortos, muitos deles esfacelados, desfigurados, num ambiente com possibilidade de contaminação, carregado de cheiros fortes de produtos químicos e dos corpos em decomposição – elementos considerados como “desfavoráveis à saúde” – não foi identificado como fonte de estresse. Os resultados do instrumento foram negativos ao estresse para os funcionários que trabalhavam na Tanatopraxia.

Nas considerações finais desse estudo, os autores afirmaram:

Os funcionários do setor de tanatopraxia, apesar de lidarem com a morte objetiva, encontram em seu exercício profissional a possibilidade de expressar suas subjetividades e enfrentar suas limitações e potencialidades de maneira criativa, com espontaneidade. Os resultados demonstram que o fato de lidar com a situação de morte não é determinante para a sintomatologia de estresse (Pontes, Cordeiro, & Silva, 2006, p.54).

Na época, os pesquisadores levantaram a hipótese de que os funcionários do setor de Tanatopraxia poderiam estar “tão doentes” que estariam sem “capacidade de reação”. Mas essa hipótese não foi confirmada pelos resultados encontrados.

E, em seguida, concluíram que contrariamente aos funcionários da Tanatopraxia, os do *Call Center* carregavam, o sentimento de esvaziamento de sentido e estavam sofrendo seus efeitos negativos (Pontes, Cordeiro, & Silva, 2006, p.54).

A partir desse primeiro estudo, levantamos a seguinte hipótese: se melhorias nas condições de trabalho não são suficientes para impedir o adoecimento, então a variável a ser pesquisada deveria ser a organização do trabalho. Seria possível identificar, na organização do trabalho desses setores, elementos que pudessem nos permitir compreender a dinâmica de construção de patologias no mundo do trabalho? Estávamos diante do cerne dos temas tratados no âmbito da SM&T ao questionarmos sobre os possíveis mediadores na relação

trabalho/sujeito-trabalhador suscetíveis de provocar danos à saúde do trabalhador: Condições de trabalho? Organização do trabalho? Sentido do trabalho?

Algumas questões emergiram a partir daí. Como os trabalhadores do setor da tanatopraxia enfrentam as condições insalubres às quais estão submetidos? E, ainda, como os trabalhadores do setor de *Call Center* enfrentam o fato de terem de seguir os scripts, condições rígidas para a execução de sua atividade? O que cada tipo de trabalho mobiliza de fato nesses trabalhadores? Qual o significado do trabalho para esses trabalhadores? Existe ou não relação entre os processos de estresse apontados pela pesquisa de Pontes, Cordeiro e Silva (2006) no *Call Center* e as atividades de trabalho? Se existe, como demonstrá-la? Enfim, quais seriam as diferenças essenciais entre os dois setores e que poderiam nos ajudar a compreender os primeiros achados?

Tudo isso nos pareceu suficientemente instigante para motivar a presente pesquisa. Poder responder a essas questões é poder contribuir para uma psicologia do trabalho que leve em consideração a relação entre processos de trabalho e subjetividade, o que possibilitaria sugerir transformações possíveis nas atividades de trabalho desses trabalhadores (Oddone, Re, & Brainte, 1981).

Para pesquisar sobre esses temas, adotamos como ponto de partida a definição proposta por C. Dejours (1992) a respeito de condições e organização do trabalho. Como categorias que compõem a organização do trabalho, o autor cita a

[...] divisão do trabalho, isto é, a divisão das tarefas entre os operadores, os ritmos impostos e os modos operatórios prescritos, mas também e, sobretudo, a divisão dos homens para garantir a divisão de tarefas, representada pelas hierarquias, as repartições de responsabilidade e os sistemas de controle (Dejours, 1992, p.10).

Em outro momento de sua obra, Dejours (1992, p.25) acrescentou à organização de trabalho “o conteúdo da tarefa (na medida em que dela deriva), as modalidades de comando e as relações de poder”.

Por condições do trabalho, Dejours (1992, p.25) entende

[...] antes de tudo, ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude etc.), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças etc.), o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho.

O autor acrescenta ainda que os aspectos relativos ao sentido e às repercussões subjetivas do trabalho vêm, sobretudo, das dimensões relativas à organização do trabalho. Em

outros termos, enquanto os elementos que compõem as condições de trabalho atingem mais diretamente o corpo, aqueles que compõem a organização do trabalho atingem, sobretudo, o psiquismo (Dejours, 1992). Isso reforçou nossa hipótese de que a organização do trabalho teria a “chave” para explicar as diferenças (contradições) encontradas entre os dois setores estudados.

Em resumo, podemos dizer que é este o cenário a partir do qual construímos nosso objeto de pesquisa: de um lado, a carência de estudos, sendo a Tanatopraxia um contexto profissional ainda pouco conhecido; de outro lado, o teleatendimento, alvo de uma grande quantidade de pesquisas, como veremos neste estudo, sendo bastante conhecido, mas com poucas modificações no que concerne aos fatores de agravamento à saúde dos operadores.

1.2 O objeto, o percurso profissional da pesquisadora e a justificativa de pesquisa

O relato que segue traz um pouco do percurso profissional da pesquisadora e revela que a escolha pelo objeto de pesquisa e pelo arcabouço teórico procede de um percurso de vida no qual as atividades de trabalho estão interligadas com os processos de autoconstrução.

Formamo-nos em psicologia em 1977 e, até 1998, o consultório particular foi o lugar onde exercemos nossa atividade profissional. A formação em Psicanálise, Psicomotricidade Relacional, em terapia de grupos, adolescentes, família e casal eram até então os referenciais teóricos que subsidiavam nossa prática.

Em 1998, coordenamos um projeto de trabalho que envolvia cinquenta e dois gestores da área de recursos humanos de empresas associadas ao Centro das Indústrias da Cidade Industrial (CICI). Durante o desenvolvimento do projeto, foi possível detectar, nesses gestores, angústias, sofrimentos, fadiga, estresse, em consequência da complexidade das atividades laborais, da variabilidade do meio e de técnicas ineficazes adotadas nos seus ambientes de trabalho.

Em 1999, enquanto realizávamos a pesquisa que originou nossa dissertação de mestrado, intitulada “A inserção de tecnologias de gestão no mundo do trabalho e o estado psicológico do sujeito-trabalhador: estudo de caso numa empresa do setor metal-mecânico”, convivemos com trabalhadores imersos em angústias constantes, em conflitos deflagrados pela inserção de novas políticas de gestão do trabalho na empresa à qual pertenciam (mudança do modelo Taylorista-fordista para o modelo Japonês). Essas mudanças exigiam o trabalho em grupo (antes, com predomínio de tarefas automatizadas, específicas, qualificadas), a

participação na tomada de decisões (antes, com o saber e o poder da decisão, centralizados na chefia), provocando nesses trabalhadores alterações cognitivo-social-psicomotor-orgânico-subjetivas na maneira de realizar suas atividades (Moreira, 2000), enquanto exigiam um “deslizamento da qualificação” (Schwartz & Durrive, 2007) em direção ao uso de suas competências, de criatividade, de autonomia. Aqueles que conseguiram estabelecer estratégias eficazes seguiam sem formar sintomas, enquanto os que não eram bem sucedidos “construíam” a sua doença (Moreira, 2000).

Em maio de 2003, como membro da Comissão de Psicologia do Trabalho e Organizacional (CPTO) do Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais (CRP-MG), participamos da realização, em Belo Horizonte, de um seminário sobre Saúde Mental & Trabalho, primeiro contato com a orientadora desta pesquisa. Esse encontro contou com a participação de 600 psicólogos que, ao final do evento, preencheram um questionário sobre a atuação do psicólogo nas organizações. Dentre os dados cotados do questionário, um item chamou nossa atenção. Ele se referia aos sentimentos de dúvida, de angústia, de temor relatados pelos psicólogos sobre “suas atividades de trabalho fora da clínica”. Esse dado tornou-se significativo e nos estimulou na direção de ações de pesquisa, desenvolvimento e disseminação de estudos relacionados com a formação do psicólogo “fora do espaço tradicional da clínica”.

Nosso envolvimento foi de tal magnitude que, em 2003, solicitamos nosso desligamento do Instituto de Estudos Psicanalíticos (IEPSI), no qual fizemos nossa formação psicanalítica. Decisão considerada vital, principalmente pelo tempo de permanência (1978-2003) na instituição, pelas relações afetivas construídas e, conseqüentemente, pelas redes sociais e profissionais que foram estabelecidas nesse percurso de vida. Dessa experiência com a psicanálise ficaram as competências da escuta clínica e de buscar, em meio às falas de quem vive o conflito, a origem do sintoma.

No entanto essa “alteração de rumo” possibilitou assumirmos a coordenação geral da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia de Minas Gerais (ABEP-MG) e o nosso ingresso no Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais (CRP-MG) como conselheira do XI Plenário, período 2004-2007, quando exercemos atividades relacionadas com a Comissão de Formação Profissional e participamos de um dos projetos do Banco de Serviços em Psicologia, denominado “Apoio Psicológico ao Trabalhador em Situação de Desemprego”, patrocinado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), como coordenadora regional e como protagonista, no período de outubro de 2004 a março 2005. A concepção do

projeto decorreu da constatação de que as mudanças no mundo do trabalho geravam desemprego dos psicólogos, e tal situação produzia uma série de efeitos negativos sobre esses profissionais. A participação nesse projeto nos sensibilizou para um aprofundamento no campo da saúde do trabalhador. Por diversas vezes, durante os encontros com os sujeitos em situação de desemprego, detectamos que a condição de desempregado não decorria necessariamente de sua eventual incapacidade pessoal, embora, quase sempre, ele próprio não tivesse clareza desse fato. Isso o levava a construir uma imagem negativa de si mesmo, envolvida por sentimentos de culpa, desamparo, medo, revolta, depressão, que o conduziam quase sempre a reações de isolamento social.

Nesse período, ressaltamos o encontro com a professora Leny Sato, por ocasião de uma reunião nacional da Associação Brasileira de Ensino da Psicologia (ABEP), na qual representávamos Minas Gerais. Naquela oportunidade, encontrávamo-nos sob um significativo sentimento de isolamento profissional, não identificando pares para partilhar nossas questões teóricas e prosseguir no encalço de nossos objetivos. A pesquisa apresentada pela professora Leny Sato, bem como suas recomendações para pesquisas futuras, seu carisma, seu entusiasmo pela causa da formação profissional e pela inserção do psicólogo no mundo do trabalho, foram como “cápsulas de energia vital” e contribuíram sobremaneira para que insistíssemos na “alteração de rumo” que havíamos estabelecido para nossa vida.

Ao insistir nesse percurso, encontramos os referenciais apresentados por Lima M. (196,1998, 2000, 2002a, 2002b, 2002c, 2004, 2005, 2007a, 2007b), os quais nos conduziram aos trabalhos produzidos por Le Guillant *et al.* (1984, 2006) e Clot (2006, 2008).

Dentre esses trabalhos, ressaltamos uma entrevista⁵ sobre o método de pesquisa em Psicologia do Trabalho realizada com Clot (2006), em Florianópolis, durante o XI Simpósio da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP).

Todo esse percurso, baseado na busca pela autotransformação, na crença da inseparabilidade entre “atividade e subjetividade”, na concepção de “clínica” arraigada na nossa história de vida pessoal/profissional, constituiu-se em uma espécie de “projeto/herança” (Schwartz & Durrive, 2007, p.100) capaz de transformar questões e inquietações na proposta desta pesquisa que se insere no campo de estudos desenvolvidos na área de SM&T e voltados para a prevenção de doenças e promoção da saúde do trabalhador.

⁵ Realizada pelo Grupo de Trabalho da ANPEPP denominado “Trabalho e Processos Organizativos na Contemporaneidade”. Participaram da entrevista os professores Dulce Helena Penna Soares, Maria Chalfin Coutinho (ambas da UFSC), Henrique Caetano Nardi1(UFRGS), Leny Sato (USP), no ano de 2006.

Esta pesquisa se justifica pelo seu significado social, pela busca incessante de contribuir para o avanço do conhecimento nessa área, sobretudo no que concerne à necessidade de ampliação de práticas voltadas para a identificação e prevenção de problemas de saúde nos contextos laborais.

1.3 Estrutura da tese

Esta tese encontra-se dividida em **oito** capítulos e **cinco** partes (ver Figura 1).

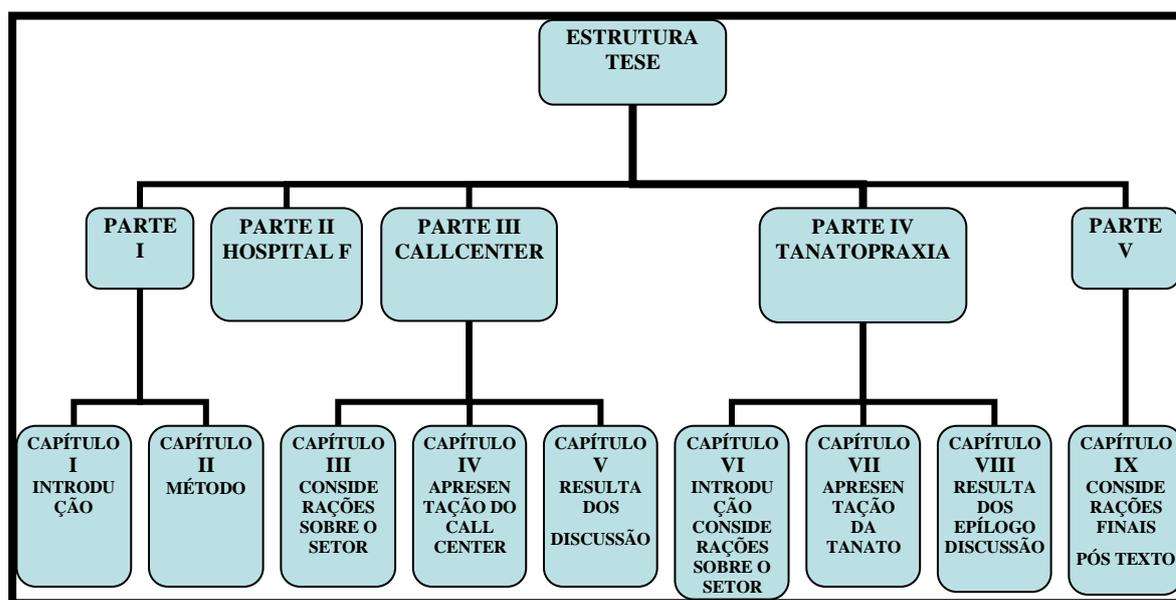


Figura 1 - Estrutura da tese

A **PARTE I** é constituída pelos **Capítulos I e II**. O **primeiro capítulo** trata da contextualização do tema, dos objetivos, da construção do objeto de pesquisa e expõe, em breve relato, o percurso da pesquisadora em sua relação com a escolha e a apropriação do objeto de estudo. O **segundo capítulo** explicita o método e os procedimentos adotados no seu desenvolvimento.

A **PARTE II** apresenta um breve histórico do **Hospital F**, campo da nossa pesquisa.

A **PARTE III** é composta pelos dados referentes ao **Call Center**. Ela é dividida em três capítulos. O **Capítulo III** ressalta a influência das transformações técnicas e tecnológicas, inseridas no ramo da telefonia, que interferiram no rendimento e controle relativos à rapidez das operações, tornando-se um dos elementos patogênicos na relação homem-trabalho. Além disso, descreve, em linhas gerais, o histórico da telefonia em Minas Gerais, com o objetivo de demonstrar que a instituição pesquisada também foi atingida por essas transformações. Informa o tempo de permanência da equipe de pesquisa no setor e os sujeitos que participaram do estudo. O **Capítulo IV** descreve o **Call Center** quanto à sua organização e

condições do trabalho, mostrando o passo a passo do conteúdo das atividades, os problemas decorrentes do confronto entre prescrito e real, trazendo o leitor para o contexto onde os fenômenos aconteceram. O **Capítulo V**, numa perspectiva etnográfica, pretende levar o leitor a conhecer o trabalhador, a partir de sua fala, do seu contar sobre sua atividade, de seus processos de subjetivação na relação com o trabalho. Este capítulo identifica fatores patogênicos que podem estar contribuindo para o adoecimento do trabalhador bem como explicita as estratégias criativas de resolubilidade para evitar esse adoecimento. Ao final desse capítulo, encontram-se elaboradas algumas reflexões teóricas sobre o vivido nesse e com esse setor.

A **PARTE IV**, segue a mesma estrutura da **PARTE III**, com os dados referentes à Tanatopraxia. Ela é dividida em três capítulos. O **Capítulo VI** faz um breve histórico da constituição da Tanatopraxia enquanto profissão, informa o tempo no qual a equipe de pesquisa permaneceu no setor e os sujeitos que participaram do estudo. O **Capítulo VII** descreve o setor de Tanatopraxia e o passo a passo das suas atividades bem como serviços que compõem os ritos funerários classificados pelas categorias organização e condições do trabalho, percorrendo com o leitor o contexto onde os fenômenos aconteceram. O **Capítulo VIII** apresenta, numa perspectiva etnográfica, como o trabalhador lida com seu cotidiano, seus processos de subjetivação na relação com o trabalho, suas estratégias criativas de resolubilidade, mas também procura identificar possíveis fatores patogênicos que possam estar contribuindo para o seu adoecimento. Logo após, foram elaboradas algumas reflexões teóricas em forma de discussão. Ao final desse capítulo apresentaremos, em forma de Epílogo, o relato da autora em uma vivência particular com o setor durante o período de pesquisa.

A **PARTE V** apresenta, em seu **Capítulo VIII**, as considerações finais e os elementos pós-texto.

II CAPÍTULO - PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa pode ser classificada como um estudo de caso empírico, qualitativo, de natureza descritiva e exploratória (Vergara, 2009).

Segundo Yin (2005, p.32), o estudo de caso é indicado quando “deliberadamente” o pesquisador quer “lidar com condições contextuais – acreditando que elas poderiam ser altamente pertinentes ao seu fenômeno de estudo”. Por meio dessa opção metodológica, buscamos testemunhar o processo que o trabalhador vive na sua atividade de trabalho, levando em consideração sua experiência tanto em sua dimensão prescritivo-formal quanto em sua dimensão real. Isso porque “supõe que se pode adquirir conhecimento do fenômeno adequadamente a partir da exploração intensa de um único caso” (Becker, 1994, p. 117).

Alertados pelas considerações de Chasin (1993, *apud* Vaisman, 2001), cuidamos para que o delineamento metodológico desta pesquisa fosse baseado em uma fundamentação ontoprática do conhecimento.

Sob o pretexto de alcançar *a priori* a certeza cognitiva, gera-se uma grave distorção no plano teórico pela qual o ente é perdido para sempre. Para evitar tal descaminho, Chasin propõe o designativo *posição ontológica*, pois com ela ‘pretende também, pelo menos, precaver contra a unilateralidade decorrente da postura gnosiológica (sempre uma forma meramente especulativa a respeito da morfologia, do funcionamento, ou seja, da organização e atividade da subjetividade), instigando e, se rigorosamente praticada, orientando com rigor a pensar as coisas em seus próprios nexos, em direção a uma totalidade mais plena de determinações. A expressão pretende, pois, sinalizar e induzir à prática intelectual de caráter ontológico, concebida em sua forma mais consistente e consequente’ (Vaisman, 2001, p.V).

2.1 Etapas da pesquisa

A pesquisa não seguiu uma linearidade em seu desenvolvimento. As etapas foram se efetivando sob o que poderíamos chamar de modelo circular de investigação (em espiral), coerente com a concepção dialética do processo de investigação ou de construção do conhecimento descrita por Mercado-Martínez e Bosi (2004). Segundo essa concepção, a pesquisa caminha sempre em duas direções, isto é, partíamos do observado, do material, dos dados do campo que eram discutidos durante as supervisões e, em seguida, retornávamos ao campo. A partir desse ir e vir, discutíamos os achados correlacionando-os com a teoria. E, quando voltávamos ao campo (segunda direção), eram realizadas ratificações e/ou retificações de percurso (Minayo, 1994; Alves-Mazzotti & Gewandsznajder, 1998).

As fases do estudo podem ser divididas em duas: a primeira, que denominamos fase de exploração empírica, e a segunda, fase de sistematização dos resultados.

2.2 O tempo de permanência no campo

	1º sem/contatos	1º sem/horas	2º sem/contatos	2º sem/horas
2009	25	59h	27	61h
2010	58	109h	40	73h
Total	83	168h	67	134h

Quadro 5 - Total de horas de observações e número de contatos realizados no setor de Call Center do Hospital F de Belo Horizonte, Minas Gerais, entre março/2009 a novembro/2010.

Fonte: Dados da pesquisa, 2009-2010.

O Quadro 5 informa que, no ano de 2009, foram realizadas 52 visitas ao setor de *Call Center*, o que corresponde a 120 horas de observação, e que, no ano de 2010, as idas a esse campo somaram 98 vezes, num total correspondente a 182 horas de observação. Assim totalizando 150 contatos realizados em 302 (trezentas e duas) horas, numa média próxima de 2 horas por contato.

De acordo com esses dados, a pesquisa cumpriu a proposta metodológica de permanecer continuamente no campo, no mínimo por quatro meses (Creswell, 2007), para atingir o objetivo de compreender a atividade do ponto de vista dos trabalhadores.

2.2.1 Primeira fase: o contato com o campo

Esta fase efetivou-se entre os meses de março de 2009 e dezembro de 2010, e sua realização foi preparada por meio de reuniões com a orientadora do projeto. De modo geral, essa preparação seguiu as considerações feitas por Minayo (2006).

A autora discorre sobre a fase de preparo/planejamento de uma pesquisa, acrescentando algumas considerações práticas a respeito da entrada do pesquisador em campo. São elas:

- a) Apresentação: destaca a importância da presença de uma pessoa de confiança do entrevistado no momento da apresentação entrevistado/entrevistador. “Nada substitui a introdução feita por alguém de confiança de ambas as partes que possa fazer a mediação entre o pesquisador e seus interlocutores” (Minayo, 2006, p.264).

Essa apresentação foi feita por um ex-aluno nosso de pós-graduação lato sensu e autor da pesquisa motivadora desta tese, que trabalhava, em 2009, início da pesquisa, no setor de Recursos Humanos do Hospital F.

b) Menção do interesse da pesquisa:

O investigador deve discorrer resumidamente sobre o seu trabalho para o entrevistado e, também, dizer-lhe em que o seu depoimento pode contribuir direta ou indiretamente para a pesquisa (como um todo, para a comunidade e para o próprio entrevistado). Ainda é importante mencionar e referenciar a instituição à qual o pesquisador está vinculado (Minayo, 2006, p.263).

Os contatos iniciais mediados por esse funcionário resultaram no encaminhamento do projeto para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital F, no qual obtive sua aprovação no dia 13 de fevereiro de 2009, sob o registro CEP: 011/2009 (Anexo 1).

c) Apresentação de credencial institucional: hoje, sobretudo em caso de pesquisas em equipe, o coordenador costuma escrever uma carta introdutória em papel institucional timbrado, na qual todos os aspectos principais da pesquisa são mencionados.

Esse procedimento foi realizado e fizemos um crachá (ver Figura 2) para cada um dos componentes da equipe de pesquisa para a respectiva identificação junto ao Hospital F.



Figura 2 - Crachá de identificação da equipe de pesquisa
Fonte Arquivo Particular, 2009.

d) Explicação dos objetivos da pesquisa: deve ser feita em linguagem de senso comum, em respeito àqueles que não dominam, necessariamente, os códigos científicos.

Todos os participantes foram devidamente informados quanto aos objetivos da pesquisa e quanto ao uso de cada instrumento de coleta de dados. No entanto, esse procedimento teve de ser repetido durante todo o período da pesquisa. De início, pensávamos que a de troca de turnos, os processos de admissão (principalmente no setor de *Call Center*), a falta de clareza nas explicações faziam com que os trabalhadores abordados, nos dissessem desconhecer a pesquisa e seus objetivos. Mas a repetição do procedimento fez com que chegássemos à conclusão de que somente após o contato pessoal com os pesquisadores é que

os trabalhadores se apropriavam do significado e do valor da pesquisa e estabeleciam uma relação de transferência positiva e mais próxima com os pesquisadores.

- e) Justificativa da escolha do entrevistado: deve-se explicar em que ponto e por que o funcionário foi selecionado para ser observado e/ou entrevistado.

Nos processos de coleta de material para a elaboração das narrativas, ao entrevistado eram explicados os motivos da pesquisa e o porquê de sua escolha. Constatamos apenas uma situação de recusa a participar. Segundo o trabalhador, ele estava cansado e não tinha condições para falar naquele momento. No entanto, ao longo da pesquisa e em outros momentos, ele se mostrou disponível.

- f) Garantia de anonimato e de sigilo sobre os dados: deve-se aclarar para o entrevistado que sua contribuição fazia sentido para o conjunto do trabalho, e que ele não seria identificado pessoalmente.

A todos foi garantido o sigilo sobre os dados coletados com gravador, em entrevistas individuais e com o diário de campo.

- g) Conversa inicial: também denominada “aquecimento”. Visava à “quebra do gelo”. Era necessário perceber se o entrevistado tinha disponibilidade para dar informações e criar um clima o mais possível descontraído de conversa (Minayo, 2006, pp.263-264).

A “conversa inicial”, nem sempre a primeira em termos cronológicos, mas inicial principalmente quanto ao processo de aproximação, foi constante em todo o processo de pesquisa e exigiu maior aproximação, aquisição de confiança, estabelecimento de vínculos.

2.2.1.1 Técnicas de coleta de dados⁶

Yin (2005, pp. 125-134) nos orienta que, para a realização de um estudo de caso, três princípios devem ser seguidos na coleta de dados: utilizar várias fontes de evidências, criar um banco de dados para o estudo e manter o encadeamento das evidências. São eles:

- a) Utilizar várias fontes de evidências - para atender a esse princípio, utilizamos como fonte de evidências as observações das situações de trabalho, os relatos dos participantes, os relatos dos pesquisadores e as informações contidas nos documentos da instituição.

⁶ No projeto inicial, incluímos a entrevista de profundidade, mas não foi possível completar essas entrevistas em tempo para a apresentação desta tese, devido à não disponibilidade dos entrevistados em prosseguir com a coleta de dados ora por ter sido demitido, como no caso do *Call Center*, ora por ter-se afastado para tratamento de saúde, como no caso da Tanatopraxia.

- b) Criar um banco de dados para o estudo - esse princípio foi cumprido por meio dos registros obtidos nos diários de campo, nas gravações das entrevistas e nos documentos da instituição.
- c) Manter o encadeamento das evidências - para tal, utilizamos o método qualitativo de análise de conteúdo (Bardin, 2010), que será explicitado na segunda fase da pesquisa relativa à sistematização dos dados.

E, Thiollent (1980) reforça que a coleta desses dados em “rede”, isto é, através de várias técnicas, propicia a oportunidade de uma interpretação mais profunda e dinâmica do fenômeno estudado.

No caso particular da organização do trabalho, ou de qualquer outro tipo de organização social, nem todos os fenômenos podem ser vistos, no sentido de uma observação imediata [...] a obtenção de dados, nesse contexto, não é um processo imediato entre observador e realidade observada, mas um processo em rede (Thiollent, 1980, pp.76-7).

E ainda, a utilização da **abordagem narrativa** como um dos procedimentos de coleta de dados se justifica por seu amplo uso no campo das ciências humanas, principalmente no que se refere à “crescente consciência do papel que o contar histórias desempenha na conformação de fenômenos sociais” e por tratar-se de “um processo elaborativo, que permite [...] fazer aparecer os automatismos, as evidências e as escapatórias usuais” (Jovchelovitch & Bauer, 2002, p.90).

Além disso, ela é indicada quando “não se dispõe de suficiente informação sobre certos aspectos que interessa pesquisar, ou quando não se pode obter a informação mediante outras técnicas” (Soriano, 2004, p.153).

Para Sève (1969), as narrativas são fontes ricas de conhecimentos sobre os modos sociais de individualização e suas mudanças no tempo. Então, quando o pesquisador utiliza a entrevista narrativa, ele tem por “ideia básica reconstruir acontecimentos sociais a partir da perspectiva do informante”. [...] “O sentido não está no ‘fim’ da narrativa; ele permeia toda a história.” [...] “Por isso a narrativa não é apenas uma listagem de acontecimentos, mas uma tentativa de ligá-los, tanto no tempo, como no sentido” (Jovchelovitch & Bauer, 2002, pp.90-93).

De modo geral, a entrevista narrativa fornece dados básicos para “uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações” (Gaskell, 2002, p.65), em relação aos atores sociais e contextos sociais específicos (Cervo & Bervian, 1996, Machado, 2002,

Minayo, 1994, 2006; Poupart *et al.*, 2008, Richardson, Peres J., Wanderley, Correia, & Peres M., 1999; Soriano, 2004).

A escolha por esse método teve por finalidade apreender os comportamentos concretos dos indivíduos como sendo culturalmente construídos e interpretados (Beaud & Weber, 2007); compreender como os sujeitos-trabalhadores veem o mundo e organizam seu cotidiano (Minayo, 2006; Beaud & Weber, 2007) e, ainda, por outro lado, examinar e integrar quatro níveis de dados: a) o que as pessoas diziam sobre o que acreditavam, o que pensavam ou o que faziam; b) o que as pessoas de fato faziam; c) o que as pessoas realmente pensavam ou acreditavam; e, d) o contexto destes três pontos.

Essa construção é guiada pelos objetivos de desvelar a trama construída na relação sujeito-atividade de trabalho, bem como de estabelecer a relação com processos saúde-doença construída por esse sujeito e ainda de explicitar as estratégias que esse sujeito instituiu para lidar com eventuais fatores patogênicos presentes na situação.

Assim, a definição das técnicas de coleta de dados exigiu uma reflexão em torno de alguns pressupostos durante os encontros de supervisão:

- a) A categoria trabalho, considerada como fundante, isto é, como a base a partir da qual se agrega uma nova forma de ser aos seres anteriormente existentes (Chasin, 1993, p.9).
- b) A compreensão do ser humano como um ser social, consciente, “autoposto, não criado por alguém, nem pela natureza, nem por alguma entidade transcendental”. “Tornado homem por meio do trabalho, peça estruturante, ontologicamente falando, do ser social” (Chasin, 1993, pp.9-10).
- c) A subjetividade como uma instância que se realiza, tendo o trabalho como um mediador por excelência, é objetiva (Chasin, 1993, p.18), ou seja, é por meio do trabalho, na materialidade objetiva, que o homem realiza e expressa sua subjetividade.
- d) A necessidade de observação, de aproximação da atividade, de tentar compreendê-la “enquanto se desenrola” (Assunção & Lima F., 2003; Clot, 2006, 2006a, 2010; Guérin *et al.*, 2001; Schwartz & Durrive, 2007, 2010).
- e) A necessidade de registrar as descrições da situação. Como citado por Cervo e Bervian (1996, pp.49-50), a observação “por meio do contato direto e prolongado

do pesquisador com a situação que está sendo investigada”: o registro, a análise, a correlação dos fatos permitem compreender “os fenômenos segundo a perspectiva do participante da situação foco, bem como conhecer as diversas situações e relações que ocorrem no seu cotidiano de trabalho”.

- f) O pressuposto de que o “meio é sempre infiel” (Canguilhem, 2007; Schwartz & Durrive, 2007, 2010). Não se consegue alinhar o trabalho prescrito com o trabalho real de maneira que o programado, o predeterminado, o técnico sejam efetivados em sua totalidade. Não se consegue a garantia de que as variáveis do meio ambiental, do comportamental, do meio técnico, possam agir como o programado. Em outros termos, a “atividade real analisada nunca é a atividade prevista para a análise” (Clot, 2006, p.133).
- g) O pressuposto de que, para não cair num processo de alienação, o sujeito-trabalhador busca incessantemente não repetir de maneira automatizada suas atividades (Clot, 2010), utilizando-se de estratégias próprias, mobilizando seu potencial criativo.

Para conhecer as atividades dos trabalhadores, era necessário que permanecêssemos um período superior a quatro meses (Creswell, 2007) no *Call Center* e na Funerária do Hospital F em diversos horários e dias da semana, de modo que pudéssemos observar a maior variedade possível de situações e manter os participantes envolvidos. Para isso, foram incluídos na pesquisa 35 estudantes (3 homens, 8,57%, e 32 mulheres, 91,43%), em uma média de 8 a 9 estudantes por semestre, do nono e décimo períodos do curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Eram alunos do Estágio Supervisionado em Saúde Mental e Trabalho, coordenado pela professora Maria Elizabeth Antunes Lima. A participação estava condicionada à matrícula semestral da disciplina no curso. Assim, a cada semestre, verificávamos quais alunos continuariam e, caso saísse algum, era uma oportunidade de abrir a vaga e contar com a presença de novo(s) aluno(s). Portanto, a cada semestre, o grupo era parcialmente renovado, o que exigia retomarmos o projeto, mas, por outro lado, a entrada de um novo membro trazia a possibilidade de novas visões e questionamentos a respeito do campo e da pesquisa.

De modo geral, no início de cada semestre, eram realizadas:

- a) A divisão da turma foi feita em duplas de observação, buscando-se minimizar processos de projeção e interpretações subjetivas que poderiam alterar os dados, e por outro lado, favorecendo a interlocução entre os pares a respeito dos achados.
- b) A definição ou redefinição do campo. Identificavam-se os setores que seriam envolvidos na pesquisa e contatados os chefes e/ou responsáveis pela aprovação do desenvolvimento da atividade no campo definido⁷.
- c) A explicação e a sensibilização dos chefes, responsáveis e trabalhadores para o desenvolvimento da atividade proposta. Retomávamos o projeto matriz e realizávamos a explanação dos seus princípios, de seus objetivos para todos os que estavam envolvidos. Esse procedimento mostrou-se indispensável para a nossa permanência no campo. Por meio dele, eram refeitos os vínculos, aprofundados os acordos e reforçadas as determinações para o trabalho.

A partir desses pressupostos e definidos os critérios de organização e sistematização da coleta, nossa escolha recaiu sobre os seguintes métodos: a) observações clínicas do trabalho; b) entrevistas de autoconfrontação; b) pesquisa documental. Faremos, a seguir, breves considerações sobre essas técnicas.

2.2.1.2 Observações clínicas do trabalho

Por observações clínicas das atividades de trabalho entendem-se, as observações realizadas pelo pesquisador, de modo que a elucidação das situações é feita pelos próprios trabalhadores (Le Guillant *et al.*, 2006). Ao acompanhar de perto o desenrolar dessas atividades, em acordo com a proposição de que “o analista do trabalho é precedido no ‘campo’ por aqueles que nele vivem” (Clot, 2006, p.127), o pesquisador amplia suas possibilidades de compreensão sobre a atividade realizada, e conseqüentemente, potencializa possíveis ações de transformação. As observações clínicas podem fazer uso da observação livre e da observação sistematizada para atingir seus objetivos.

A observação livre é uma “abordagem mais imediata da atividade”, que “pode ser realizada de maneira aberta por ocasião das primeiras visitas ao posto de trabalho” (Guérin, Laville, Daniellou, Durraffourg, & Kerguelen, 2001, p.143). As observações livres foram

⁷ Por exemplo, começamos com um estudo exploratório no setor de Tanatopraxia, mas questões sobre a logística de recursos materiais necessários à finalização do processo de sepultamento nos levaram a outros campos, como almoxarifado (setor responsável pela compra dos materiais), floricultura, transporte, setor de fechamento de contratos de sepultamento (agentes funerários). No *Call Center*, essa necessidade não se revelou porque as atividades se desenvolviam em um mesmo local.

realizadas por meio de visitas ao campo, sendo os dados registrados em um diário de campo. A releitura dessas anotações apontava, geralmente, para a necessidade de retorno ao campo, para a formulação de questões a serem aprofundadas, bem como para planejar as observações sistemáticas.

As observações sistemáticas têm como “foco a coleta de certas categorias de informações com objetivos precisos” (Guérin *et al.*, 2001, p.143). Elas foram utilizadas quando detectávamos a necessidade de compreender a vinculação dos fatos pesquisados às suas representações. Contribuíram também para a identificação das contradições entre as regras e as normas, entre o dito pelo trabalhador e o discurso institucional, entre a explicitação/conscientização da vivência diária experimentada pelo grupo e a maneira como a instituição observada relatava o mesmo fato (Minayo, 1994).

O risco de provocar alterações significativas no comportamento dos indivíduos observados foi atenuado por meio da permanência prolongada dos pesquisadores no campo, sendo que, em todos os momentos, tínhamos como alvo a aproximação com os sujeitos a fim de apresentar os objetivos pretendidos e estabelecer elos de confiança, como sugerido em Assunção e Lima F. (2003) e Vasconcelos (2002).

No entanto, jamais tivemos a pretensão de neutralidade; ao contrário, estávamos cientes de que nossa presença afetava os sujeitos observados e, até mesmo, nós nos aproveitávamos desse fato para avançar na compreensão de certos aspectos identificados no campo, como por exemplo, quando iniciávamos as observações no turno da noite no *Call Center*. Nesse turno, o trabalho dos operadores não era supervisionado diretamente como no diurno, o fluxo e a quantidade de ligações eram menores, o que dava a eles a oportunidade de sair do prescrito, como por exemplo, conversar com o colega. Assim, quando nos propúnhamos a acompanhar o trabalho de um deles, os outros, num tom de brincadeira, diziam que “*agora queriam ver*” como o operador observado iria se comportar. Entrando no tom da brincadeira, apresentávamos uma questão: “*Como vocês fazem quando não estamos aqui?*” Essa questão provocou relatos diversos, espontâneos e feitos num clima descontraído, gerando ainda uma maior aproximação entre a equipe de pesquisa e os operadores, além de produzir informações inesperadas e sempre enriquecedoras para a compreensão daquela situação de trabalho.

2.2.1.3 As entrevistas de autoconfrontação

Partindo da tese de que a atividade não pode ser reduzida simplesmente ao que se consegue observar (Assunção & Lima F. 2003) e visando à busca por explicitações das razões dos comportamentos e atitudes do trabalhador diante das situações de trabalho, a etapa da autoconfrontação dos dados colhidos nas entrevistas e observações é uma estratégia importante para elucidar dados (Bosi, 1987, 2004; Daniellou, Laville, & Teiger, 1989; Guérin *et al.*, 2001; Lima F., 2000).

Para os momentos de autoconfrontação, voltávamos ao campo, explicitávamos nossas questões e solicitávamos aos participantes que fizessem críticas, comentários, correções. Por meio desse exercício, os trabalhadores confrontavam-se ora com o material transcrito, ora com a experiência vivida por/entre eles, o que permitiu a construção, via processo iterativo, da versão final a ser analisada.

Sob esse ângulo, a utilização da autoconfrontação buscou reduzir o espaço (as interferências subjetivas) entre o que foi dito pelos participantes sobre o significado da sua experiência e o significado da experiência em si (Clot, 2006).

Dessa maneira, pôde-se adquirir um conhecimento caracterizado por um “*feedback* permanente de todos os elementos entre si, portanto um conhecimento mais profundo e objetivo”, “graças às intersubjetividades” possíveis de uma interação (Ferrarotti, 1990b, pp.56-7). Pôde-se também identificar “ideias; crenças; maneiras de pensar; opiniões; sentimentos; maneiras de sentir; maneiras de atuar; condutas; projeções para o futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos” (Minayo, 2006, p.262).

Cabe esclarecer, no entanto, que essas técnicas, embora claramente inspiradas na análise ergonômica da atividade (AET), não pretendem se igualar a ela, uma vez que não foram cumpridas todas as etapas necessárias para que tal análise se efetivasse, além de não possuímos a formação na área.

2.2.1.4 A pesquisa documental

A pesquisa documental englobou informações referentes à instituição, aos setores, à organização e ao conteúdo da atividade de trabalho. Os dados obtidos serviram de base para a elaboração dos percursos históricos (referentes à vida humana ou relacionados à instituição)

apresentados neste estudo e para a identificação e nomeação de dados que tornam mais inteligíveis os fenômenos observados.

Os dados documentais foram recolhidos de fontes relacionadas ao processo de construção histórica da atividade pesquisada, citados nos documentos da própria instituição. Eles foram selecionados e analisados em relação à sua importância e pertinência para a pesquisa.

2.2.1.5 Instrumentos de coleta de dados

Os princípios do estudo de caso citados anteriormente e a complexidade do problema investigado foram determinantes para que definíssemos pela integração de diferentes técnicas de coleta de dados. Era preciso alcançar “o mais amplamente possível as dimensões concretas da situação de trabalho” para que fosse possível compreender “os seus impactos sobre os indivíduos” (Lima M., 2002a, p.128).

Essa estratégia metodológica ratifica o citado por Lima M. (2002a, p.125), ao afirmar que somente após “decifrar” uma situação/objeto e “conhecê-la em todos os seus matizes é que estaremos efetivamente de posse de um método”.

Utilizamos como recursos na coleta de dados gravadores e registros transcritos em diários de campo com a finalidade de garantir a qualidade e a fidedignidade dos registros, para processos posteriores como análise, categorização e cruzamento dos dados. Toda a coleta foi feita com autorização dos participantes.

Semanalmente, eram realizados encontros/supervisão com os alunos envolvidos na pesquisa, a orientadora do projeto e a pesquisadora. Nesses momentos desenvolviam-se discussões sobre o conteúdo, as condições e a organização do trabalho, os relatos dos trabalhadores, bem como eram analisadas as estratégias utilizadas por eles para lidar com as dificuldades. Eram também discutidos os impactos do campo nos pesquisadores, isto é, os afetos suscitados por ele, as dificuldades enfrentadas etc.

Enfim, durante e após cada sessão de supervisão, esses dados processados/discutidos eram remetidos aos referenciais teóricos, ocorrendo, assim, um movimento de ir e vir entre a coleta dos dados e a teoria – modelo circular de investigação (Mercado-Martínez & Bosi, 2004).

Elaboramos relatórios semanais, semestrais e anuais. Primeiramente, esses relatórios eram individuais, e, após a supervisão e a confrontação entre pares, eles se tornavam um

único relatório semanal, “síntese” das observações compartilhadas pela dupla, o qual era encaminhado para um banco central de dados. Todos os dados (rascunhos e relatórios semanais) foram arquivados para consulta. Ao final de cada semestre, retomávamos os relatórios semanais. Cruzávamos dados, relacionando-os com o *corpus* teórico e elaborávamos uma síntese final dos principais pontos observados complementados com o referencial teórico estudado durante o semestre. O mesmo processo era realizado para a elaboração do relatório síntese anual por setores (*Call Center* e *Tanatopraxia*).

2.2.2 Segunda fase: sistematização dos dados

Esta fase foi iniciada em março de 2011 e culminou com a elaboração do texto final da tese (2013), mas a equipe retornou ao campo, nos anos de 2011 e 2012, para conferir, ratificar e/ou retificar com os trabalhadores o que fora registrado no tempo da coleta de dados.

Os procedimentos para a sistematização seguiram a metodologia da análise qualitativa de conteúdo de Bardin (2010).

Bardin (2010, p.44) designa o termo análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) desta mensagem.

Todo material coletado, base empírica que sustenta esta tese (relatórios semanais, semestrais e anuais; bem como os dados obtidos por meio do gravador e/ou narrativas registradas), foi submetido a novas leituras para a realização da análise do conteúdo que se organizou “em torno de três polos cronológicos: a) pré-análise (organização propriamente dita); b) a exploração do material (codificação, decomposição ou enumeração); c) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação” (Bardin, 2010, p.121).

Na exploração do material foi realizado o processo de categorização definida por Bardin (2010, p.145) como

uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos.

Esse processo “comporta duas etapas: a) o inventário (isolar elementos) e b) a classificação (repartir os elementos e, portanto procurar ou impor certa organização às mensagens)”.

E, ainda, deve ter as seguintes qualidades:

- a) exclusão mútua – “cada elemento não pode existir em mais de uma divisão”;
- b) homogeneidade – “cada conjunto categorial só pode funcionar com um registro e com uma dimensão de análise”;
- c) pertinência – “cada categoria deve estar adaptada ao material de análise escolhido, e pertencer ao quadro teórico definido”;
- d) objetividade e fidelidade – “as diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha categorial, devem ser codificadas da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias análises”;
- e) produtividade – “fornecer resultados férteis: férteis em índices de inferências, em hipóteses novas e em dados exatos” (Bardin, 2010, pp.146-8).

Assim, a classificação dos elementos em categorias impôs a investigação do que cada um deles tinha em comum com outros.

Para atingir o objetivo de realizar um estudo comparativo e diante da natureza diversa dos campos, optamos pelo critério de categorização por “caixas” (Bardin, 2010), fundamentado em construtos teóricos, o qual possibilita encontrar pontos comuns entre os elementos e agrupá-los de acordo com esses construtos.

Os resultados foram então agrupados de acordo com as categorias teóricas descritas por Dejours (1992): organização e condição de trabalho e sentido do trabalho.

Quanto ao tratamento dos resultados, Bardin (2010, p.140) considera que ele pode ser realizado de modo “quantitativo”, ou seja, “fundamentar-se na *frequência* de aparição de determinados elementos da mensagem” ou “qualitativo”, quando “recorre a indicadores não frequenciais susceptíveis de permitir inferências; por exemplo, a *presença* (ou a *ausência*) pode constituir um índice tanto (ou mais) frutífero que a frequência de aparição”.

Optamos pelo tratamento qualitativo, sendo que, para o autor, o que caracteriza a análise qualitativa do conteúdo é o fato de a inferência (“variáveis inferidas a partir de variáveis de inferência ao nível da mensagem”) – “sempre que é realizada – ser fundada na presença do índice (tema, palavra, personagem etc.) e não sobre a frequência de sua aparição”. Em “cada comunicação individual”, essa argumentação encontra ressonância com a posição ontológica adotada na realização deste estudo.

No entanto o autor ressalta que “a análise qualitativa não rejeita toda e qualquer forma de quantificação. Somente os índices é que são retidos de maneira não frequencial” (Bardin, 2010, p.142).

Deslauriers e Kérisit (2008, p.130) afirmam que a opção pela abordagem qualitativa deve ser definida quando o pesquisador tem por objetivo “dar conta das preocupações dos atores sociais, tais quais elas são vividas no cotidiano”.

E ainda de acordo com Turato (2003), os estudos qualitativos são indicados quando os pesquisadores optam por estudar “as coisas” em seu *setting* natural, buscam dar sentido aos fenômenos (práticas e comportamentos) em termos das significações que as pessoas trazem para o ambiente de trabalho.

Assim, a escolha de uma análise qualitativa dos dados apresenta-se em consonância com a posição ontológica, definida anteriormente, e pressupõe a ideia de um sujeito que sente, age e reage às mudanças do contexto de trabalho, criando representações que se modificam na medida em que realiza sua ação (Assunção & Lima F., 2003).

2.3 Sujeitos da pesquisa

Devido às mudanças de local, demissões e *turn over* constantes, não foi possível trabalhar com uma amostra fixa. No entanto, o número de funcionários permaneceu sempre o mesmo, ou seja, 65 (100%) trabalhadores, sendo 03 (4,61%) na chefia e 62 (95,39%) na função de operadores.

Em 2009, 58 (89%) operadores (n=65) eram do gênero feminino e 7 (11%) do gênero masculino (ver Gráfico 1). Essa porcentagem se alterou durante os anos de 2009 e 2010, mas sempre com predominância do gênero feminino. Quando da contratação da Empresa ES, o cargo de supervisão geral foi assumido por uma mulher.

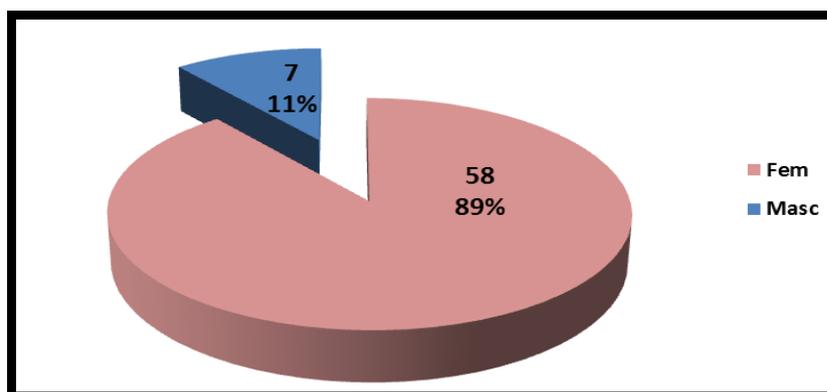


Gráfico 1 - Sexo dos operadores do Call Center do Hospital F. Belo Horizonte, 2009.

Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

Esses dados comprovam a prevalência do sexo feminino para a função de teleatendimento revelados nos estudos da ABT e PUC (2005), Barreto (2001).

Quanto à idade cronológica dos operadores, destaca-se, no Gráfico 2, que 55 (85%) funcionários estavam na faixa etária entre 20 e 29 anos, 5 (8%) na faixa entre 30 e 39 anos, 4 (6%) operadores viviam sua primeira experiência de trabalho e estavam na faixa entre 18 e 19 anos e apenas 1(1%) entre os operadores encontrava-se na faixa acima dos 40 anos de idade. Com a contratação da **Empresa ES**, a faixa etária dominante continuou sendo a de 21 a 30 anos.

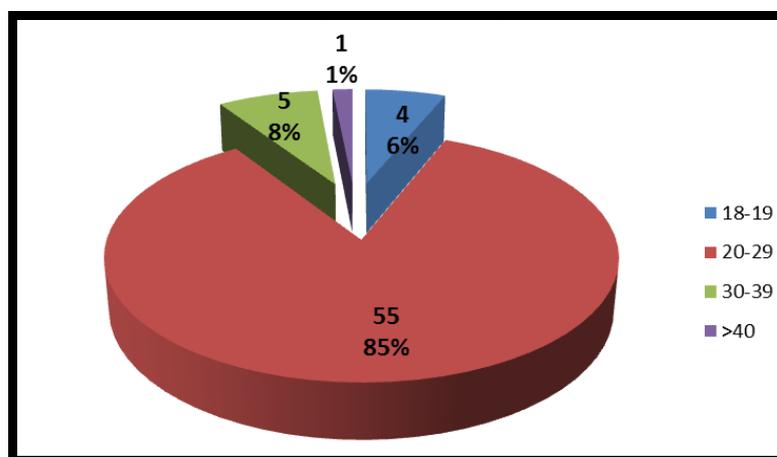


Gráfico 2 - Idade cronológica dos operadores do Call Center do Hospital F. Belo Horizonte, 2009 n=65
Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

Esses dados foram obtidos no período de gestão da empresa AD e reforçam a tese levantada pelo supervisor da empresa de que o perfil de profissionais do setor de *Call Center* é constituído por um público jovem em busca de uma oportunidade profissional, em geral, como um meio de inserção no mercado de trabalho.

“Geralmente estão no primeiro emprego, são universitários, pessoas que ainda não têm um desenho profissional formado. Normalmente são imaturos, se distraem por qualquer coisa, acham que tudo é novidade e, quando na presença de pessoas novas, querem se destacar”. (Supervisor AD).

Esses dados também confirmam aqueles encontrados em Barreto (2001), Torres (2001) e Cordeiro B. (2011), reforçando a tese de que o conteúdo de trabalho do setor mantém as características descritas por Le Guillant *et al.* (2006), ainda na década de 1950, referentes à pressão no trabalho, à estereotipia de respostas, às mudanças tecnológicas nem sempre favoráveis à saúde que uma pessoa mais experiente e em busca da qualidade de vida pode excluir de sua vida laboral.

Nesse sentido, o mercado profissional abre vagas constantemente para o público jovem que precisa vivenciar sua primeira experiência de trabalho ou para jovens estudantes que precisam de remuneração e tempo para estudar (Barreto, 2001, Gubert, 2001, Torres 2001, Cordeiro B., 2011).

A seguir, serão apresentados dados gerais da organização do trabalho, das condições de trabalho e do sentido que o operador atribui ao seu trabalho.

2.4 Apresentação dos dados

A apresentação dos resultados deste estudo aparece sob diversas formas, como segue:

- a) A forma descritiva (Poupart *et al.*, 2008) foi utilizada para expor os dados relativos à história e estrutura da instituição, à organização de trabalho dos setores, ao conteúdo das atividades de trabalho. Segundo Deslauriers & Kérisit (2008, p.130), o modo descritivo “fornece informações contextuais” e é mais “preciso” na exposição de “detalhes sobre os eventos” e para dar visibilidade aos dados que necessitaram ser quantificados, como número de horas utilizadas com a pesquisa de campo, horários, número de funcionários.
- b) A forma analítica foi escolhida para a apresentação das categorias que formarão os títulos e subtítulos que irão compor a tese.

2.4.1 Confiabilidade e validação dos dados

Para garantir a confiabilidade e a fidedignidade dos relatos, utilizamos e respeitamos as considerações teóricas e técnicas durante todo o processo de coleta e análise de dados citadas por Creswell (2007, p.207). São elas:

- a) Durante a exposição dos dados, preocupamo-nos em “fazer um relato detalhado do foco do estudo, do papel do pesquisador, da posição do informante e da base para seleção e do contexto no qual os dados foram coletados”.
- b) Usamos múltiplos métodos de coleta e a análise de dados seguiu critérios (Bardin, 2010) considerados nos meios científicos, o que “aumenta a confiabilidade e a validade interna”.
- c) Estabelecemos um diálogo contínuo (entrevistas de autoconfrontação) relativo às interpretações sobre a realidade e os significados atribuídos pelos trabalhadores, assegurando, dessa maneira, o valor de verdade dos dados.

- d) Realizamos observações repetidas e em longo prazo no local da pesquisa. Creswell (2007) sugere um prazo mínimo de quatro meses de observações regulares e repetidas no local. Ficamos continuamente no campo durante quatro semestres.
- c) Detalhamos com os membros da equipe de pesquisadores as “estratégias de coleta e análise de dados na tentativa de garantir um quadro claro e acurado dos métodos usados no estudo” (Creswell, 2007, p.207).
- d) Mantivemo-nos envolvidos com o campo em todas as fases do estudo, fosse por meio das reuniões com chefias dos setores e/ou dos encontros com os trabalhadores.

2.5 Dificuldades encontradas durante a pesquisa

As dificuldades encontradas para a realização da pesquisa foram, sobretudo, aquelas relacionadas à burocratização para a entrada no campo, aos perigos de contaminação decorrentes das atividades da Tanatopraxia, às mudanças de local e de chefia do *Call Center* ocorridas durante o período de coleta de dados, à natureza diversa dos campos, o que implicou administrar, compreender, apreender diferentes temporalidades, complexidades das atividades, inter-relações com trabalhadores.

Essas características provocaram mudanças e revisões constantes quanto ao planejamento das atividades previstas, sendo necessárias adaptações de cronogramas devido à limitada disponibilidade de tempo para efetivar a coleta de dados.

2.6 Princípios éticos

A entrada no campo e a coleta de dados foram iniciadas após o projeto ter sido aprovado pela orientadora e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital F (Anexo 1).

Foram incluídos, como participantes desta pesquisa, os profissionais que, dando sua anuência, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).

Em qualquer fase de seu processo, a pesquisa seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, citadas na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, CNS, 1996).

A pesquisa não apresentou nenhuma possibilidade de danos à integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual dos participantes, em qualquer uma de suas fases, nem tampouco em fases posteriores, decorrentes dela.

PARTE II - O HOSPITAL F⁸

I - BREVE HISTÓRICO DO HOSPITAL F

O Hospital F foi fundado ao final do século XIX e vem oferecendo serviços de assistência à saúde e assistência social a carentes ou desamparados e idosos em geral. Ele ainda compõe com destaque o cenário hospitalar histórico de Minas Gerais com seu caráter filantrópico, humanitário, com a busca de viabilizar o desenvolvimento dos cursos de Medicina e da formação de diversos profissionais da área da saúde neste estado (Santos M., 2010).

Em setembro de 1900, com a intervenção do prefeito local, o Hospital F, já preocupado com a destinação dos cadáveres, passou então “a não só a cuidar da saúde do cidadão da capital, mas, também, permitir a ele um sepultamento digno e inteiramente gratuito aos que não tinham posse” (Santos M., 2010, p.63). Estava criado o serviço funerário do Hospital F.

No entanto, a história dessa instituição hospitalar é marcada por grandes dificuldades de sobrevivência no mercado, dependente que é de doações particulares e públicas para realizar suas atividades. Em 1919, o governo estadual passou a ajudar na manutenção das despesas do Hospital F, garantindo a gratuidade no consumo de sua eletricidade. Até hoje, o Hospital F não tem como subsistir com base apenas na receita resultante de sua própria atividade.

O Hospital F teve atuação significativa no atendimento às vítimas da Revolução de 1930, que “afetou profundamente Belo Horizonte”.

Estudantes e clínicos faziam os primeiros socorros no próprio corredor [...] punham os pacientes em fila pela gravidade do caso, no caminho das salas de cirurgias de que dispunha o Hospital F. [...] As operações iam sendo feitas como possível, mal os cirurgiões tendo tempo de trocar os aventais, às vezes fazendo com os mesmos várias intervenções seguidas (Santos M., 2010, p.95).

A partir de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Hospital F passou a atender urgências e emergências por meio desse sistema.

Em 1996, foi criado o Hospital F Saúde como uma das estratégias de gerar receita para manutenção da “assistência de qualidade aos pacientes carentes”. Centenas de médicos, 34

⁸ As informações contidas neste tópico foram extraídas de documentos fornecidos pela instituição.

hospitais, 22 prontos-socorros, 40 laboratórios e algumas clínicas em todas as especialidades foram credenciados para atenderem os beneficiários do plano de saúde. Para a logística de comunicação e operacionalização do plano era necessário fazer dialogar seus arquivos, suas disponibilidades, agendas e serviços; a solução foi implantar o setor de Call Center. Este setor tornou-se atividade fundamental para a manutenção e o gerenciamento de clientes (Santos M., 2010, p.140).

Em 2001, o Hospital F lançou um “amplo programa de modernização”, sendo expandida a informatização para processos e serviços; foram instalados pararraios, investiu-se na climatização e instalação de câmeras de vídeo nas câmaras mortuárias para garantir a segurança dos procedimentos, o mobiliário foi trocado por outro mais confortável, criou-se um estacionamento exclusivo para os clientes. As áreas de recepção, preparação e ornamentação de corpos foram remodeladas. Foram oferecidos aos funcionários cursos de atualização (Santos M., 2010, p.139).

Os serviços funerários transformaram-se, então, em um dos mais bem equipados do país, responsabilizando-se, “por força de contrato com a Prefeitura da capital, pela gratuidade dos serviços fúnebres dos carentes de Belo Horizonte”. Esses serviços, atualmente, são desenvolvidos em uma área de 2.000m², com espaço de 500m² reservado para áreas verdes e para estacionamento (Santos M., 2010, p.139).

Em 2009, com autorização da alta gerência do Hospital F, foi lançado o “Projeto 1000 Leitos SUS”, com o objetivo de disponibilizar 1.085 leitos para a população, transformando a instituição em “Hospital 100% SUS”.

No ano de 2010, com 111 anos de existência, o Hospital F possuía 3649 colaboradores e 1206 médicos. Em média, circulavam diariamente nas suas dependências cerca de 13.000 pessoas para consultas, exames, cirurgias, procedimentos vários.

Para atender toda a demanda de pacientes, acompanhantes e colaboradores, o Serviço de Nutrição e Dietética (SND) serviu, no ano de 2009, 3.477.588 refeições. O setor de lavanderia processou e lavou, no mesmo ano, 1.143.909 quilos de roupa (Santos M., 2010, p.129).

Assim, “com apoio da população e graças aos esforços de seus dirigentes, amparado pelo poder público, dentro das possibilidades do erário” (Santos M., 2010, p.51), o Hospital F foi ampliando-se.

Em 2012, o complexo hospitalar já possuía Centro Cirúrgico, Centro de Diagnóstico, CTIs Adulto e Infantil, Centro de Transplantes, Centro de Hemodiálise, Centro de

Especialidades Médicas, Clínica dos Olhos, Instituto de Ensino e Pesquisa, Laboratórios, Tratamento Cirúrgico de Obesidade, Farmácia Central, Hemodinâmica, Apoio Material e Espiritual (trabalho voluntário realizado por 155 senhoras com o objetivo de prestar auxílio a pacientes carentes internados ou que buscavam tratamento ambulatorial), Maternidade, Instituto Geriátrico, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, a Funerária e o Hospital F Saúde.

Dentre essas atividades, destacaremos a seguir dois serviços que constituíram os campos da nossa pesquisa: o Hospital F Saúde, representado aqui pelos serviços do *Call Center* e o campo da Funerária, representado pelos serviços de tanatopraxia e necromaquiagem.

PARTE III - A PESQUISA NO CALL CENTER DO HOSPITAL F

III CAPÍTULO – CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O SETOR

Neste capítulo, abordaremos o trabalho de pesquisa realizado por nossa equipe no *Call Center* do Hospital F. Antes, porém, faremos algumas considerações acerca das transformações técnicas e tecnológicas que causaram fortes impactos nos serviços de telefonia e teleatendimento, em geral, gerando profundas mudanças no desempenho e modos de gestão das atividades exercidas pelas Companhias de Telefonia e Teleatendimento no estado de Minas Gerais, desde a década de 1990.

Como efeito desse impacto, observou-se considerável aumento do controle referente à rapidez das operações desenvolvidas pelos operadores e à forte pressão das empresas sobre seus empregados para ampliarem o número de atendimentos aos clientes, diminuindo para estes o tempo de espera, e para melhorarem a qualidade do serviço que prestavam.

Além dessas considerações, apresentaremos os resultados de algumas pesquisas feitas nos setores de telefonia e de teleatendimento, as quais apontam elementos patogênicos inerentes às atividades dos trabalhadores de empresas dessas duas áreas.

Concluimos ser importante esta exposição preliminar em razão da influência que todas essas transformações exerceram nas empresas de *Call Center* de que tratamos neste trabalho.

3.1 Transformações técnicas e tecnológicas

Segundo a ABT (2013), o telefone começou a ser utilizado para fins comerciais, com destaque na área de vendas, em Berlim, por volta de 1880, mas foi nos anos 70⁹ que as ações de marketing passaram a ser executadas por telefone, dando origem ao termo “telemarketing”. Mais tarde, o termo passou também a identificar os Serviços de Atendimento ao Cliente (SAC). “No Brasil, no final dos anos 80, as filiais de multinacionais, cartões de crédito, editoras e as operadoras de telefonia incentivaram seu uso, estas últimas com a finalidade de aumentar o tráfego de ligações” (ABT, 2013).

As transformações técnicas e tecnológicas na telefonia e no teleatendimento vêm ampliando e diversificando os meios de comunicação e informação, que se foram tornando

⁹ A primeira grande campanha de marketing executada por telefone foi lançada pela Ford Motor Company nos anos 70 (ABT, 2013).

cada vez mais rápidas e de custos mais reduzidos. De acordo com Salomon, Sagasti e Sachs-Jeantet (1993), Castells (1999), Vilela & Assunção (2004), Vilela (2005), Sinttel (2006), Vilela & Assunção (2007), a partir dessas transformações, consegue-se, numa velocidade cada vez mais próxima do tempo real, atingir um número maior de pessoas pelo mundo.

De acordo com a Associação Brasileira de Telesserviços¹⁰ (ABT, 2013),

a acelerada expansão da atividade, iniciada no final da década de 90 com a privatização das empresas de telecomunicação, e a maior facilidade no acesso a linhas telefônicas pelo consumidor fizeram do país um dos principais polos de prestação de serviços por telefone do mundo.

Na década de 90, os locais que prestavam serviços de telemarketing ficaram conhecidos como “centrais de telemarketing”. O final do século XX foi marcado pela expansão das telecomunicações, por ações de privatização, pelo desenvolvimento da informática, pelo lançamento do “Código de Defesa do Consumidor”, pelas “mudanças em costumes culturais” fundamentais para o surgimento dos *Call Center* (ABT, 2013).

Com a chegada da internet aos *Call Centers*, no início dos anos 2000, as empresas puderam ampliar seus contatos com os clientes e surgiram os *Contact Centers* – “também conhecidos como Centrais de Relacionamento, com o objetivo de cativar e fidelizar clientes”. (ABT, 2013). Esses serviços possibilitaram às empresas brasileiras oferecer às empresas estrangeiras serviços qualificados. Nos últimos anos este setor alcançou 235% de crescimento, tornando-se um dos maiores empregadores do país.

Para a ABT (2013) a correlação entre “**o crescimento do telesserviço**”, os **investimentos** no desenvolvimento de outros setores agregados como “tecnologia” (estrutura de telefonia e atendimento, *softwares* e *hardwares*), “**mobiliário e arquitetura**” (necessários à estruturação de grandes centros de atendimento), “**recursos humanos**” (consultorias, empresas de recrutamento ou de treinamento de pessoal, cursos de especialização, MBAs em *Call Center* ministrados em instituições universitárias) e a ampliação da **geração de empregos**, aumentou e ainda contribuiu significativamente para o “faturamento” das empresas.

Esse crescimento incentivou a ABT a realizar em 2005, em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Administração da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, um estudo denominado *Global Call Center Industry Project* com o objetivo de “radiografar o

¹⁰ Fundada em 1987, iniciou suas atividades como Associação Brasileira de Telemarketing. A partir de 2010 mudou seu nome para Associação Brasileira de Telesserviços devido à incorporação de suas centrais de atendimento e empresas fornecedoras de soluções e de tecnologia. A função da ABT é acompanhar o crescimento e a profissionalização da atividade, investir em capacitação, autorregulamentação e ética.

setor de *Call Center* do Brasil”. Os resultados mencionaram a expectativa de que “60 mil novos empregos seriam criados em 2006, totalizando 675 mil trabalhadores”. A pesquisa destacou

como **principal setor contratante** de *Call Center* o setor dos serviços financeiros, seguido pelos de varejo, telecomunicações, seguros, saúde e editora/gráfica; mais da metade dos *Call Centers* (76%) foram implantados após o **processo de privatização** do setor de telecomunicações, em 1998, mostrando que o ambiente mais competitivo permitiu a redução nos custos de implantação; cerca de 80% das centrais de atendimento estão no **eixo São Paulo – Rio de Janeiro**, mas há presença significativa também na região Sul (5%); em **tamanho**: 25,4% dos *Call Centers* têm mais de 500 posições de atendimento (PAs); 24,6% têm entre 100 e 500 PAs e 50% têm mais de 10 PAs, mostrando que há espaço no mercado para diferentes tipos de empresa; na hora de **conquistar clientes**, a estratégia mais utilizada pelos *Call Centers* é a entrega de um serviço diferenciado (63%); a grande maioria dos operadores é composta por **mulheres** (76,8%); o tempo médio inicial de treinamento observado na amostra é de 4,4 semanas. Nos *Call Centers* próprios essa média é de 5,4 semanas e nos terceirizados é de 3,5 semanas. Do total de operadores, 74% possuem o **2º grau**; 22%, curso superior (ABT & PUC-SP, 2005, p.).

Esses dados podem ser confirmados pelas pesquisas de Assunção, Marinho-Silva, Vilela e Guthier (2006, p.50) e Nogueira e Bastos (2007). Os autores afirmam que, nas décadas de 90 e 2000, a expansão das empresas de telefonia e, conseqüentemente, da indústria de *Call Centers* foi evidente no Brasil e que “a venda direta ao consumidor via *telemarketing*, tanto ‘receptivo’ quanto ‘ativo’, tornou-se o carro chefe de grande número de empresas em todo o mundo”.

Conseqüentemente, as “Centrais de Atendimento”, nos dias de hoje, são “o ‘cartão de visita’ das instituições”, “as representantes expressivas” do atendimento a “um público altamente diferenciado, que pode abranger todos os segmentos da sociedade, tendo em vista a diversidade dos campos de atuação das telecomunicações”, e têm como funções “a transmissão, o armazenamento e a atualização de grande e diversificada quantidade de informação” (Gubert, 2001, p.100).

Cordeiro B. (2011, p.4), na mesma linha dos autores supramencionados, afirmou que as inserções de novas tecnologias e as pressões no mundo do trabalho oportunizaram a criação “de novas profissões”, dentre elas a de atendente de *Call Center*, que, exerce uma atividade realizada “integralmente via telefone, com abrangência nacional e internacional no cenário econômico”. Além disso, as “novas profissões” começaram a empregar “grande parcela da população jovem” e as empresas do ramo transformaram-se em um dos grandes empregadores desse tipo de força de trabalho.

No entanto, ressalta Torres (2001, p.7), a criação de novas profissões inclui também a inserção de “novas características e novos valores” para a gestão. No contexto da expansão do teletendimento e diante do objetivo de suprir o relacionamento empresa-cliente com mecanismos ágeis, as empresas passaram a utilizar cada vez mais “amplas e intensivas tecnologias informáticas associadas à telefonia avançada, ou seja, a telemática¹¹” (Assunção, Marinho-Silva, Vilela, & Guthier, 2006, p.50).

O conjunto de tecnologias de transmissão de dados (telemática) resultante da junção entre os recursos das telecomunicações (telefonia, satélite, cabo, fibras ópticas etc.) e da informática (computadores, periféricos, softwares e sistemas de redes) possibilitou o processamento, a compressão, o armazenamento e a comunicação de grandes quantidades de dados (nos formatos texto, imagem e som) em curto espaço de tempo entre usuários localizados em qualquer ponto do planeta. Dessa forma, novos produtos vêm sendo intensamente desenvolvidos por meio da combinação das tecnologias associadas à eletrônica, informática e telecomunicações (Assunção *et al.*, 2006).

Por outro lado, ao adotarem “a informática como mediadora do processo de trabalho”, as Centrais de Atendimento ficaram expostas aos impactos dessas inovações e suas rápidas evoluções (Torres, 2001, pp. X-XI) ora pelo fato de o *Call Center* utilizar-se da “comunicação oral à distância” ora por depender do “aparato tecnológico, do operador e do usuário como mediadores” de todo processo de trabalho (Gubert, 2001, p.100; Torres, 2001, pp. X-XI). Muitas vezes, o operador e/ou o usuário não acompanhavam as inovações, exigindo das empresas novas estratégias para fidelizar e/ou ampliar a lista de clientes.

Dentre essas estratégias, Cordeiro B. (2011) destaca as mudanças nas formas de contrato de trabalho, pagamento e recrutamento dos empregados.

A contratação de empregados através da prestação de serviço de outra empresa é parte das estratégias de flexibilização das empresas. Isso possibilita que contratações temporárias, recrutamento de pessoal, planos de cargo e salário fiquem por conta da firma terceira (Cordeiro B., 2011, p.14).

Gubert (2001, p.7), nesse sentido, diz que, se, “no passado, o serviço de telefonia” compreendia principalmente a “recepção e a transmissão de dados simples”, hoje, esse serviço “assumiu nova configuração determinada de um lado pelo manejo de uma nova tecnologia

¹¹ A palavra **telemática** foi criada em janeiro de 1978, por Simon Nora e Alain Minc, no relatório-livro intitulado *"L'informatisation de la Societe"* (A Informatização da Sociedade), encomendado pelo presidente da França, Valéry Giscard d'Estaing, em 1976, para detalhar e dimensionar o impacto que a informática teria na sociedade nos anos seguintes.

instrumental e, do outro, pelas demandas dos usuários, solicitando do operador um nível de interação que extrapola, em muito, a função da, até então, telefonista”.

3.2 Breve histórico da telefonia em Minas Gerais

Em 1973, foi fundada a Companhia de Telecomunicações de Minas Gerais (TELEMIG), que contava, na época, com uma rede de 102.114 terminais fixos instalados, sendo que, em 1993, já possuía 1.091.562 terminais. (Pacheco, 2002, p.72)

Em 1997, o governo brasileiro criou a Lei Geral de Telecomunicações (LGT) impulsionando o movimento de privatização do Sistema Telebrás no país (Pacheco, 2002, p.73).

Ainda em 1997, com a finalidade de explorar e desenvolver os serviços de telefonia no Brasil, foi criada a Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL), órgão estatal regulador das telecomunicações, responsável pela monitoração de metas e padrões de qualidade, pela definição de políticas para o setor (áreas de concessão, fiscalização de preços e serviços ao consumidor), com administração livre de ingerências governamentais ou político-partidárias e de empresas públicas ou privadas (Assunção, Marinho-Silva, Vilela, & Guthier, 2006, p.50).

Em 1998, o Ministério das Comunicações dividiu a Telecomunicações Brasileiras (TELEBRÁS) em doze companhias: três *holdings* das concessionárias regionais de telefonia fixa, um holding da operadora de longa distância e oito holdings das concessionárias da telefonia móvel Banda A.

A Tele Norte Leste se fundiu à Telemig dando origem a duas bandas: uma móvel, que manteve o nome Tele Norte Leste, e uma banda fixa, com o nome de Tele Norte Leste Participações S.A Telemar conhecida, simplesmente por Telemar.

A **Telemar** era composta por 16 operadoras regionais: a **Telemig**, a Telerj, a Telest, a Telergipe, a Telasa, a Telpe, a Telpa, a Telern, a Teleceará, a Telepisa, a Telma, a Telepará, a Telamazon, a Teleamapá, a Telaima e a Telebahia.

Em 1999, a **Telemar** iniciou a mudança de sua rede de transmissão por meio da construção do backbone¹² digital em fibras óticas.

Em 2000, a Telemar criou sua própria empresa de *contact center*, a Contax.

Em 2001, a Telemar integrou as centrais de atendimento das 16 operadoras regionais para formar, em 2002, uma Empresa única, a **Brasil Telecom**, e lançar a nova marca, a **OI** (união das antigas **Telemar** e **Brasil Telecom**), contando então com 1,4 milhão de clientes.

Em 2004, a OI atingiu a marca de 5 milhões de clientes de telefonia móvel.

Em 2006, ela começou a fornecer serviços integrados de telecomunicações para a estação Antártica Comandante Ferraz, na Antártica.

Em 2008, ampliou sua rede chegando a Moçambique e assumiu o controle acionário da Amazônia Celular.

Em 2012, atingiu 10% de participação no capital social da Portugal Telecom e adquiriu as frequências 4G, pagando o menor ágio entre as operadoras que adquiriram licenças de abrangência nacional.

Em 2013, a OI conta com mais de 22 milhões de usuários em telefonia fixa e 34 milhões de usuários em telefonia móvel (OI, 2013).

Apesar de sucinto, esse histórico da telefonia em Minas Gerais demonstra a ampliação do setor nessa última década. Esta ampliação e conseqüentemente as alterações complexas de tecnologias necessárias à manutenção da rede de comunicação exigiram dos órgãos estaduais e federais a implantação e gerenciamento de mecanismos de controle

3.3 O rendimento e o controle relativo à rapidez das operações

O progresso do setor de telefonia já havia sido previsto nos estudos de Le Guillant *et al.* (1956). Na época, os autores afirmavam que as condições de trabalho nos escritórios e nas fábricas seriam, “com frequência cada vez maior”, constituídas sob o poder do progresso técnico e tecnológico, sob o qual a “natureza da atividade profissional de teletendimento” (Le Guillant *et al.*, 2006, p.176) seria instaurada.

¹² Backbone ou “espinha dorsal da internet” é o termo utilizado para identificar a rede principal pela qual os dados de todos os clientes da Internet passam. Ela é responsável por enviar e receber dados entre as cidades brasileiras ou estrangeiras.

Os autores acertaram. Nos dias de hoje, não só as condições de trabalho mas também as condições de vida de qualquer cidadão (objetos de uso pessoal, registros, documentos, pagamentos, comunicação, compras etc.) são cada vez mais, realizadas por meio de algum tipo de objeto ou instrumento produzido por evoluções técnicas e/ou tecnológicas associadas às telecomunicações.

No entanto, as exigências de qualidade, traduzidas em redução de tempo do serviço telefônico prestado, acabaram por justificar o uso de mensuração e planejamentos de tráfego das centrais de atendimentos baseados em cálculos rígidos de tempos para o prescrito de suas tarefas (Assunção, Marinho-Silva, Vilela, & Guthier, 2006).

O tráfego de centrais de atendimento é composto pelo planejamento do **tráfego de ligações** resultante da relação entre número de atendentes e número de ligações. Nesse planejamento é respeitada a **Teoria de Fila**, que comporta cálculos estatísticos que utilizam as **Fórmulas de Erlang**¹³ sobre o tráfego e a quantidade de recursos necessários para dimensionar o atendimento (ver Figura 3).

<p>Erlang B - A fórmula de Erlang B é utilizada no estudo de sistemas com perdas e utilizada para dimensionamento de troncos telefônicos e qualquer outro equipamento que receba tráfego.</p> $B(s, a) = \frac{a^s / s!}{\sum_{k=0}^s a^k / k!}$	<p>Erlang C - A fórmula de Erlang C é utilizada no estudo de sistemas com perdas e é utilizada para dimensionamento de recursos em qualquer sistema constituído por filas, inclusive em centrais de atendimento.</p> $C(s, a) = \frac{a^s / s! (1 - a/s)}{\sum_{k=0}^{s-1} \frac{a^k}{k!} + a^s / s! (1 - a/s)}$
--	--

Figura 3 - Fórmulas de Erlang
Fonte: Lima, Luz, Duarte, & Vidal (s.d).

Esses cálculos são complexos e por isso mesmo são feitos pelas “Calculadoras de Erlang” (ver Figura 4), nas quais basta lançar os dados e os cálculos são feitos pelo programa de computador. Essas calculadoras são utilizadas frequentemente como ferramenta de dimensionamento de centrais telefônicas, adequando escalas, estabelecendo o dimensionamento de recursos e quantidades necessárias de atendentes à demanda de ligações.

¹³ O trabalho de construção de uma estatística e da teoria de fila foi concebida inicialmente por Agner Krarup Erlang, matemático, dinamarquês, que nasceu em Lonborg, 1 de janeiro de 1878, e faleceu na mesma cidade em 3 de fevereiro de 1929.

Assim, o número de linhas disponível tem de garantir que a probabilidade de haver um excesso de demanda, ou congestionamento da central, não seja maior do que um valor considerado razoável.

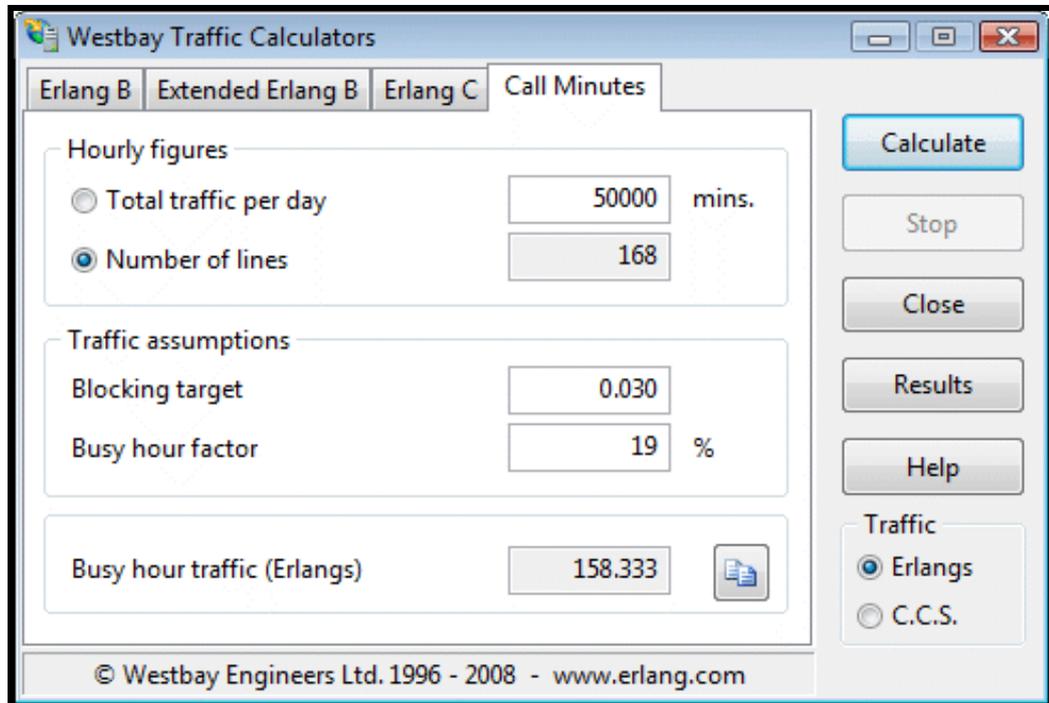


Figura 4 - Calculadoras de Erlang
Fonte: Lima, Luz, Duarte, & Vidal (s.d).

Para Silveira (2001), o problema básico da telefonia está ligado ao que estamos dispostos a aceitar em relação à função $L = L(c, d)$, isto é, na relação entre o número de linhas (L) em termos da demanda (d) a ser atendida e o congestionamento provável (c) que estamos dispostos a suportar. Dessa forma, o projeto de uma central telefônica envolve três variáveis:

- O número de linhas** (ou canais, ou troncos telefônicos) que ficam à disposição dos usuários da central telefônica em projeto.
- A **demanda** da central, ou seja, o volume de tempo - expresso em horas - do total das ligações solicitadas à central em uma hora; ou seja: a unidade de medida da demanda é representada pela quantidade de ligações por hora, sendo que foi dado o nome de Erlang a essa unidade de medida.
- O **congestionamento provável** da central (as filas), ou seja, o provável percentual de chamadas que encontrarão a central ocupada (Porto da Silveira, 2001).

A Figura 5 demonstra um modelo operacional simplificado de uma Central de Atendimento. De acordo com Wolff (2003), um conjunto de k linhas telefônicas conecta as ligações à Central de Atendimento. Existem $w \leq k$ estações de trabalho, isto é, um número

menor de estações de trabalho em relação ao número de linhas telefônicas disponíveis; onde $N \leq w$, isto é, onde 4 operadores atendem as ligações recebidas em suas PAs. A figura mostra duas cabines vazias, revelando a margem de possibilidade de crescimento do atendimento típica em planejamentos do ramo e fatores imprevisíveis como a falta de um operador, por motivos particulares. Cada chegada de chamada, encontrando todas as linhas ocupadas, recebe o sinal de ocupado e é bloqueada antes de entrar no sistema.

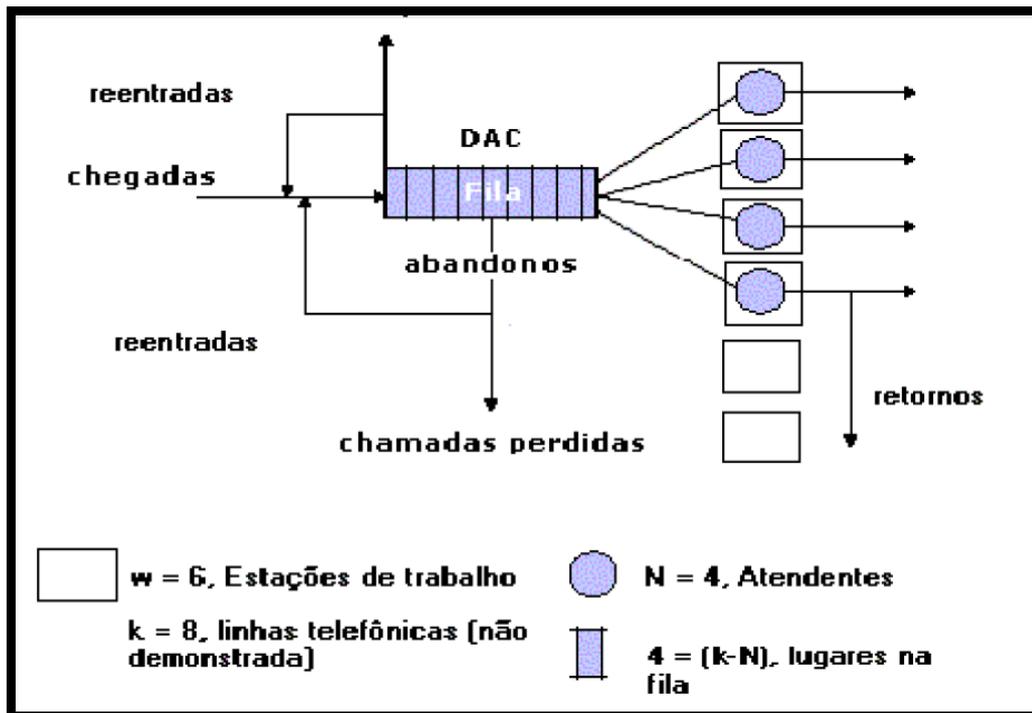


Figura 5 - Esquema operacional de uma Central de Atendimento
Fonte: Wolff, 2003, p.18.

No caso de encontrar uma linha livre, a ligação é conectada ao Distribuidor Automático de Chamadas (DAC). Se existirem menos ligações que o número de operadores (N) ocupados no momento da entrada, a chamada é imediatamente encaminhada a um operador. No caso de encontrar mais ligações no sistema que N (operadores) para realizar o atendimento, a chamada é retida na fila de espera.

Segundo Bouzada e Saliby (2009), o sistema de fila é gerenciado pelas “Teorias de Filas”. Essas teorias fornecem aos gestores modelos analíticos baseados em algumas premissas. São elas:

- As chamadas recebidas são todas do mesmo tipo.
- A partir do momento em que uma chamada entra em uma fila, a fila nunca abandona a chamada – o que acaba, comumente, aumentando a fila de espera, superestimando a necessidade de contratação de mão-de-obra para diminuí-la e,

consequentemente, aumentando os custos da empresa com a contratação de pessoal.

- c) Os agentes atendem às chamadas, fundamentados na disciplina (ordem) onde o “Primeiro que Entra é o Primeiro que Sai” (PEPS) ou “First In, First Out” (FIFO).
- d) Cada operador atende todas as chamadas da mesma maneira.

Sob essas premissas, as chamadas que chegavam ao *Call Center* do Hospital F tinham três caminhos possíveis no sistema ou encontravam todas as k linhas ocupadas ou recebiam um sinal de ocupado e eram bloqueadas ou, se conseguiam atendimento, podiam abandonar a fila por desistência, antes de serem atendidas ou liberar a fila após terem sido atendidas por um operador. Os clientes que desistiam ou que eram bloqueados normalmente faziam novas tentativas imediatamente após a primeira ligação. Estas chamadas representavam as **reentradas ao sistema**. Aquelas chamadas bloqueadas que não conseguiram “reentrar” na fila eram consideradas **abandonadas** e não eram inseridas na contagem do sistema. As ligações que não conseguiam “reentrar”, ou seja, as abandonadas e as bloqueadas causavam o **transbordamento** de ligações provocado pela defasagem entre número de entrada de ligações e número de atendimentos realizados (ver Figura 6).

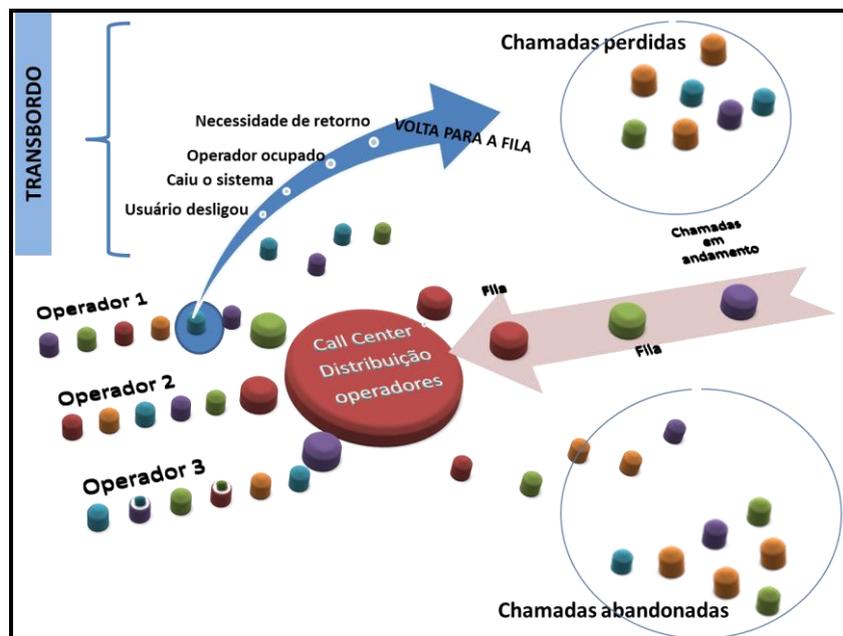


Figura 6 – Transbordo/transbordamento.
Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

O esquema da Figura 6 demonstra o modelo de Erlang C, utilizado no *Call Center* do Hospital F. Neste modelo, a impaciência do cliente que desligava sua chamada, os sinais de

ocupado, as chamadas retornadas do transbordo, a necessidade de permanecer na ligação devido verificação de dados eram ignorados quantitativamente.

Mas, na prática, o processo de fila era mais complicado quando considerados os diversos locais geograficamente dispersos que queriam entrar na fila e que, muitas e muitas vezes sobrecarregavam e desativavam os sistemas de informação e, conseqüentemente provocavam vários problemas no fluxo de atendimento das chamadas.

Desse modo, Bouzada e Saliby (2009) afirmam que essas premissas servem de indicador para o setor de *Call Center*, mas raramente são validadas em sua prática, uma vez que dependem da necessidade de priorização e/ou tolerância individual do cliente para esperar o seu atendimento e do estilo de atendimento do operador, que pode alterar o tempo de atendimento de uma chamada. Erlang (2013), a fim de dimensionar adequadamente um *Contact Center* e minimizar os problemas de tráfego, propõe algumas etapas a serem seguidas (ver Quadro 1).

Dimensionamento básico	Dimensionamento avançado
A. Previsão do volume de contatos a serem realizados/recebidos, durante determinado período de tempo	A. Inclusão de Operações com Telemarketing Ativo e outros tipos de contato (email, chat etc.)
B. Definição dos canais de acesso e roteamento/fluxo dos contatos	B. Análise de Tipos de Turnos e Jornadas (4h, 6h etc.)
C. Definição da Qualidade e nível de serviço, além de tempos máximos de espera e % aceitável de abandono e de bloqueio (ocupado)	C. Cálculo de Custos
D. Cálculo inicial da quantidade de troncos	D. Escalas de trabalho, horas extras
E. Cálculo inicial da quantidade de atendentes por horário - quantidade de PAs.	E. Estudo de Roteamento avançado (URA, menus de opção a cliente, transbordos etc.)
	F. Simulação de Cenários alternativos

Quadro 1 - Etapas para dimensionar adequadamente um Contac Center.

Fonte: Erlang, 2013.

Apesar desses cálculos e planejamentos, os gestores, com o crescimento dos *Callcenters*, têm encontrado desafios (Erlang, 2013). São eles:

- a) Como dimensionar adequadamente as centrais de atendimentos de forma que os níveis de serviço almejados sejam alcançados?
- b) Como definir as escalas do pessoal envolvido de modo a se atender às exigências legais, às necessidades do serviço e às necessidades e limitações pessoais dos atendentes?

- c) Como reduzir os custos fixos e variáveis de operação, sem prejudicar os itens a e b?

Os custos fixos em um *Call Center* correspondem aos custos agregados normalmente por lotes que existem obrigatoriamente, que estarão ativados ou prontos para serem ativados durante todas às 24 horas do dia e nos 7 dias da semana. Por exemplo: os troncos das linhas telefônicas, os Postos de Atendimento, as Unidades de Respostas Audíveis (URAs)¹⁴, entre outros.

Os custos variáveis referem-se aos recursos que podem ou não ser ativados, de acordo com certas regras, em cada período de operação de acordo com as necessidades e condições de operação estabelecidas para o *Call Center*. Por exemplo: custos das ligações telefônicas e, principalmente, o custo com os operadores em seus diversos níveis e especialidades (custos regulares e de horas extras, encargos etc.).

Além disso, os cálculos precisam respeitar a jornada de trabalho pré-estabelecida e sujeita às leis trabalhistas, os acordos sindicais e as restrições pessoais particulares; e ainda precisam **prever a existência** de ocorrências eventuais, **não possíveis de serem previstas**, tais como atrasos ou ausências de operadores.

- d) E, finalmente, como produzir conhecimentos e ferramentas específicas capazes de solucionar os pontos fracos acima citados?

De acordo com Erlang (2013), esses impactos podem ser eliminados ou reduzidos se houver melhoria do nível de serviços aos clientes e melhoria da sua própria eficiência/redução de custos, sejam estes fixos ou variáveis.

Em suma, as exigências de qualidade, traduzidas em redução de tempo do serviço telefônico prestado, acabam por justificar esses cálculos, fazendo com que a redução do “fator tempo” cada vez mais se apresente de forma proeminente na execução da atividade. (Assunção, Marinho-Silva, Vilela, & Guthier, 2006, p.51). As reduções feitas à custa “de exigências temporais rígidas acabam por afetar a saúde dos trabalhadores” (Silva & Assunção, 2005, pp.567-568).

¹⁴ URA - dispositivo eletrônico que, integrado entre a base de dados da distribuidora e a operadora de serviço telefônico, pode interagir automaticamente com o solicitante, recebendo ou enviando informações, configurando o autoatendimento como "Disque 1 para..., 2 para..., 3 para...", ou mesmo identificando o número do telefone do usuário e o encaminhando para um atendimento específico. (ANEEL, 2013).

3.4 Elementos patogênicos da função/atividade de trabalho

Na pesquisa realizada por Le Guillant *et al.*, (2006), **o rendimento e o controle relativo à rapidez das operações** foram considerados pelas telefonistas como os mais problemáticos e como **elementos patogênicos de sua função**, como podemos ver em uma de suas conclusões.

É esse ritmo [...] que sobrecarrega os processos nervosos, supera as possibilidades normais de adaptação e, na telefonista, traduz-se pela impressão subjetiva de estar atormentada, pressionada, sobrecarregada, ‘enervada’ pela execução de tarefas, que, no entanto, são fáceis de ser executadas (Le Guillant *et al.*, 2006, p.184).

Barreto (2001, p.176) explicita que o perfil dos trabalhadores, a pressão do trabalho e a solicitação de componentes cognitivos na realização das atividades contribuem para a construção do “caráter patogênico da atividade de atendente”.

- a) **O perfil dos trabalhadores** - O recrutamento de **estagiários**, de formações diversificadas, adotado pelas empresas em decorrência da possibilidade de manter estável o número de funcionários, bem como da facilidade de contratar, de demitir e de substituir trabalhadores tem por finalidade reduzir custos de encargos trabalhistas, administrativos e salariais (Barreto, 2001, p.176). Desse modo, o perfil do contratado é feito em função dos aspectos econômicos e não das competências, das capacidades ou habilidades para lidar com a atividade.
- b) **A pressão do trabalho** – Esse fator se comprova através dos “relatórios diários de produtividade”, dos “relógios tanto da posição quanto do tempo de atendimento (na tela principal), tempo da sala de tráfego, do quadro de acrílico indicando a produtividade de cada célula e da quantidade de monitoramentos”. (Barreto, 2001, p.177). Uma vez dentro da empresa, o estagiário, agora um operador como qualquer outro, tem de responder às demandas da produção independentemente de sua formação, sobrecarregando suas disponibilidades afetivas, cognitivas, sociais, formais e tácitas.
- c) **A solicitação de componentes cognitivos**. Para Silveira (2001), o problema básico da telefonia está ligado ao que estamos dispostos a aceitar em relação à função $L = L(c,d)$, isto é, na relação entre o número de linhas (L) em termos da demanda (d) a ser atendida e o congestionamento provável (c) que o cliente (ou mesmo a empresa) está disposto a suportar. As duas primeiras geram uma

defasagem entre a solicitação de componentes cognitivos exigidos pela atividade e os componentes cognitivos disponíveis pelo sujeito que a realiza. As consequências para o trabalhador são mal-estar, angústia, desconforto, esforço para realizar a atividade, instabilidade, tensão, estresse (Torres, 2001).

Autores como Mascia e Sznelwar (2000), Sznelwar e Masseti (2000), Sznelwar e Silva (2000), Torres (2001) e Gubert (2001) afirmam que é a maneira como se **concebe o uso da informatização** no setor de serviços e o modo como são projetados os processos de produção e o conteúdo das tarefas que representam problemas.

Em 2002, Pacheco destacou que “o **fator gênero** exerce importante papel na intensificação dos riscos de L.E.R. existentes na atividade, para mulheres telefonistas.” Os resultados da sua pesquisa revelaram que “as mulheres sofrem com a intensificação da repetitividade das tarefas” e que a tecnologia empregada, o período de exercício da função, o tipo de vínculo empregatício determinam de maneira variada o que as trabalhadoras consideram como exigências da tarefa; e, também, que os processos de recrutamento e seleção ainda priorizam o gênero feminino para esse tipo de função (Pacheco, 2002, p. X).

Batt, Doellgast e Kwon (2005, p.i) afirmam que o fato de os trabalhadores de *Call Center* considerarem o trabalho **rotineiro e tedioso**, atribuição esta de significado negativo, leva-os a altos índices de **insatisfação e absenteísmo**, causando os fenômenos de “**rotatividade no setor**” ou “*turn over*”.

Assunção e cols.(2006) relataram que queixas espontâneas dos trabalhadores ao sindicato da categoria sustentaram uma representação ao Ministério Público do Trabalho denunciando **condições de trabalho inaceitáveis, salários baixos e discriminações diversas**. Os autores ressaltaram: “Chega-se a denominar os *Call Centers* como *sweatshops of the electronic age*, algo que em tradução livre corresponderia a ‘**senzalas da era eletrônica**’” (Assunção, Marinho-Silva, Vilela, & Guthier, 2006, 2006, p.50).

Todos esses autores ressaltaram que, apesar das mudanças nas condições de trabalho, as **queixas** dos teleatendentes **continuam as mesmas** (referindo-se às pesquisas de Le Guillant *et al.*, 1956). A explicação mais provável para esse fato pode ser atribuída à ênfase na transformação das condições em que essa atividade se realiza sem a preocupação de transformar a organização do trabalho, na sua essência.

3.4.1 Consequências negativas para a saúde do operador

Le Guillant *et al.*, (2006, p. 176-177) salientaram que desde 1910 (ver Quadro 2), a relação entre as condições de trabalho, a organização de trabalho e as patologias decorrentes da atividade de telefonista, veio, ao longo dos anos, sendo alvo de interesse de pesquisadores. Dr. Julliard (1910), Fontègue e Solari (1918), Suzanne Pacaud (1949) citados por Le Guillant *et al.* (2006) denominaram o conjunto de sintomas encontrados entre as telefonistas de “neurose das telefonistas”, também denominada de “síndrome subjetiva comum da fadiga nervosa”.

Ano	Autor	Título	Local de publicação	Sintomas
1910	Dr. Julliard		Revista Suíça de Acidentes de Trabalho	As telefonistas tinham crises de choro e até abandonavam o trabalho em função dos choques , às vezes fortes, extracorrentes, que recebiam enquanto trabalhavam. A predisposição do indivíduo e a atividade em si enervante , acrescidas de fadiga , de estafa , de tensão nervosa e dos efeitos negativos de observações injustificadas ou grosseiras de clientes, contribuem para produzir neuroses que devem ser consideradas doenças profissionais.
1918	Fontègue & Solari	O trabalho da telefonista		As telefonistas apresentavam sinais de fadiga: cefaleias, insônia, dificuldade para refletir e fixar a atenção, mau humor às vezes massacrante, e violento nervosismo .
1949	Suzanne Pacaud	Recherche sur le travail des téléphonistes: étude psychologique d'un métier ¹⁵ .	Le travail humain ¹⁶ , T. 12, n. 1/2 jan-juin., 1949.	As telefonistas consideravam o trabalho como penoso e apresentavam frequentes manifestações de nervosismo e/ou da síndrome subjetiva comum da fadiga nervosa .

Quadro 2 - Sintomas encontrados em pesquisas anteriores às de Le Guillant *et al* (1956).

Fonte: Le Guillant *et al.* (2006, pp.176-177).

A síndrome subjetiva comum da fadiga nervosa era descrita pelos autores como um “quadro polimorfo”, formado por uma “sintomatologia rica e variada”, que apresentava distúrbios como alterações do humor e de caráter, distúrbios do sono, diferentes manifestações somáticas. Esses distúrbios podiam manifestar-se em igual intensidade, em um mesmo espaço de tempo ou um dos sintomas podia predominar sobre os outros. “Com efeito, a intensidade e a permanência dos distúrbios” tornaram a “existência das telefonistas absolutamente intolerável, por suprimir-lhes qualquer possibilidade de calma e felicidade”, constituindo “uma verdadeira neurose” (Le Guillant *et al.*, 2006, p.182).

¹⁵ Tradução da autora: Pesquisa sobre o trabalho das telefonistas: estudo psicológico de um ofício.

¹⁶ Tradução da autora: O trabalho humano.

O quadro 2 destaca os sintomas encontrados nas telefonistas por esses pesquisadores que contribuíram para o desenvolvimento da Psicologia do Trabalho dos dias de hoje.

Entre os anos 50 e o fim dos anos 70, voltada para a relação homem/trabalho emergiu, na França, a Análise Ergonômica do Trabalho tendo como referência principal Alain Wisner (1923-2004) (Souza & Athayde, 2006).

Na mesma direção de Wisner (1987), autores como Oddone, Ré e Briante (1976/1981), Guérin *et al.* (2001) defenderam a tese de que essa análise somente pode ser feita no próprio contexto onde ocorre a atividade, sendo esta uma das principais contribuições da análise do trabalho do ponto de vista da atividade, isto porque as “ações estão sempre inscritas em um contexto” (Wisner, 1996) e, portanto, é impossível separar ações/atividade e contexto quando se pretende analisá-los.

Entretanto, Souza e Athayde (2006, p.9) chamaram a atenção “para um elemento decisivo”, “uma modalidade original de Análise do Trabalho”, a “Psicopatologia do Trabalho”, que surgiu em 1952, como título de um artigo escrito pelo psiquiatra Paul Sivadon (1907- 1992). Nesse artigo, o autor mostra “o trabalho como fonte de crescimento e evolução do psiquismo humano”, mas também como “forma perversa de organização da atividade laboral”, capaz de gerar “pressões e conflitos insuperáveis” e possibilitar a emergência da doença mental (Lima M., 1998, p.12). Esse artigo foi um marco de novos estudos na França a respeito da relação trabalho e saúde mental.

Ainda, em 1952, o também psiquiatra Louis Le Guillant (1900-1968), escreveu um artigo a respeito da “Psicologia do trabalho” e outro, em 1954, sobre a “Psicopatologia social”, rompendo em grande parte com a visão proposta por Sivadon de “reforçar a importância das categorias marxianas para a compreensão dos impactos do trabalho na saúde mental” (Lima M., 1998, p.15).

Com a motivação suscitada pelas pesquisas realizadas anteriormente e diante do número crescente de pedidos de “licenças de longa duração por distúrbios nervosos e mentais¹⁷”, Le Guillant *et al.* (2006) retomaram, em 1956, o tema da neurose das telefonistas por meio de pesquisa nas centrais telefônicas parisienses, aprofundando seus estudos e explicitando, mais detalhadamente, a Síndrome Subjetiva Comum da Fadiga Nervosa (SSCFN) (ver Quadro 3).

¹⁷ Em 1948, foram registrados oficialmente 75 casos e, em 1955, 639 casos. Os autores ressaltaram que “convém manter alguma reserva em relação a estes números devido aos instrumentos utilizados na época para registro” (Le Guillant 2006, p.175).

Os resultados encontrados por esses autores ressaltaram as relações subjetivas dos seres humanos com seu meio de vida e trabalho e, seus impactos na saúde mental. Eles afirmaram que a “**aceleração** correlativa da rapidez dos gestos de trabalho e das ‘cadências’, encontrada na Síndrome Subjetiva Comum da Fadiga Nervosa, implica em um aumento considerável dos esforços de atenção, precisão e velocidade que associada aos fatores psicológicos se transformam em fatores patogênicos à saúde do trabalhador (Le Guillant *et al.*, 2006, p.176), ou seja, que a associação da racionalização do trabalho com a redução do tempo de execução das atividades ampliam a possibilidade de ocorrências de problemas de saúde.

Categoria	Alteraram para pior	Adquiriram
Alterações de humor e do caráter	A calma, a timidez	Irritação, nervosismo, agressividade.
	A tolerância à contrariedade	O hábito de transformar em drama qualquer situação que as contrarie.
	O autocontrole	Hiperemotividade: crises de choro. Constantes crises de nervos: atirar objetos, chorar muito, desmaiar, sofrer constantes vertigens.
	A qualidade dos relacionamentos	Brigas injustificadas com marido. Períodos de completo mutismo nas relações familiares.
Hipersensibilidade ao barulho:	O humor alegre	Depressão, humor triste, aversão à vida, ideias e/ou tentativas de suicídio, ansiedade latente (em maior ou menor grau).
	A tolerância a ruídos	Hipersensibilidade ao barulho: ruídos relacionados às brincadeiras dos filhos, sons repetitivos e monótonos, rádio ligado, surdez temporária.
Distúrbios do sono	O controle sobre o sono	Hipersonolência diurna. Insônia noturna em graus variados. Adormecimento tardio e difícil, sono leve, despertar fácil e precoce. Sono agitado, pesadelos (relacionados ou não à profissão). Hábito de tomar café durante o trabalho.
Manifestações somáticas	A saúde psicológica	Manifestações “córtico-viscerais” como angústias, expressão das repercussões orgânicas do esgotamento nervoso. “Eu não sei viver.”
	A saúde física	Distúrbios digestivos, anorexia, dores gástricas, cefaleias frequentes, distúrbios cardiovasculares (síncope, palpitações, vertigens), zumbido nos ouvidos, distúrbios da visão, sensações de hipertensão arterial (não comprovadas), alterações menstruais.

Quadro 3 - Sintomas da Síndrome Subjetiva Comum da Fadiga Nervosa.

Fonte: Le Guillant *et al.* (2006, pp.177-183).

E, ainda, relataram que “a maioria das telefonistas precisavam de no mínimo duas semanas de repouso, com mudança completa de ambiente”. [...] “Mas, uma vez retomado o trabalho, em poucos dias, toda a síndrome se reconstituía, exatamente como antes” (Le Guillant *et al.*, 2006, p.183), ou seja, esses sintomas não melhoravam apesar do descanso semanal, tornando mais evidente a gravidade dessa síndrome.

Os autores não conseguiram chegar a um resultado preciso quanto ao tempo de aparecimento da síndrome em relação ao início do trabalho no teleatendimento, mas detectaram que “no primeiro ano os distúrbios (repetição automática de frases profissionais, sonhos relacionados à atividade, anorexia, leve emagrecimento e ligeira insônia) eram

limitados”, desaparecendo com o descanso semanal e não acarretando “perturbações importantes na vida das principiantes”. Entretanto, como resultado de um processo cumulativo, os distúrbios se agravavam e se multiplicavam, assumindo “maior nitidez” nos “períodos menstruais”, em casos de “gravidez”, nas “situações de conflitos afetivos e familiares” (Le Guillant *et al.*, 2006, p.183).

No entanto, os autores alertaram para o fato de que essa síndrome não era específica das telefonistas:

Distúrbios semelhantes ocorrem em **todos os empregos** que exigem, com ou sem fadiga muscular, um ritmo excessivamente rápido de operações, assim como condições de trabalho, do ponto de vista objetivo ou subjetivo, penosas: mecanização de gestos e monotonia, controle rígido, alteração das relações humanas na empresa etc. (Le Guillant *et al.*, 2006, p.187).

Os estudos desenvolvidos por esses autores são tão relevantes e atuais que outros pesquisadores como Doray (1989), Clot (1992; 1995; 1996a), Billiard (1996, 2001) continuaram referendando sua obra e utilizando-a em seus estudos.

Na década de 60, o estudo de Guilbert (1967 apud Torres 2001, p. XXVIII), sobre as repercussões do trabalho na vida cotidiana das teleoperadores, revelou uma grande necessidade de repouso. Para recuperar a calma necessária ao desempenho das atividades domésticas, “muitas dormiam durante o trajeto de volta para casa”; as que tinham a oportunidade de dormir “passavam o resto do dia tentando evitar um acréscimo de fadiga”.

Na década de 70, Dessors, Teiger, Laville, Gadbois (1978) e Laville, Teiger, Lantin, Dessors (1979) concluíram que o correr dos anos **não extinguiu os problemas do passado**; pelo contrário, a eles foram acrescentadas novas queixas e dificuldades, comprovando-se que os **efeitos negativos desse ofício persistiam**.

No contexto brasileiro, diversos estudos já foram realizados em torno dessa atividade. Lima M. (1996), pesquisou a gênese e o desenvolvimento das Lesões por Esforços Repetitivos (LER) no setor de telecomunicações, com telefonistas, confirmando os estudos de Le Guillant *et al.* (1956) quanto ao fato de o processo saúde-doença estar vinculado à organização do trabalho e não ao tipo de personalidade do trabalhador.

as pressões por produção, a repetitividade das tarefas, o empobrecimento do seu conteúdo, a supervisão despótica, a rivalidade entre pares, os sistemas de controle e de avaliação, as más condições de trabalho (especialmente as condições ergonômicas inadequadas) etc., que estão na origem dessa forma de adoecimento (Lima M., 2006, p.167).

Em 2001, pesquisa de Torres (p. X) ratificou os dados encontrados por Barreto (2001), e por Le Guillant *et al.*, em 1956, quanto aos sintomas e quanto à ocorrência de problemas de saúde, ressaltando que, além desses fatores, a natureza do trabalho do operador do *Call Center* é “caracterizada pela grande solicitação de componentes cognitivos, sobretudo aqueles relacionados à memória, à atenção e à resolução de problemas, associados à precisão dos conteúdos das informações e à rapidez no atendimento”.

A autora afirma que essa solicitação implica a memorização de informações sobre produtos e/ou serviços oferecidos pela empresa, sobre formas de negociação, sobre técnicas de comunicação por telefone, de marketing, de relações públicas, de padronização do atendimento (Torres, 2001, p. XI), e, ainda, o domínio dos instrumentos de trabalho (o computador e os programas necessários à execução de sua atividade), bem como o controle psicológico quando em contato com o público ou no enfrentamento de problemas e/ou queixas dos clientes ou ainda quando em intenso ritmo de trabalho imposto pela organização do trabalho.

Em 2006, o adoecimento dos profissionais de *Call Center* continuou tão frequente e significativo que a Revista Brasileira de Saúde Ocupacional (RBSO), sob a coordenação dos editores Ada Ávila Assunção (UFMG, Belo Horizonte) e José Marçal Jackson Filho (Fundacentro, Florianópolis-SC), realizou uma publicação temática de no. 114, intitulada “*Trabalho em Teletendimento e Problemas de Saúde*”. Neste número, foram apresentados quinze trabalhos sobre o tema (ver Quadro 4).

Jackson Filho, José Marçal; Assunção, Ada Ávila Venco, Selma	Trabalho em teletendimento e problemas de saúde.
Calderón, José Angel	Centrais de atendimento: a fábrica do século XIX nos serviços do século XXI. El sentido de lo público en el trabajo a prueba de la restructuración productiva: el caso de los centros de llamadas.
Claudio Cezar Peres; Marinho-Silva, Airton; Cavalcante-Fernandes, Elizabete; Rocha, Lys Esther .	Uma construção social: o anexo da norma brasileira de ergonomia para o trabalho dos operadores de <i>telemarketing</i> .
Assunção, Ada Ávila; Marinho-Silva, Airton; Vilela, Lailah Vasconcelos de Oliveira; Guthier, Maria Helena.	Abordar o trabalho para compreender e transformar as condições de adoecimento na categoria dos teletendentes no Brasil.
Oliveira, Silvana de; Jacques, Maria da Graça Corrêa.	Políticas e práticas de gestão e saúde: recortes sobre o trabalho de teletendimento no Rio Grande do Sul.
Boutet, Josiane	A atividade do trabalho nas centrais de atendimento: um trabalho de linguagem
Castro, Iara Sousa; Campos, Nedson Antônio; Assunção, Ada Ávila; Lima, Francisco de Paula Antunes.	Diferenças interindividuais em teletendimento de emergências: explicitação por meio da entrevista de autoconfrontação.
Sznelwar, Laerte Idal; Abrahão, J. Issy; Mascia, Fausto Leopoldo.	Trabalhar em centrais de atendimento: a busca de sentido em tarefas esvaziadas.
Torres, Camila Costa; Abrahão, J. Issy.	A atividade de teletendimento: uma análise das fontes de prazer e sofrimento no trabalho.

Oliveira, Simone; Rezende, Marcello Santos; Brito, Jussara Cruz de.	Saberes e estratégias dos operadores de <i>telemarketing</i> frente às adversidades do trabalho.
Veras, Vanessa Sales; Ferreira, Mário César.	“Lidar com gente é muito complicado”: relações socioprofissionais de trabalho e custo humano da atividade em teleatendimento governamental.
Soares, Raquel Guimarães; Assunção, Ada Ávila; Lima, Francisco de Paula Antunes.	A baixa adesão ao programa de ginástica laboral: buscando elementos do trabalho para entender o problema.
Vergara, Erasmo Felipe; Steffani, Jovani ; Gerges, Samir Nagi Yousri; Pedroso, Marcos .	Avaliação da exposição de operadores de teleatendimento a ruído.
Venco, Selma.	O trabalho duplicado: a divisão sexual no trabalho e na reprodução – um estudo das trabalhadoras do telemarketing.

Quadro 4 - Trabalhos relacionados ao tema teleatendimento e problemas de saúde.

Fonte: RBSO, n. 114, 2006.

Em 2010, Arantes (p.15), em seu estudo sobre “*Trabalho, adoecimento e rotatividade: investigação do setor de teleatendimento do corpo de bombeiros militar de Minas Gerais*”, voltou a ressaltar a importância de estudos sobre a relação entre trabalho em “teleatendimento e o adoecimento mental”, citando Assunção e Vilela (2004); Vilela (2005); Assunção, Marinho-Silva, Vilela e Guthier (2006); Barreto (2001); Castro *et al.* (2006); Dejours (1992); Le Guillant *et al.* (1984, 2006); Marinho-Silva (2004); Mocelin e Silva (2008); Oliveira e Jacques (2006); Pacheco (2002); Peres, Marinho-Silva, Cavalcante-Fernandes, Rocha (2006); RBSO (2006); Ueda (1999); Venco (2006, 2008).

Além desses, Arantes (2010) destacou autores como Mascia e Sznelwar (2000), Sznelwar e Masseti (2000), Sznelwar e Silva (2000), Echternacht (2000), Lima M., Araujo e Lima F. (1998), que revelaram a associação entre organização do trabalho e certos tipos de patologias, mais especificamente os casos de Lesão por Esforço Repetitivo (L.E.R.).

3.4.2 Recomendações de melhorias feitas pelas pesquisas brasileiras

Pesquisas como as de Gubert (2001) e Lima M. (2006) afirmaram a possibilidade de mudanças que podem “minimizar a carga de trabalho dos operadores” e contribuir “para uma melhoria nas condições laborais com efeitos positivos na produtividade e qualidade requeridas pela instituição” (Gubert, 2001, p.5), desde que os gestores, ao analisarem a atividade de trabalho, o façam por meio de instrumentos que considerem a saúde do trabalhador.

As recomendações (ver Figura 7) da pesquisa feita por Vilela (2005) serviram de argumento para a Federação dos Trabalhadores em Telefonia (FITTEL) e o sindicato da categoria em Minas Gerais (SINTTEL-MG) participarem das discussões nacionais promovidas pela Fundacentro de São Paulo no “Seminário de Atividades de Teleatendimento/Telemarketing no Setor de Telefonia”, em 16 e 17 de outubro de 2002, sobre

as condições de trabalho nas empresas de teleatendimento/telemarketing do setor de telefonia, com discussões tripartites, envolvendo representantes do Estado, dos trabalhadores e das empresas.

Nesta pesquisa, as autoras fazem recomendações específicas para a elaboração imediata de medidas de proteção para os trabalhadores do setor. São elas: maior autonomia para o atendimento, alterações nas formas de avaliação e, controle e revisão das metas de produtividade de modo a respeitar a capacidade de resolução de problemas e os limites humanos.

Apesar disso, Silva e Assunção (2005, p.567) constataram dificuldades de melhoria do setor atribuídas à “existência de contradições importantes na posição dos atores envolvidos no teleatendimento em nosso país, especialmente quanto ao controle temporal das atividades e seus efeitos sobre a saúde”.

Maior Autonomia para o Atendimento

Se a empresa optar pelo *script*, não deverá obrigar o operador a usá-lo.

O operador poderá responder ao usuário da maneira mais adequada ao atendimento.

Será garantida ao operador a formação necessária para atender ao usuário.

O curso de capacitação deverá prever conteúdo referente aos aspectos psicológicos e cognitivos do usuário distante.

Serão realizadas pausas regulares de 10 minutos.

A empresa garantirá sala para descanso, fora do espaço de trabalho, não sendo incluído, na pausa, o tempo destinado ao deslocamento do posto de trabalho até a referida sala.

Sob nenhuma hipótese, deverá haver imposição de tempo médio de atendimento.

A supervisão da área de trabalho não poderá se dar corpo-a-corpo.

Avaliação e Controle da Produtividade

Nenhuma forma de avaliação será amparada em índices (de qualquer natureza) de produtividade.

Ressalta-se que o absenteísmo deve ser um indicador de qualidade de vida e de trabalho. Em nenhuma hipótese poderá servir de indicador de avaliação de desempenho.

As câmeras filmadoras destinadas aos mecanismos de segurança, quando existentes, não poderão ter a finalidade de controlar o trabalhador.

As gravações do atendimento, se necessárias por questões de segurança, deverão permanecer em posse do operador.

Somente poderão ser avaliadas pela hierarquia na presença do operador e com seu consentimento.

Metas de Produtividade

As metas de produtividade serão definidas em comissão tripartite e a FITTEL terá acesso permanente aos dados registrados, podendo interromper o processo, caso os índices ultrapassem os limites aceitáveis.

Em nenhuma hipótese os aparatos poderão dispor de sinais sonoros e/ou luminosos anunciando a duração do atendimento.

Os critérios de qualidade deverão ser ligados à capacidade de resolução de problemas e não à capacidade de seguir procedimentos prescritos.

Figura 7 - Recomendações para a transformação das situações identificadas.

Fonte: Vilela (2005, pp. 70-71).

Da parte dos empresários, encontra-se a posição de “negação” do problema, explicitada no discurso que aponta as empresas como “benfeitoras, formadoras de jovens, soluções contra o desemprego” e mantenedoras de “ambientes de trabalho alardeados como saudáveis e motivadores”.

Da parte dos trabalhadores, verificam-se “queixas múltiplas, denunciadas pelas organizações sindicais que, por sua vez, estão limitadas pelos embaraços do desemprego, das privatizações e do desmonte recente dos direitos sociais dos trabalhadores”. Esse discurso “aparente” das empresas, voltado para a saúde do trabalhador, não revela as ações dos gestores dessas empresas que buscam o controle total sobre as formas de trabalho, não levando em conta o desgaste suportado pelos operadores e as competências empregadas no desempenho das tarefas prescritas (Silva & Assunção, 2005, p.567).

Por outro lado, os trabalhadores têm encontrado “formas de autoproteção eficazes” contra o desgaste excessivo e as pressões do trabalho, apesar “da extrema rigidez que caracteriza esse tipo particular de organização do trabalho” (Lima M., 2006, p.167).

Enfim, esse breve percurso pela história da telefonia e de seus impactos na saúde dos operadores permite concluir que, desde os estudos de Le Guillant *et al.* (2006), ou mesmo antes deles, de maneiras diversas, todas essas pesquisas revelaram em seus resultados **mudanças** muito significativas quanto às condições de trabalho, determinadas sobretudo pela introdução do sistema telemático, mas pouco significativas no que se refere à organização do trabalho. Segundo os autores, houve muito pouco avanço nas medidas voltadas para a prevenção de problemas de saúde no setor, embora, do ponto de vista tecnológico, muitas mudanças tenham sido introduzidas.

IV CAPÍTULO - O SETOR DE CALL CENTER DO HOSPITAL F

De início, explicitaremos, numa linha cronológica, as alterações dos locais visitados pela equipe de pesquisa, as quais decorreram das mudanças de gestão, e, conseqüentemente, das mudanças ocorridas na organização e nas condições de trabalho de cada local. Em um segundo momento, as categorias criadas para fazer essa exposição serão retomadas sob o ponto de vista dos operadores.

Antes de iniciarmos a pesquisa, os operadores do *Call Center* do Hospital F eram funcionários com vínculo empregatício em regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e trabalhavam no próprio hospital. Em maio de 2008, o Hospital F, em razão de decisão da sua alta gerência, terceirizou esse serviço. Para isso, contratou uma empresa especializada do ramo, demitiu seus operadores, que foram então admitidos pela empresa contratada, denominada no texto deste trabalho como Empresa AD (ver Figura 8).

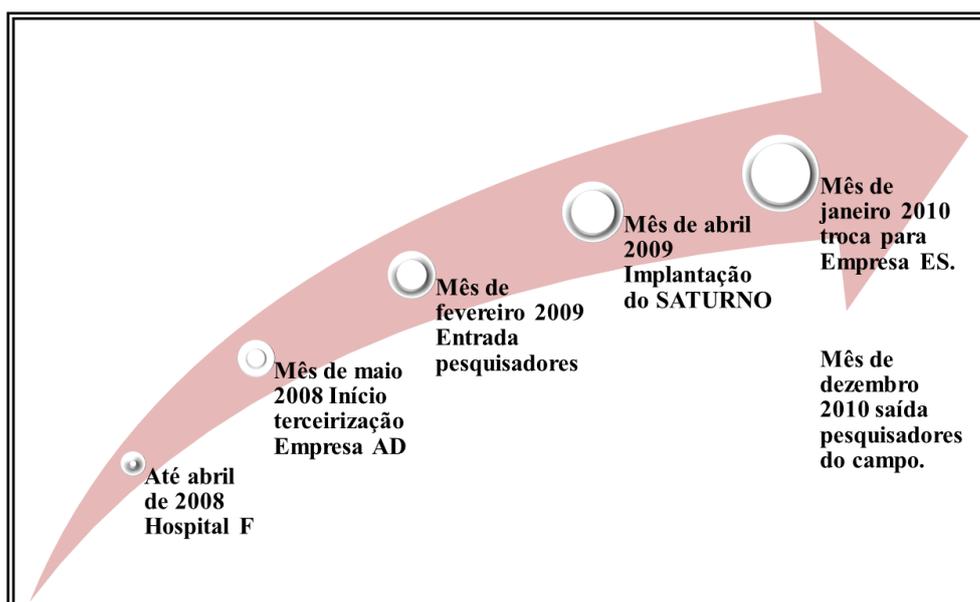


Figura 8 - Alterações dos locais de campo de pesquisa
Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

A Empresa AD, por exigência contratual com o Hospital F, implantou um novo *software* de lançamentos e gestão de dados denominado Saturno. Em fevereiro de 2009, quando iniciamos a pesquisa, o setor ainda estava em fase de reorganização, readaptação; os operadores reclamavam sobre atrasos de salários; os relacionamentos interpessoais eram conflituosos e tensos como iremos descrever a seguir.

Na passagem do ano 2009/2010, o Hospital F rescindiu o contrato com a Empresa AD, que, então, dispensou seus operadores, originários daquele hospital. Essa dispensa, em grande parte foi irregular, em desacordo com a legislação trabalhista, como exposto a seguir.

O Hospital F estabeleceu, então, novo contrato de terceirização dos serviços de *Call Center* com outra empresa, aqui denominada de Empresa ES, para a qual se transferiram (mesmo na situação caótica relacionada aos direitos trabalhistas não pagos pela Empresa AD) os operadores que a AD havia dispensado. Assim, esses operadores, mais uma vez, mudaram de local e de modo de gerenciamento do seu trabalho.

4.1 Período anterior à terceirização

Enquanto o *Call Center* esteve localizado no Hospital F, (ver Figura 9) os serviços eram feitos de forma passiva, ou seja, os operadores apenas recebiam as ligações dos beneficiários (clientes) e prestadores de serviços (redes credenciadas, clínicas médicas, consultórios, hospitais que atendem pelo plano).

Os trabalhadores estavam subordinados a um supervisor geral, que por sua vez tinha de prestar contas diretamente ao Hospital F.

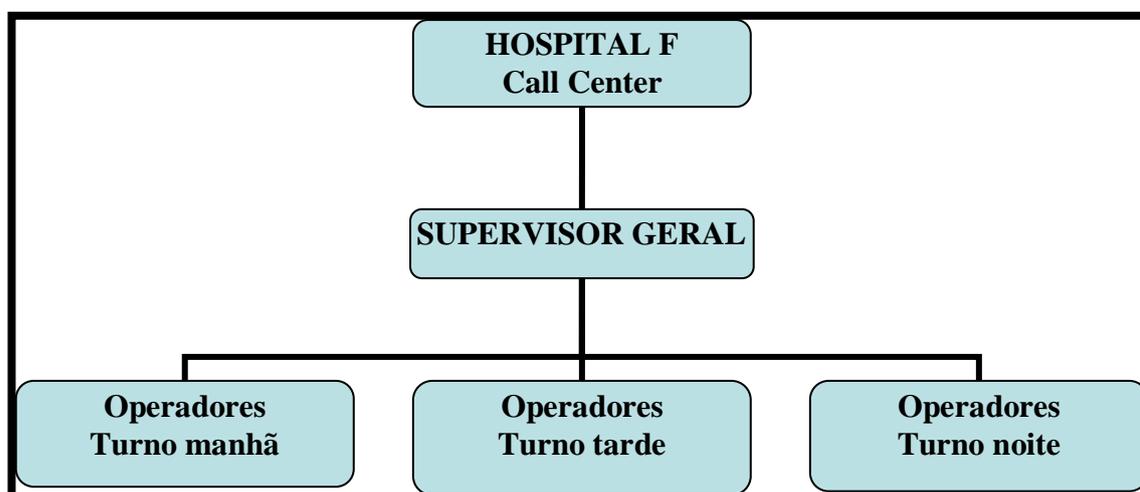


Figura 9 - Organograma da organização do trabalho do Call Center do Hospital F antes da terceirização.

Fonte: Dados da pesquisa, 2009-2010.

De modo geral, a organização do trabalho era orientada pela NR 17, (1990, inciso 1.1) por se enquadrar entre “os serviços de teletendimento/telemarketing nas modalidades ativo

ou receptivo em centrais de atendimento telefônico e/ou centrais de relacionamento com clientes”, prestando serviços, informações e comercialização de produtos¹⁸.

Essas regulamentações estabelecem, dentre outras medidas, que as empresas de teleatendimento/telemarketing devem proporcionar ao seu trabalhador “um máximo de conforto, segurança, saúde e desempenho eficiente” (NR 17, 1990, inciso 17.1) e estabelecem que, nas condições de trabalho, estão incluídos os aspectos relacionados ao “levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho e à própria organização do trabalho” (MTPS,1990) .

Quanto ao conteúdo do trabalho, o *Call Center* era dividido em “**três ilhas de atendimento**”. Cada uma correspondia a um tipo específico de saber ou *expertise*, ou seja, ilhas de:

- a) **Consulta** – era responsável por responder às questões de agendamento e cancelamento de consultas (O *Call Center* do Hospital F marcava consultas que seriam realizadas nos consultórios que pertenciam à rede ou em consultórios particulares dos médicos comprometidos com a rede).
- b) **Informação** - era responsável pelas informações administrativas sobre boletos, planos, exames, laboratórios, tipo de serviço disponível para cada nível de plano (ouro, bronze, prata), emissão de segunda via de boleto, informes para o imposto de renda e outras que se fizessem necessárias (greve no setor, por exemplo).

Cabe ressaltar, no entanto, que as informações não eram tão simples, porque os contratos do Plano de Saúde do Hospital F estavam divididos entre os assinados antes da Lei nº9.656/98¹⁹, ou seja, antes de 02 de janeiro de 1999, e os assinados depois dessa data (ver Quadro 6).

Para os planos anteriores à lei, a cobertura era exatamente a que constava no contrato e os itens referentes à exclusão do plano estavam expressamente relacionados. Quando a lei nova entrou em vigor, esses beneficiários foram informados de que poderiam optar por permanecer no plano antigo ou migrar para o novo plano.

¹⁸ A Norma Regulamentadora 17 (NR 17, 1990), denominada Ergonomia, é regida pela Portaria n.º 3.214, de 08 de junho de 1978 e suas sucessivas atualizações/alterações feitas conforme Portaria MTPS n.º 3.751, de 23 de novembro de 1990, Portaria SIT n.º 08, de 30 de março de 2007, Portaria SIT n.º 09, de 30 de março de 2007, Portaria SIT n.º 13, de 21 de junho de 2007.

¹⁹ Lei nº 9.656, de 1998, alterada pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

Até a época da pesquisa, ainda havia beneficiários vinculados ao antigo tipo de contrato. Esse tipo de plano era nomeado como não-regulamentado.

Planos não regulamentados (antes de 02 de janeiro de 1999)		Planos regulamentados (atual)
Padrão ouro/prata	Padrão Bronze	
Ecocardiograma, Ultrassonografia 02 exames por beneficiário	Exames laboratoriais, Raio X 12 exames por beneficiário	Tudo que consta no Rol de Procedimentos da ANS tem que ser liberado para esses beneficiários.
Endoscopia 01 exame por beneficiário	Ecocardiograma Endoscopia, holter, Ultrassonografia,	
Tomografia computadorizada 01 exame por beneficiário	Tomografia computadorizada	
Teste ergométrico, holter, mamografia, eletromiografia 01 exame por beneficiário	mamografia eletromiografia, Teste ergométrico 01 exame/ano por beneficiário. A realização de um exame exclui os demais.	
Fisioterapia 30 sessões anuais		
Consultas 01 por mês Exceto atendimentos de urgência	Consultas 6 por ano Exceto atendimentos de urgência	
Internação O paciente ficará internado pelo período que for necessário.		
Exclusões As que não constarem no contrato.		
Opcionais ou aditivos contratuais I Amplia a cobertura para cirurgias cardíaca e neurológica; videolaparoscopia, hipertermia, cineangiocoronarioplastia, cineangiocoronariografia, utotripsia (limite de 01 sessão por beneficiário).		
Opcionais ou aditivos contratuais II Amplia a cobertura da quimioterapia para 20 sessões por beneficiário; da radioterapia para 40 sessões por beneficiário; da ressonância nuclear magnética para 1 exame/ano por beneficiário; das próteses e órteses (dependendo da negociação do contrato).		
Opcionais ou aditivos contratuais III Acrescenta o tratamento odontológico		

Quadro 6 - Tipos de contratos do Plano de Saúde do Hospital F.

Fonte: Santos & col., 2010.

Para os beneficiários que assinaram o plano no período posterior à lei antiga, o valor da mensalidade era maior, justificado pela ausência de tempo de carência e por possuir uma cobertura mais ampla de acordo com a Resolução CONSU n.º 04 de 04 de novembro de 1998, que “*Dispõe sobre as condições e prazos previstos para adaptações dos contratos em vigor à data de vigência da legislação específica*”, explicitando em seu § 2º que

os contratos em vigor há 5 (cinco) anos ou mais e os contratos que não possuem cláusula de exclusão de doenças e lesões preexistentes, doenças específicas e/ou coberturas estabelecidas nos artigos 10 e 12 da Lei n.º 9.656/98 e suas regulamentações específicas, não são passíveis de exclusões nem de cobertura parcial temporária.

O Hospital F utilizava, então, a tabela da Associação Médica Brasileira (2012, AMB/92) para liberações desse tipo de contrato. Essa tabela era utilizada pelos planos de saúde e continha a padronização dos coeficientes de honorários de profissionais e de procedimentos vinculados ao plano (ANS, 2013).

Além do tipo de plano, o beneficiário ainda podia optar pelo Plano Individual ou Familiar ou pertencer ao Plano Empresarial (empresas com mais de 30 funcionários incluídos no plano eram isentas de tempo de carência, as com menos de 30 funcionários tinham o tempo de carência determinado por lei²⁰), da instituição onde trabalha. Os cônjuges, os(as) companheiros(as) em convívio igual ou superior a 5 (cinco) anos, os(as) filhos(as) em comum; filhos (as) inválidos (as) de qualquer idade, mediante comprovação; filhos (as) solteiros (as) até a idade de 23 (vinte e três) anos eram considerados dependentes.

- c) **Autorização** - era responsável pelos atendimentos de laboratórios e consultórios que ligavam para o *Call Center* pedindo autorizações para liberação do serviço para cliente. Enquanto a empresa não tivesse a confirmação de que o cliente do plano estava em dia com suas obrigações financeiras, ele não era atendido.

Entretanto, **essa divisão das atividades causava problemas na resolubilidade do atendimento**, pois, enquanto uma ilha estava com fila de espera para atendimento, a outra estava vazia. De um lado, operadores ociosos e, de outro, operadores sobrecarregados. A gerência resolveu essa situação, adotando o sistema de atendimento por chegada de ligação, ou seja, o **Primeiro que Entra é o Primeiro que Sai** (PEPS).

Mas essa medida também não resolveu o problema devido ao tempo em que o operador bloqueava a linha no atendimento, em razão das dificuldades encontradas no manuseio com os sistemas de informação utilizados pelo *Call Center*.

Assim, quando chegamos ao campo, a insatisfação era geral. Tanto os operadores de teleatendimento quanto os beneficiários, os prestadores e mesmo a gerência do Hospital F estavam frustrados com a qualidade dos serviços e com as tentativas insuficientes feitas em busca de soluções. Essa insatisfação produzia, entre os trabalhadores do setor e a chefia, muita tensão, conflitos, sofrimentos, queixas, demissões, adoecimentos provocados por estresse intenso, como apontado na pesquisa de Pontes, Cordeiro e Silva (2006).

²⁰ Prazos máximos de carência estabelecidos na Lei 9.656/98: casos de urgência e emergência, como por exemplo, casos de parto a partir da 38ª semana de gravidez (300 dias) – prazo de 24 horas; demais casos (consultas, exames, internações, cirurgias) – prazo de 180 dias.

4.2 Os setores vinculados ao *Call Center*

Os serviços de *Call Center*, mesmo depois de terceirizados, continuaram sendo administrados pelos seis setores administrativos do Hospital F. A seguir, relacionamos esses seis setores e suas respectivas competências²¹. (ver Figura 10).

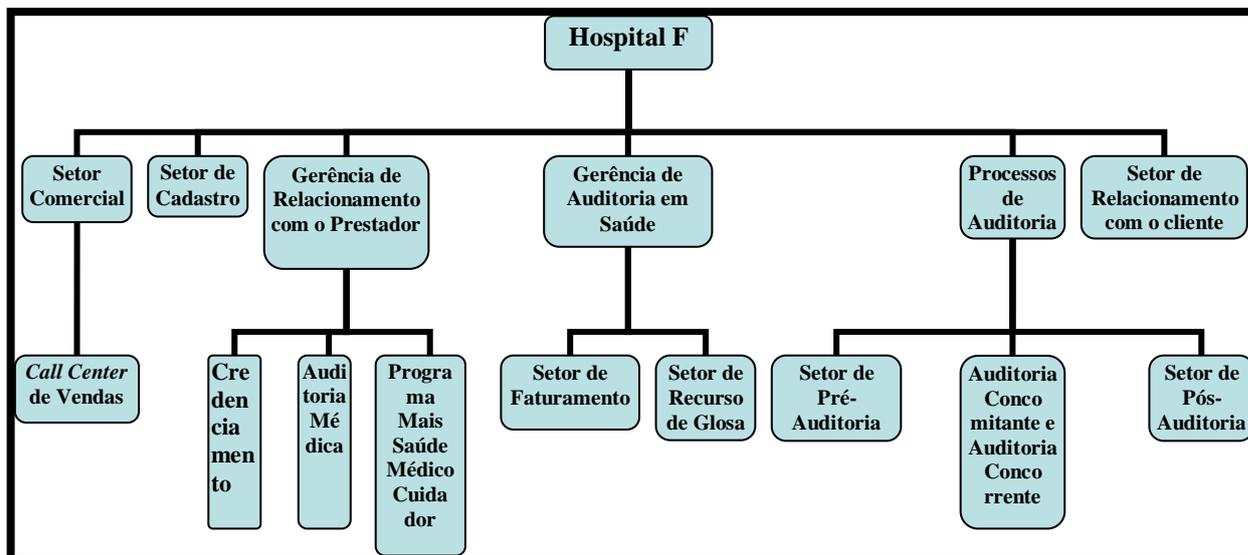


Figura 10 - Organograma dos setores do Hospital F relacionados ao *Call Center*

Fonte: Sousa, Silveira, Dibai, & Costa (2010).

- A. **Setor comercial** – Era responsável pelas vendas, campanhas comerciais, lançamento de novos produtos, coordenação dos representantes comerciais e *Call center* de vendas. O *Call Center* de vendas recebia ligações de clientes interessados em contratar um plano de saúde do Hospital F e, após análise da solicitação, encaminhava o cliente ao setor comercial. A partir desse contato, o setor comercial, através de seus representantes, negociava com o cliente e fazia o contrato.

O setor era composto de 28 representantes, divididos em 4 grupos, e cada grupo era supervisionado por um analista comercial responsável pela resolução e encaminhamento de todos os problemas relacionados aos representantes comerciais e/ou aos contratos vendidos por eles.

- B. **Setor de cadastro** – Era responsável pela coordenação de **cadastro e cobrança**. O **cadastro** recebia os contratos individuais/familiares e empresariais (inclusive movimentações), conferia as documentações e realizava o processo de cadastramento. Quando havia irregularidade na documentação analisada, todo o contrato era devolvido ao representante comercial e somente era reanalisado depois

²¹ As informações sobre as atividades dos setores foram obtidas via **Manual de Rotinas do *Call Center*** do Hospital F elaborado por Sousa, Silveira, Dibai e Costa (2010) e, complementadas mediante observações e conversas com os operadores.

de efetivadas todas as correções. Cabia ao setor executar no sistema todas as solicitações referentes às alterações contratuais, aos cancelamentos, à alteração de vencimentos, à exclusão ou inclusão de módulos acessórios (odontológico/remoção), à inclusão ou exclusão de beneficiários, entre outras competências.

Quanto à **cobrança**, o setor era responsável pelo cálculo e aplicação dos reajustes de acordo com a sinistralidade do contrato empresarial já que, para os contratos empresariais esse critério podia ser avaliado, enquanto, no caso dos contratos individuais, o setor fazia o lançamento no sistema seguindo o índice permitido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O cálculo de reajuste do contrato empresarial era baseado no equilíbrio financeiro da empresa. A partir de dezembro de 2010, o setor passou a ser responsável também pela **emissão de boletos**, com a finalidade de acompanhar todo o processo desde o recebimento do contrato, cadastro e emissão do primeiro boleto.

O setor contava com três funcionários coordenados por um supervisor.
--

- C. Gerência de relacionamento com o prestador** – Era responsável pela coordenação do Programa Mais Saúde - Médico Cuidador e pelos projetos Inhotim, Patos de Minas, Sincavir, Programa de Saúde Mental, Programa de Ampliação da Rede Própria (explicitados no Apêndice 1) e outros ainda em andamento. Além desses projetos, o setor era responsável pelo **credenciamento**, pela **auditoria médica**.

Este setor administrava, na época da pesquisa, 626 (seiscentos e vinte e seis) consultórios (particulares e em clínicas), 97 (noventa e sete) clínicas, 24 (vinte e quatro) hospitais, 16 (dezesesseis) laboratórios. Esses dados são importantes para mensurar o fluxo e o conteúdo de ligações e o perfil de clientes atendidos pelo <i>Call Center</i> do Hospital F.
--

Para gerenciar essas atividades, o setor contava com 5 (cinco) funcionários: 1 (um) gerente geral de relacionamento com o beneficiário-prestador e 1 (um) assistente a essa gerência, 1 (um) coordenador de credenciamento , 1 (um) coordenador da auditoria , médico responsável pela auditoria concorrente qualificada, perícia e junta médica, e 1 (um) coordenador, médico responsável pelo Programa Mais Saúde - Médico Cuidador .
--

As atividades dessa gerência serão descritas a seguir.

As atividades de credenciamento consistiam em: rescindir contratos com os prestadores de serviços de saúde (físicos e jurídicos) que não estivessem cumprindo os pactos contratuais; acompanhar, analisar impactos financeiros e avaliar atendimento; realizar contratos administrativos; analisar a demanda da rede credenciada; atualizar, liberar e padronizar os códigos e valores no sistema de informática conforme contrato e acordos; formatar tabelas diferenciadas conforme negociação; atualizar a base de

dados para confecção de manuais do usuário e do site do Hospital F; manter contatos com os prestadores físicos e jurídicos; divulgar informações para os prestadores físicos e jurídicos; fazer visitas técnicas e administrativas aos prestadores credenciados acompanhados por uma enfermeira qualificada para avaliar as condições físicas e a qualidade do atendimento; analisar as tabelas de taxas, de materiais e medicamentos utilizados pelos beneficiários em seus procedimentos, a partir da autorização da auditoria; fazer visitas para implantação de credenciamento referente aos processos de autorização; realizar o faturamento de acordo com o padrão obrigatório de Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS)²² referente aos dados de atenção à saúde.

As **atividades de auditoria médica** correspondiam: à análise da permanência de internação hospitalar por meio das solicitações de prorrogações de prazos; à discussão técnica com o médico-assistente do beneficiário internado, quando a necessidade era identificada pela auditoria concorrente; às glosas²³ administrativas ou técnicas quando identificadas inadequações pela auditoria concorrente; à análise das solicitações de interconsulta médica e exames de média e alta complexidade dos pacientes internados, acompanhando o prazo de realização desses procedimentos, pelo acompanhamento da auditoria concorrente; ao acompanhamento de solicitações negadas aos beneficiários junto à auditoria prévia por questões contratuais e reanalisadas pelo auditor concorrente, que avalia em seguida se é ou não vantajoso para a Operadora a cobertura do procedimento negado; à captação e avaliação de pacientes crônicos para inclusão no Programa Saúde Ativa²⁴.

Esse setor captava, em média, por mês 74 (setenta e quatro) novas adesões de médicos cuidadores e atendiam cerca de 2100 (duas mil e cem) ligações.

²² A nova versão do Padrão TISS está vigente desde 09/10/2012, conforme a Resolução Normativa – RN 305 de 08 de outubro de 2012 e a Instrução Normativa – IN nº 51 de 08 de outubro de 2012, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES. A partir da versão 3.0 do Padrão TISS as operadoras de planos privados de assistência à saúde e seus prestadores de serviços de saúde devem disponibilizar, sem qualquer ônus, os dados de atenção à saúde do Padrão TISS, solicitados pelo beneficiário, por seu responsável legal ou ainda por terceiros formalmente autorizados por ele, atendendo os requisitos de segurança e privacidade do Padrão TISS. (ANS, 2012).

²³ A glosa pode ocorrer em função da falta de documentação adequada, da incorreção dos valores cobrados, entre outras questões. Quando se identifica um item glosado, o operador tem de refazer sua tarefa; se não conseguir resolver o item glosado, é obrigado a encaminhar essa pendência para a auditoria. Uma glosa pode atrasar um atendimento ou um pagamento ao prestador em um prazo de até 2 meses. Por isso, identificar as glosas com agilidade é essencial. Esse foi um dos motivos por que a alta gerência do Hospital F resolveu implantar o *software* Saturno, como veremos adiante.

²⁴ O Programa Saúde Ativa é uma prestação de serviços de saúde a domicílio feita pelo Hospital F como parte de um programa maior do governo de Minas Gerais de “desospitalizar” pacientes que possam receber cuidados em casa e, assim, abrir mais vagas para o Sistema Único de Saúde.

Na época, esse profissional realizava, em média, por mês, 74 (setenta e quatro) perícias; negociava 758 (setecentas e cinquenta e oito) prorrogações de prazos de internações; encaminhava cerca de 139 (cento e trinta e nove) obesos para o Programa Pré-Cirurgia Bariátrica; realizava 303 (trezentas e três) entrevistas qualificadas para emitir diagnósticos.

Esses dados são importantes para a pesquisa porque os operadores necessitavam do médico auditor para liberação dos procedimentos citados e, muitas vezes, não o encontravam disponível, seja pelo excesso de trabalho, seja pelo horário de trabalho desse profissional. Nesses casos, cabia à supervisão do *call center* analisar a situação. Ela possuía a senha do auditor e emitia a autorização. No caso de solicitações feitas no período do turno noturno, principalmente as feitas durante a madrugada, os responsáveis por analisar os casos eram os próprios teleatendentes. A supervisora passava a senha do auditor para eles e eles ficavam responsáveis por essas situações, o que aumentava a tensão deles, temerosos de consequências de decidirem cometendo erro e sofrerem consequências que os prejudicassem.

Esse setor captava, em média, por mês, 74 (setenta e quatro) novas adesões de médicos cuidadores e atendia cerca de 2100 (duas mil e cem) ligações.

- D. Gerência de auditoria em saúde** – esse setor era responsável pelo **Faturamento** e pelos **Recursos de glosa**. Cabia a ele receber e deliberar sobre as solicitações e liberação de guias emitidas pelo Call Center e pela **Pré-Auditoria**; sobre as avaliações dos atendimentos hospitalares e as liberações de contas para faturamento emitidas pela **Pós-Auditoria**; sobre as análises das contas auditadas e as emissões das notas fiscais emitidas pelo setor de **Faturamento**.

Esse setor era administrado por 3 (três) funcionários, sendo 1 (um) gerente geral, 1 (um) coordenador do setor de faturamento e 1 (um) responsável pelo setor de glosa. Seguem as atividades específicas realizadas pelo setor:

Atividades do setor de faturamento – responsável por analisar o controle dos gastos hospitalares; avaliar a sinistralidade; avaliar a qualidade dos processos de auditoria; emitir relatórios de avaliação técnica e de relacionamento com os prestadores.

Atividades do setor de glosa – este setor foi criado para suprir a demanda advinda das mudanças geradas pela troca do Sistema de Informação da Operadora, que gerou um volume excessivo de glosas para o prestador. Assim, a principal função deste setor era orientar e atender constantemente o prestador para corrigir as inadequações identificadas por meio das glosas de origem técnica (auditoria) ou administrativa (geradas pelo próprio Hospital F), a fim de melhorar os processos de faturamento. Em alguns casos, as novas guias eram relançadas pelo *Call Center*, que

emitia uma nova fatura para o prestador poder efetuar o pagamento, ou refaturava a cobrança.

Não foi possível mensurar o número de atendimentos desse setor, dado o volume intenso de ligações e por falta de condição para identificar os dados no sistema e analisá-los.

E. Setor de Processos de Auditorias – Este setor realizava as ações de **Pré-auditoria, Pós-auditoria, Auditoria Concomitante e Auditoria Concorrente**. Ele era administrado por 3 (três) médicos auditores e realizava as seguintes atividades:

Atividades de pré-auditoria – cabe-lhe, analisar as solicitações e as autorizações para posteriormente liberá-las. Essa análise desencadeava um processo de emissão de guias e documentos comprovantes de autorizações. Nos casos de autorização para Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) considerados como materiais de alto custo, assim que fosse recebida a solicitação, os pré-auditores realizavam o levantamento técnico do material a ser utilizado, as alternativas de mercado (concorrentes) e também verificavam se havia necessidade de negociar com os beneficiários antes da liberação do procedimento para que não houvesse desacordos nas fases seguintes.

Essa negociação era fundamentada de acordo com as tabelas contratadas, com as regras contratuais do plano e análise da situação de cada caso, buscando-se verificar se as solicitações eram abusivas e se os futuros gastos com a assistência prestada eram excessivos, como por exemplo, se havia excesso quanto aos procedimentos e às solicitações de materiais OPME.

Para evitar ou minimizar problemas, os pré-auditores forneciam suporte técnico e operacional para a equipe multidisciplinar envolvida com o Plano de Saúde do Hospital F, realizando as ações de:

a) **Credenciamento e manutenção de rede** por meio de reuniões de negociações com as instituições hospitalares ou Operadoras de Planos de Saúde.

b) **Auditorias de liberações prévias e auditorias de perícias prévias** por meio da padronização para as liberações de OPMEs e medicamentos de alto custo, regulamentada pela ANS-RN 167/2008²⁵.

²⁵ A Agência Nacional de Saúde começou a operar em 1998 e, com a Lei nº 9656 de 03 de junho de 1998, que *Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde*, definiu a obrigatoriedade das coberturas para o usuário de acordo com o tipo de contrato assinado. Em julho de 2010, entrou em vigor um novo rol de procedimentos.

Nesses casos, por muitas vezes, os próprios auditores “*se perdiam e tomavam condutas diversificadas*” O trabalho deles nesta fase era de extrema importância para o processo, pois nela se desenvolvia “o ‘*Olho Clínico da Auditoria*’, *que detecta possibilidades de novos acordos, buscando sempre o atendimento de qualidade dentro de uma melhor negociação.*”

“*Profissionais mal treinados, mal orientados, sem conhecimentos das técnicas básicas de enfermagem, quanto aos cuidados rotineiros com os pacientes, tais como: medicação, curativos, deambulação, mudança de decúbito, tricotomia, plano de cuidados, fazem com que estes custos e gastos tenham aumento significativo para os planos de saúde e para a instituição hospitalar*” (Representante do Hospital F no Call Center).

A responsabilidade pelo correto lançamento das guias e informações contidas em tela (nos sites da instituição, emitidas pelos programas de informação) era do auditor.

No entanto, aos finais de semana e no turno da noite, os operadores também eram responsáveis por avaliar as solicitações de emergência e urgência com o auxílio dos plantonistas e, mesmo diante dos dados lançados incorretamente, eles eram os responsáveis pelos transtornos decorrentes de sua avaliação/decisão. Esses dados são relevantes para o estudo porque o *Call Center* estava diretamente ligado a este setor.

Segundo o representante do Hospital F no Call Center, as ações conjuntas entre a controladoria dos Hospitais e a equipe de auditoria da Operadora do Plano de Saúde tinham diminuído o paradigma de “fiscal e polícia” referente às ações do auditor e, com isso, os contatos entre eles tinham-se tornado mais estreitos, o que contribuiu para melhores decisões e negociações.

Auditoria concomitante, na qual o auditor devia relatar as informações do paciente/beneficiário do plano de saúde obtidas por meio dos dados da Evolução da Equipe Multidisciplinar registrados no prontuário do beneficiário e dos dados obtidos pelo seu próprio relatório, ressaltando os cuidados com o código de ética profissional quando escrevia ou falava desses dados.

Auditoria concorrente era uma prática no âmbito da Auditoria de Enfermagem, que possibilitava verificar os casos de reinternações sucessivas e solicitações excessivas de procedimentos. Nesses casos, o beneficiário era indicado para programas de prevenção e educação da saúde, além da indicação para ser atendido no próprio domicílio. Essas ações reduziam as possíveis glosas. No entanto, para o sucesso dessas ações, era necessária uma atuação multiprofissional (médicos e enfermeiros) para analisar cada caso e fazer a

melhor indicação terapêutica visando à redução de custos e ao melhor atendimento ao beneficiário.

Pós-auditoria – Após a alta do paciente, o setor de faturamento do hospital no qual o paciente realizou os procedimentos e o setor de revisão das cobranças dos procedimentos médicos da operadora do Plano de Saúde tinham que acertar sobre o que foi feito e o que seria pago. Quando havia divergência na interpretação por alguma das partes, podiam ocorrer glosas ou cobranças indevidas.

- F. Gerência de relacionamento com o cliente** – Este setor realizava o atendimento de maneira presencial. Ele era responsável por receber as solicitações de alterações cadastrais e encaminhá-las ao setor de cadastro, que inseria e processava essas solicitações no sistema de informação.

Quando esse setor não conseguia atender às solicitações, havia um aumento do fluxo de chamadas para o *Call Center*.

4.3 A organização do trabalho no Call Center

Duas ações principais marcaram a organização de trabalho do setor de *Call Center* durante a pesquisa. A primeira, relativa à terceirização dos serviços. A segunda, relativa à implantação do software Saturno. Apresentaremos primeiramente as tarefas da gerência pós-terceirização, depois os dados relativos à implantação do *software* Saturno e em seguida uma descrição da organização de trabalho dos operadores.

4.3.1 Divisão de tarefas da gerência

A terceirização dos serviços de teleatendimento por meio de contratação de empresas prestadoras de serviços em *Contact Center* alterou significativamente a organização do processo de trabalho (ver Figura 11).

Prevendo os possíveis problemas decorrentes da demora nas respostas aos clientes por causa da alteração da logística do processo de organização do trabalho, foram criados os cargos de **Representante e Assistente do Representante do Call Center no Hospital F** para serem exercidos junto aos operadores, no mesmo local de atendimento. Competia a esses cargos:

Center; c) propor e implantar ações voltadas ao desenvolvimento do setor; d) realizar treinamentos; e) cumprir as políticas de recursos humanos; f) orientar, executar e fiscalizar as Normas Regulamentadoras; g) cumprir a legislação trabalhista; h) realizar outras funções quando necessárias à execução das atividades.

4.3.2 Os sistemas de gerenciamento de informação

No início, o *Call Center* contava com o apoio de alguns *softwares* na realização de suas tarefas. Antes da terceirização, quando o serviço de teleatendimento era realizado por ilhas de atendimentos que respondiam às questões específicas de **Consulta, Informação e Autorização**, os operadores utilizavam os *softwares* próprios para cada tipo de *expertise*, como por exemplo:

- a) **O Sistema de Agenda Médica (SAM)** - *software* antigo, utilizado principalmente para a ilha de consulta. Por meio dele, os operadores marcavam ou desmarcavam consultas por especialidades médicas.
- b) **O SPS Atend (SPS)** – *software* antigo, utilizado principalmente pelas ilhas de informação e autorização. Por meio dele, verificavam-se dados dos usuários; realizavam-se pedidos de solicitação de autorização; verificava-se se o plano estava ativo ou inativo; identificavam-se o número de contrato e as situações de inadimplência; verificavam-se as necessidades de algum procedimento extra, como remoção de paciente, cobertura odontológica, inserção em Programas do Hospital F (Programa Mais Saúde-Médico-Cuidador, por exemplo).

Além desses, a gerência utilizava alguns *softwares* de controle que possibilitavam o gerenciamento do fluxo das ligações bem como mensuravam a produtividade dos operadores. Esses *softwares* eram:

- c) **O Easy Call Agent** – que possibilitava ao operador a visualização do número do telefone do solicitante bem como a sua classificação (prestador ou beneficiário), e permitia ainda identificar o número de pessoas que aguardavam atendimento (a fila) e mensurar o tempo médio dos atendimentos (TMA) realizados pelos operadores e o número total de prestadores e beneficiários atendidos ao final do dia.
- d) **O Agent HiPat** – que registrava as pausas, o número total de ligações atendidas, os tempos de duração das ligações e a sinalização da fila de espera. Por meio

desse *software* e do *Easy Call Agent*, a gerência monitorava a evolução diária de atendimentos dos operadores. Para que esses *softwares* “conversassem entre si”, o *Call Center* utilizava ainda o *software* de suporte denominado Sistema Operativo Cliente Servidor (*Op Client*), baseado em “protocolos do tipo *Transmission Control Protocol* (TCP) da camada de transporte da arquitetura Internet TCP/IP” (Miranda, 2008, p.185).

Esse tipo de protocolo visava ao fornecimento de “um serviço confiável de transferência de arquivos fim-a-fim”, sendo responsável por “inserir as mensagens das aplicações dentro do datagrama de transporte²⁶ bem como por reenviar datagramas perdidos e por ordenar a chegada de datagramas enviados por outro computador”. Numa linguagem mais simples, o protocolo permitia abrir e fechar conexões, enviar e receber dados em conexões previamente estabelecidas; além de definir os mecanismos por meio dos quais as trocas de informações entre a origem e o destino (fim-a-fim) fossem mais confiáveis.

O TCP era responsável pelo controle de fluxo, controle de erros, sequência e multiplexagem de mensagens, mesmo no ambiente Windows (Miranda, 2008, pp.185-187).

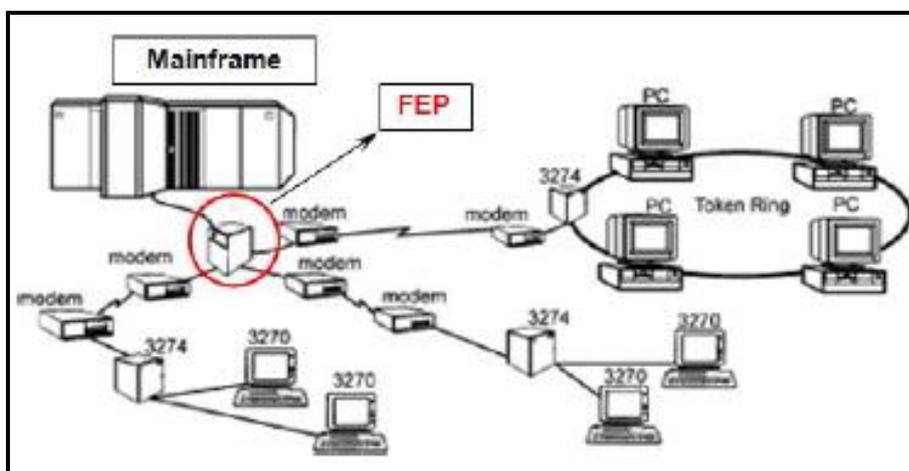


Figura 12 - Técnica de multiplexação²⁷
Fonte: Miranda, 2008, p.214.

A multiplexação (ver Figura 12) é uma técnica realizada por um programa ou aparelho multiplexador que viabiliza financeiramente as comunicações em redes de

²⁶ Datagrama – pacotes de rede que são transportados de uma máquina para a outra.

²⁷ A figura mostra um tipo de concentrador chamado “*Processador Front-End*” (FEP), que executa as tarefas de processamento de comunicação e requisição de serviços, gerenciando a interface entre o servidor e os terminais clientes. Esse gerenciamento consegue ampliar a possibilidade do servidor para um processamento exclusivamente de dados (Miranda, 2008, p.14).

computadores, em linhas telefônicas e no envio de telegramas, por permitir que mais de uma mensagem seja enviada via um mesmo meio de transporte. A comunicação via celular, com sua conseqüente popularização devido ao custo acessível à população, representa uma aplicabilidade de sucesso dessa técnica.

A desvantagem dessa técnica é que ela impõe a necessidade de filtrar os sinais enviados para se conseguir identificar a mensagem de cada usuário e, para tal, os serviços de telefonia precisam utilizar o aparelho (ou programa) denominado demultiplexador, responsável por executar essa filtragem (Mariano, 2008, pp.212-214). Mesmo com o demultiplexador nem sempre é possível filtrar os sinais e o sistema pode gerar indícios de ocupado ou “fora de linha”.

Para atender à complexidade da gestão de informações diversas, o Hospital F aprovou a implantação de um sistema de gestão de dados, que englobasse as funções dos *softwares* **Sistema de Agenda Médica (SAM)**, **SPS Atend (SPS)**, **Easy Call Agent e Agent HiPat**, avaliados naquele momento como insuficientes para suportar o número de clientes e a complexidade de um tipo de teleatendimento ativo. Segundo o discurso da diretoria do hospital, esse único sistema poderia gerar conhecimentos e indicadores fundamentais que a gerência utilizaria na busca da melhoria de qualidade dos serviços do *Call Center*. O Saturno foi implantado no dia 01 de abril de 2009, sob a supervisão da Empresa AD.

- e) **Saturno** - Dentre as funções do Saturno estavam as de processar autorização para consultas, internações e exames; viabilizar a comunicação com o médico auditor, acelerando a emissão de liberação de senhas para exames e procedimentos que necessitassem de passar por uma auditoria.

Mas sua implantação não trouxe o resultado positivo esperado e divulgado entre os operadores. Detectamos alguns fatores ocorridos antes, durante e após a implantação desse *software*, que interferiram negativamente no funcionamento do *Call Center*. São eles:

Primeiro. O planejamento e a decisão da troca de *software* foram feitos considerando-se os recursos materiais e físicos do Hospital F (2008), mas a implantação do Saturno se efetivou no ambiente da Empresa AD (abril de 2009), que, despreparada, não conseguia receber tantas chamadas e manter no ar seu servidor, o que provocou verdadeiros *black outs* de sistemas, reiniciações

frequentes, chamadas interrompidas, retrabalhos e maior insatisfação por parte dos usuários.

Segundo. O Hospital F, diante dos seus problemas financeiros, lançou, no segundo semestre de 2008, um programa denominado “**Corrida da minha vida**”, buscando aumentar o número de beneficiários no seu plano de saúde. Para isso convocou a participação de todos os setores da empresa, dizendo que a instituição precisava de todos para se sustentar no mercado. A campanha visava à ampliação de recursos, à melhoria das finanças da instituição e, ao mesmo tempo, à garantia dos empregos de seus funcionários. Os trabalhadores responderam ao chamado e, ao final de 2008, **8 mil “vidas”** foram acrescentadas ao plano.

Mas o problema foi que, exatamente no início de janeiro de 2009, finalizava o período de carência desses planos. O término da carência gerou um aumento intenso no fluxo de chamadas do *Call Center*, que passou de **3 a 4 mil ligações/dia para de 9 a 10 mil ligações/dia**, aumento provocado por aqueles que queriam usufruir do plano e que ligavam para o *Call Center* em busca de informações, esclarecimentos e pedidos de carteirinha.

Terceiro. Em todo **início de ano** no *Call Center*, o fluxo de chamadas aumentava devido aos pedidos de declarações a serem apresentadas ao Imposto de Renda.

Quarto. O início do mês era também um período sazonal caracterizado pelo aumento de fluxo de ligações no *Call Center*.

Quinto. Os dados não foram lançados no novo sistema. O sistema de informação que gerenciava essas solicitações, o *SPS Atend*, estava em fase de desativação. Os dados cadastrais nele inseridos estavam sendo transportados para o Saturno via setor de cadastro e até o momento da implantação do Saturno, os dados ainda não tinham sido transferidos, ou seja, ativaram um sistema de dados sem dados inseridos.

Sexto. Os responsáveis técnicos pelo Saturno não conseguiam resolver os problemas gerados pelo sistema. O *software* apresentava inconsistências tais como informar pendências de pagamentos quando o usuário estava quite com o plano, ou vice-versa, e liberar autorizações quando o usuário não tinha direito ao

benefício. Isso gerava inúmeros retrabalhos, auditorias, reclamações, conflitos entre os funcionários.

Enfim, esses fatores transformaram o dia a dia dos operadores em um espaço de tensão, ampliando sobremaneira as situações imprevisíveis, criando motivos de discussão, brigas, conflitos, mágoas, estresse, além de aumentar a “fila de ligações à espera” e a insatisfação dos clientes.

Os funcionários do Hospital F não conseguiam se adaptar à mudança, eram muitas as informações e muitas as habilidades que deviam ser adquiridas em um curto espaço de tempo. A seguir descreveremos o prescrito para as atividades dos operadores a partir da implantação do Saturno.

4.3.3 As atividades realizadas

Neste item, serão descritas, com auxílio de figuras, as tarefas do cotidiano de trabalho dos operadores. Para executar essas tarefas, o operador precisava realizar diversas ações principalmente nos sistemas SPS e/ou SATURNO. Os outros *softwares*, Sistema de Agenda Médica (SAM), *SPS Atend* (SPS), *Easy Call Agent* e *Agent HiPat* continuaram ativos aguardando os reajustes do Saturno.

Utilizamos o recurso da imagem para facilitar a exposição, mas também para demonstrar a complexidade da atividade relativa ao número de ações, ao número de janelas abertas simultaneamente, ao movimento de entrar e sair de um sistema para outro em busca de informações (principalmente as relativas ao número de protocolo e senhas de autorização do usuário) e aos movimentos de retornar e ter de realizar procedimentos anteriormente realizados, uma vez que os sistemas não gravavam os dados (como nos casos de revisões e verificações de glosas).

O recurso da imagem contribuiu ainda para demonstrar as exigências constantes feitas ao operador quanto à tomada de decisão, a trabalhar cognitivamente com processos simultâneos de raciocínios, à exigência de habilidades espaço-visuais na localização rápida do campo a ser preenchido, a ordenar e memorizar as informações liberadas pelos sistemas, a estar atento às informações que lhe eram repassadas pelos supervisores, pelos seus pares, além das exigências de estar em boas condições físicas e emocionais.

Optamos por apresentar as figuras do Manual de Rotinas do *Call Center* do Hospital F, porque as obtidas via arquivo particular, na medida em que revelavam dados que

identificavam ora o trabalhador ora a instituição, desconsideravam os preceitos éticos desta pesquisa.

Foram acrescentados às figuras os dados obtidos nas observações de campo. No prescrito havia 12 (doze) tarefas principais: 3 (três) no sistema SPS e 9 (nove) no sistema Saturno (ver Quadro 7). Mas, ao observarmos o operador trabalhando, verificamos que, em vez das 3 (três) tarefas constantes no SPS havia 18; e, em vez de 9 no Saturno, havia 81 ações como explicitaremos a seguir.

SPS	SATURNO
1. Como fazer <i>login</i> ? 2. Como localizar o beneficiário? 3. Como verificar os boletos do beneficiário?	1. Como fazer <i>login</i> ? 2. Como localizar o beneficiário? 3. Como verificar boletos? 4. Como lançar guias SADT (exames ou consultas) e de Internação? 5. Como localizar guia por número de protocolo ou senha? 6. Como cancelar guias? 7. Como encaminhar guias para a auditoria? 8. Como liberar guias que retornaram da auditoria r? 9. Como amarrar guias?

Quadro 7 - Os sistemas de informação e as tarefas dos operadores.

Fonte: Dados pesquisa, 2013.

4.3.3.1 Sistema SPS

a) Como fazer login?

Primeiramente, quando o operador chegava ao seu Posto de Atendimento (PA), ele precisava inserir sua matrícula e sua senha individual. (ver Figura 13).



Figura 13 - Sistema SPS: como fazer *login*.

Fonte: Sousa, Silveira, Dibai, & Costa (2010, p.70).

Este ato configurava o início de seu dia de trabalho bem como acionava os mecanismos do sistema capazes de avaliar seu desempenho, marcar as pausas, tempos de espera e outros.

CADASTRO

- Registro beneficiário
- Consulta beneficiário
- Iniciar novo contrato para beneficiário cadastrado
- Gerar carteira beneficiário
- Registro óbito beneficiário
- Registro tabela de preços
- Reativar contrato cancelado
- Relatórios gerais
- Relatórios de contrato propostas
- Relatório de benefícios

9	10	11	12	13	14	15	16	17
LEGENDA								
1	Vendas	7	Janelas	13	SPS Atende			
2	Cadastro	8	Ajuda	14	Saturno			
3	Atendimentos	9	Iniciar	15	Introdução+corrigido			
4	Cobrança	10	Internet Explorer	16	Treinamento Call Center			
5	SIAC	11	Localizar	17	Relógio			
6	Fidelização	12	Zimbra entrada					

Figura 14 - Sistema SPS ATEND.

Fonte: Sousa, Silveira, Dibai, & Costa (2010).

b) Como localizar o usuário?

Ao começar a atender as chamadas, era necessário, primeiramente, o operador localizar e registrar o usuário. Para isso, o operador precisava clicar em **Cadastro** e depois **Registrar o beneficiário**. Mas, muitas vezes, o beneficiário ou o prestador não tinham as informações para sua localização. Nesses casos, o operador precisava recorrer a algum tipo de dado que o levasse ao usuário, como por exemplo, o número de Cadastro de Pessoa Física (CPF), data de nascimento do beneficiário, nome do médico relacionado à demanda, nome do

cliente digitado de maneiras diversas. Quando essas tentativas não eram suficientes para identificar o usuário, a chamada era cancelada.

Mas, se ao contrário, ele fosse identificado por quaisquer desses meios, aparecia o número do cartão ou o nome do solicitante; então, era preciso classificá-lo em uma das categorias **beneficiário ou prestador** e ao lado da categoria digitar o número do cartão ou o nome do solicitante.

Como alguns usuários podiam estar vinculados a mais de um plano, o operador precisava ficar atento e clicar no plano categorizado como **Ativo** pelo sistema para não gerar **glosas** no sistema por lançamentos indevidos ou mesmo para não dar informações erradas ao solicitante. Por exemplo, o solicitante alterou a modalidade de plano. O sistema, nesse caso, desativava o plano anterior, mas o preservava em seus registros e inseria os dados do solicitante em um novo plano; se o operador clicasse no plano desativado, poderia transmitir informações erradas para todo o sistema.

Assim que o operador clicava em **Ativo**, apareciam na tela todos os dados do solicitante. A partir desse ponto, ele ficava indo de uma tela a outra do cliente, ora preenchendo dados ora conferindo com o cliente ora buscando outros dados nos sistemas caso o próprio solicitante não tivesse as informações necessárias para seguir no atendimento

Ele chegava à primeira tela, após clicar em **Retornar**, para ver o tipo de contrato do usuário com todos os seus dados. O operador verificava a situação do solicitante preparando-se para prosseguir ou não no atendimento (no caso de o cliente estar em atraso de pagamento ou o plano ter sido cancelado, não era possível seguir no atendimento). Nesses casos, o operador informava a situação e o cliente deveria tomar as devidas providências caso quisesse usufruir do plano.

c) Como verificar boletos?

Antes que a solicitação fosse feita, o operador verificava se o solicitante estava quite com o plano. Estar em dia com o plano configurava-se como condição fundamental para a liberação dos benefícios. Para essa verificação, era necessário efetivar os procedimentos

- I. O operador precisava clicar no ícone **Fatura**.
- II. Em seguida, clicar no ícone **Cobrança titular**.
- III. E, no ícone **Boleta Venda**.

- IV. Em seguida, clicar na **lupa** referente ao **número do contrato** do usuário e **digitar** este número.
- V. O operador precisava **digitar o mês e ano** de vencimento.
- VI. Número do contrato.
- VII. Clicar no ícone **Situação da Fatura** a opção **Todas**.
- VIII. Clicar em **Pesquisar**.
- IX. Clicar em **Retornar Todas**.
- X. Ao clicar em Retornar, o operador conseguia visualizar a tela de cada boleto e as informações referentes à quitação, data de pagamento, valores, coparticipações e juros.
- XI. Para verificação dos boletos, o operador contava com o auxílio das ferramentas: **seta azul** (conduzia o operador ao boleto seguinte) e **seta vermelha** (conduzia o operador ao boleto mais recente).

Com esses procedimentos, o operador conseguia visualizar todos os boletos de pagamentos e podia analisar a situação financeira do solicitante em relação ao plano de saúde. Além dessas informações, o sistema possibilitava passar de uma tela a outra mostrando os boletos recentes e antigos por meio da ferramenta setas.

Com a ampliação do plano de saúde do Hospital F, com o aumento do número de informações, com a diversidade de clientes, e as informações vindas de locais diversos, o sistema SPS tornou-se insuficiente para gerenciar as demandas e informações necessárias à resolução das situações e foi implantado o **Saturno** cujas funções serão descritas a seguir.

4.3.3.2 Sistema SATURNO

a) Como fazer login?

Com a implantação do sistema Saturno, os operadores tiveram de lidar com dois sistemas simultaneamente, ora por estarem mais acostumados com o SPS ora porque o Saturno desconectava e saía do ar deixando o operador sem as condições necessárias para finalizar o atendimento. Para entrar no Saturno, o operador precisava fazer o *login*, **digitando seu número de matrícula** e sua **senha individual**. A figura 15 apresenta parte dos ícones nos quais o operador precisava clicar para realizar suas atividades.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

Contrato Financeiro

Rescisão/Exclusão/Reinclusão

Inclusão/Troca de Módulo

Negociação Prepagamento

Rescisão de Módulo

Transferência de Contrato

Beneficiário

Geração de Cartão

Alteração de Validade de Cartão

Solicitação de Serviço

Solicitação de 2ª. Via

Geração de Cartão 2ª via

Bloquear/Desbloquear

Espelho de Cobrança

Geração de Documento

Geração e Emissão de Documento

Documento Financeiro

2ª via Emissão Documento Bancário

2º. Passo Remoção

3º. Passo Exclusão Documentos

JANELAS DO SATURNO

<p>Solicitações de serviço</p> <p>Eventos</p> <p>Movimentações</p> <p>Dependentes</p> <p>Carência de benefícios</p> <p>Documentos em aberto</p> <p>Execuções vinculadas à solicitação</p> <p>Bloqueia/Desbloqueia/ Devolve cartão</p> <p>Solicitação 2ª. via de cartão</p> <p>Inclusão ou troca de Módulo</p> <p>Ficha de saúde</p> <p>Histórico de solicitações</p> <p>Declaração de saúde</p> <p>Extrato beneficiário</p>	<p>Pedido de revisão de solicitação de serviço</p> <p>Revisão do auditor</p> <p>Prorrogação da data de validade final</p> <p>Conclui solicitação de serviço</p> <p>Estorno da situação de solicitação de serviço</p> <p>Cancela solicitação de serviço</p> <p>Cancela qualquer solicitação de serviço</p> <p>Complementações</p> <p>Impressão da guia</p> <p>Gera doc. financeiro</p> <p>Exclusão doc. financeiro solicitante</p> <p>Quita doc. financeiro</p> <p>Cancela quitação doc.</p> <p>Emissão doc.</p> <p>Instala composição Ajuste</p>	<p>Beneficiários</p> <p>Ajustes eixos</p> <p>Ajustes p/competência</p> <p>Negociação repasse</p> <p>Suspensões</p> <p>Negociações, aquisições de módulos</p> <p>Observações</p> <p>Exclusão de movimentações da operadora</p> <p>Redes referenciadas</p> <p>Documentos</p> <p>Negociações tabela cobrança</p> <p>Negociação adiantamento</p> <p>Negociações tipo Ato</p> <p>Negociações tipo Pós</p>
--	---	---

LEGENDA

1 – Comercialização	4 – Pagamento	7 – CRM	10 – Regras
2 - Autorização	5 –Cobrança	8 –Contabilidade	11 –Relatórios
3 - Auditoria	6 -Financeiro	9 –Dados corporativos	1 2-Ajuda

Figura 15 - SATURNO: login
 Fonte: Sousa, Silveira, Dibai, & Costa (2010).

Se a solicitação fosse feita para marcar consultas, o operador precisava obter a informação sobre o médico, sua especialidade e verificar sua disponibilidade de horário. Para tal, clicava em **Conselho Regional de Medicina (CRM)** e depois em **Atender**. Uma vez localizado o médico e feitas as verificações necessárias quanto ao dia e o horário da consulta, iniciavam-se os procedimentos de registro da solicitação.

b) Como localizar o usuário?

Para localizar o usuário, era necessário identificá-lo no sistema.

2.3 O operador precisava digitar o número do cartão do usuário.

2.4 Clicar no ícone **Recuperar** ou na tecla **Enter**.

2.5 O operador precisava confirmar o nome e a data de nascimento do usuário.

Obs: Para qualquer pesquisa no SATURNO, era necessário que a tecla *Caps Lock* estivesse ativada. O programa só reconhecia nomes em letras maiúsculas.

O operador pedia ao solicitante que dissesse o número de seu cartão e, se não obtivesse a resposta, tentava localizá-lo via nome completo. Caso, ainda assim, não encontrasse o nome completo do beneficiário, o operador precisava usar um recurso de busca do Saturno que aumentasse a possibilidade de encontrar o solicitante.

Por exemplo, se o operador buscava o nome **Lecy Rodrigues Moreira**, mas o solicitante havia dito somente, **Lecy Moreira**. O operador então digitava **%Lecy% Moreira%** e o sistema realizava a busca de todas as pessoas que tinham esses nomes Lecy e Moreira e fornecia uma lista. O operador checava, então, com o solicitante qual nome da lista era o dele.

Muitas vezes, o erro era do próprio operador que havia digitado em letras minúsculas e o sistema só reconhecia letras maiúsculas; outras vezes, o problema era do solicitante, que falava de um modo a não se fazer entender pelo operador; outras vezes, a letra do médico era difícil de ser compreendida.

c) Como verificar boletos?

Identificado o solicitante, era preciso verificar sua situação quanto ao pagamento. Para isso, o operador executava as ações de:

- 3.1 **Clicar** no ícone da **Lupa** referente ao número de contrato, **digitar o número do contrato** e aguardava o processamento do sistema.
- 3.2 **Clicar** na opção **Documentos** ou clicar no botão direito do mouse para chegar à **tela dos boletos** onde era apresentada uma **lista** com todos os boletos do solicitante.
- 3.3 **Identificar** na lista qual boleto pesquisar, já que o sistema abria o histórico do beneficiário ou do prestador e cabia ao operador selecionar de acordo com a demanda específica.
- 3.4 **Clicar** duas vezes no boleto específico em que deseja obter informações e esperá-lo abrir.
- 3.5 **Clicar** no ícone **Itens** ou clicar no botão direito do mouse para **verificar** o que foi cobrado no boleto.

O sistema mostrava os dados do boleto solicitado e o operador verificava os dados de lançamento realizados, conferia com o cliente e seguia no atendimento.

d) Como lançar guias de Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT)?

Se a solicitação envolvesse marcação de exames, consultas ou mesmo internação, o operador tinha de seguir o prescrito para lançamento de guias de Serviços Auxiliares, Diagnósticos e Terapias (SADT).

- 4.1 **Localizar** o beneficiário conforme instrução anterior, lembrando que o Plano de Saúde do Hospital F tinha três níveis (o bronze, o prata e o ouro) e que o sistema reconhecia cada um deles por meio de um código específico²⁸, ou seja, o código lançado no sistema identificava o tipo de solicitação, o tipo de plano pertencente ao usuário e o local onde o beneficiário seria atendido. Mas, muitas vezes, ele precisava ir para outro hospital que o plano não cobria. Nesses casos, iniciava-se a negociação, via operador, com a auditoria. Mas, se a solicitação pudesse ser atendida conforme condições do plano, o operador seguia para o passo seguinte.
- 4.2 **Clicar** em **Solicitações de serviços** ou clicar no botão direito do mouse.

²⁸ Exemplos: se a consulta fosse realizada em consultório, o código do Plano Ouro era 10033, o do Plano Prata era 10032 e o do Plano Bronze era 10031. Mas, se a consulta fosse realizada em clínicas, o código do Plano Ouro era 10017, o do Plano Prata era 10016 e o do Plano Bronze era 10014.

- 4.3 **Clicar** em **Novo** para que o sistema registrasse que o beneficiário estava solicitando um novo procedimento, exame ou serviço.
- 4.4 **Perguntar** ao beneficiário ou ao prestador o **número do CRM** do médico. Para que o registro fosse efetivado, o operador tinha de lançar o nome e a especialidade do médico que solicitou o procedimento/exame/serviço.
- 4.5 **Digitar** o número de registro do médico, no campo **Código Reduzido**. Caso o médico possuísse apenas um registro, o operador podia clicar no ícone **Retornar** ou na tecla **Enter** para prosseguir no atendimento. Caso o médico tivesse mais de um registro, o **operador tinha de escolher o registro de número menor** (às vezes o médico possuía mais de um registro, devido às especialidades de sua formação).
- 4.6 **Clicar** na **especialidade** do médico solicitante.
- 4.7 Até aqui o operador tinha preenchido os campos referentes ao médico.
- 4.8 A partir daqui, dependendo da solicitação, o operador tinha de abrir cada uma das seis abas do ícone **Solicitação** (**Diagnóstico, Modalidade, Itens, Internação, Encaminhamento e Registro**) e ir inserindo e conferindo dados, em cada uma delas, ao final de cada uma apertava **Novo**, para que o sistema registrasse o lançamento e **Voltar** para prosseguir na Aba seguinte.

Por exemplo, na **Aba Diagnóstico**, o item **“Justificativa”** tinha de ser preenchido; caso contrário, a solicitação gerava glosa e, ao final do atendimento, o operador tinha de voltar à mesma aba para completar seus lançamentos. Era preciso ainda preencher o campo do Código Internacional de Doenças (**CID**) quando escrito na guia. No entanto, para os casos de internação, o CID era obrigatório.

Com a **justificativa e o CID preenchidos**, o operador tinha que marcar uma das opções, respeitando a **classe do evento solicitado**. A classe de eventos era composta pelas categorias: **consulta**, **diagnose**, **internação cirúrgica**, **internação clínica**, **remoção**, **tratamento ambulatorial cirúrgico**, **tratamento ambulatorial clínico**.

Logo em seguida era preciso clicar na **Aba Itens** e inserir, no sistema, o evento solicitado; por exemplo, **Consulta**, e clicar em **Novo**.

A **Aba Internação** só era aberta e preenchida nos casos de internação. Nesses casos, o operador tinha de lançar todos os dados que viabilizassem a internação do solicitante. Era obrigatória a inserção do código da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde em sua décima versão, também conhecido como da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), para que os auditores ou mesmo o sistema pudessem avaliar se, no plano do beneficiário, o procedimento/exame/serviço estava incluído.

A **Aba Encaminhamento** só era aberta e preenchida pelo operador em casos de o beneficiário ser encaminhado a outro procedimento, a outra especialidade ou a outro hospital a partir de uma solicitação já realizada.

Quando o operador chegava à **Aba Registro**, ele estava finalizando os lançamentos de solicitação, mas agora era preciso encaminhá-los para a auditoria autorizar e liberar.

4.9 Então era preciso **clicar em salvar** e o sistema automaticamente encaminhava os lançamentos, via **ícone auditoria**, ao setor de auditorias para serem analisados. Após analisá-los, a auditoria, liberando ou não a autorização, enviava sua resposta ao operador via sistema.

4.10 Na tela da auditoria, o operador precisava conferir primeiramente quais procedimentos constavam no sistema como **liberados** para os usuários.

4.11 Se os procedimentos solicitados estivessem liberados, o operador poderia clicar na **Aba Geral**. Mas, o operador precisava ficar muito atento porque sua ação, ou seja, clicar na **Aba Geral**, gerava automaticamente uma **senha de autorização** que liberava a realização do procedimento/exame/internação.

Se o operador errasse, ele era responsabilizado pelos lançamentos indevidos, principalmente por aqueles que geravam mais custos do que os previstos pelo plano. Ele recebia advertência e ficava sob os olhares da supervisão.

Uma vez liberada a senha para o cliente, o atendimento estava finalizado.

e) Como localizar guias?

Quando o beneficiário ou prestador telefonavam para saber se a solicitação de liberação de uma guia havia sido aprovada ou para identificar alguma glosa sobre determinada guia, o operador devia, primeiramente, seguir as instruções prescritas de localização de guias. Isto é:

5.1 Clicar em **CRM**. O operador procurava as informações via registro do médico (CRM) e via autorizações e, em seguida, digitava o número do protocolo ou a senha de autorização anteriormente repassada ao usuário. Com esses dados, conseguia responder as questões feitas pelo solicitante e passar para o item seguinte.

5.2 Clicar no ícone **Autorizar**.

f) Como cancelar guias?

Quando a solicitação era a de cancelar guias, por causa de duplicidade, de cancelamento de plano, de ausência do benefício no plano do solicitante e, até mesmo por causa de óbito - caso em que a guia podia poderia ser emitida e o solicitante ter vindo a falecer antes mesmo de ser atendido - o operador iniciava o procedimento prescrito:

6.1 Após ter localizado o protocolo como explicitado na instrução anterior, o operador clicava no ícone **Cancela Solicitação Serviço** ou clicava no botão direito do mouse, escolhia a opção a ser cancelada em uma lista de opções. E, ao fazê-lo, o sistema alterava a situação da solicitação para **cancelada**. O operador precisava se certificar se a alteração foi realmente realizada e encerrava o atendimento.

g) Como encaminhar guias?

No entanto, podia ocorrer a situação de a solicitação de liberação de uma guia ter apresentado algum tipo de glosa (administrativa) ou se encaixar em um dos casos previstos para encaminhamento ao setor de auditorias, como, por exemplo, nos casos de autorização para Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME). Nesses casos, o operador seguia as instruções prescritas:

7.1 O operador devia **verificar a glosa** informada pelo sistema.

7.1.1 Se a **glosa** fosse **administrativa**, o operador devia tentar resolver com a **supervisão**.

7.1.2 Se a **glosa** fosse **técnica**, ele devia encaminhá-la para a **auditoria**.

Assim, verificados o tipo de glosa ou o tipo de encaminhamento necessário, o operador precisava lançar no sistema o estorno da solicitação anterior, já que a situação iria ser novamente avaliada pelo setor competente.

Para isso, ele iniciava o procedimento prescrito de **estorno de solicitação de serviço**, evitando, desse modo, a duplicidade de solicitações no sistema, o que poderia gerar duplicidade de faturamento e conseqüentemente reclamação do cliente.

7.2 O operador devia clicar no ícone **auditoria**, logo em seguida, na tela aparecia uma lista de opções.

7.3 Clicar em **Estorno da solicitação** ou clicar no botão direito do mouse.

7.4 A partir desse estorno, o operador clicava em **Processar** e na tela, apareciam opções.

Com esses procedimentos, o operador era encaminhado para a tela do auditor que iria fazer a revisão da solicitação. Ele precisava então **comunicar a esse auditor** a necessidade de revisão. Essa comunicação era efetivada quando o operador clicava o ícone processar.

7.5 Clicar em **Pedido de revisão de solicitação de serviço à auditoria** para efetivar o processo de encaminhamento. Ao processar essa informação, o sistema completava o processo de encaminhamento e gerava a situação **Negada**, ou seja, a solicitação anterior foi negada e encontrava-se em processo atual de revisão na auditoria.

Se o campo **Parecer** estivesse preenchido com a palavra **Negado**, isso significava que o lançamento fora feito corretamente e o operador podia finalizar o atendimento; caso contrário, ele teria de conferir onde ocorreu o erro. Somente após o sistema gerar a palavra **Negado**, o operador podia finalizar o atendimento.

Posteriormente, operador e usuários podiam ter acesso a essas informações e podiam verificar se a revisão tinha sido liberada ou se ainda estava em estado de pendência.

h) Como liberar guias?

As pendências geradas tinham de ser resolvidas. Cada pendência não resolvida era motivo para mais ligações ao *Call Center*. Para responder sobre pendências, o operador devia localizar o número de protocolo gerado no momento do atendimento, procurava pelo médico implicado na solicitação (procedimentos citados anteriormente).

A seguir, clicava no **“Primeiro cadeado”** na tela de **Revisão do Auditor** para obter as informações sobre o estado da pendência. Essas informações eram guardadas no sistema e protegidas por senhas, porque somente a auditoria, ou à sua ordem e o supervisor do *Call Center* podiam entrar no sistema e deliberar sobre a revisão. As situações em torno dessas senhas foram causas de muitas desavenças e sentimentos de mágoa, injustiças, bem como de alívio, como será revelado na seção de resultados.

Na prática, observávamos que essa senha era, em geral, repassada aos supervisores, que, por sua vez, a repassavam a alguns operadores nas seguintes situações: a) o horário de trabalho do auditor e/ou do supervisor não coincidia com o horário do atendimento, como era o caso principalmente dos atendimentos noturnos/madrugada. Nesses casos, o operador conhecia a senha e exercia a função de auditor/supervisor; b) o supervisor estava sobrecarregado, analisava os casos e solicitava a um operador que o ajudasse a liberar os pedidos.

Uma vez aberto o “primeiro cadeado”, o operador conseguia o acesso aos dados da guia e lançava as informações do motivo da liberação. Mas avisava ao cliente que a liberação final dependia da auditoria final. Clicava em **Processar** e voltava à **tela anterior**.

Em seguida, ele clicava no ícone **Revisão da Solicitação** e informava o novo parecer, ou seja, **Liberado**. Era necessário refazer o processamento dos dados clicando novamente em **Processar** e **Voltar à tela anterior**.

Na tela de **Revisão do auditor**, o operador precisava clicar no **“Terceiro cadeado”** para repetir as informações digitadas no **“Primeiro cadeado”**. Clicava novamente em **Processar** e conferia se o sistema havia efetivado a alteração para **Liberado**. Depois desses procedimentos, a guia estava liberada. O operador precisava então **Retornar para a aba Geral** e **informar** ao prestador ou beneficiário a **senha gerada**.

i) Como amarrar guias?

O recurso de “amarrar guias” do Saturno minimizava as possibilidades de glosas decorrentes de possíveis duplicidades de lançamentos, além de proporcionar o recurso de cruzamento de informações de um mesmo cliente ao longo de suas sucessivas solicitações. Assim, ao final de cada atendimento, o operador precisava “amarrar as guias”. Primeiro o operador tinha de realizar os procedimentos prescritos referentes à **localização de guias** por número de protocolo ou senha.

Uma vez localizada a guia, o operador clicava em **Complementações** para digitar as informações complementares da solicitação de acordo com o procedimento **Como lançar guias SADT**, citado anteriormente.

A partir daí, de acordo com esse procedimento, era necessário **abrir aba por aba** (diagnóstico, modalidade, itens, internação, encaminhamento e registro) conforme descrito anteriormente e **digitar nova justificativa** e **inserir o novo diagnóstico**.

A **Aba Modalidade** já estava preenchida pelo sistema. O operador precisava preencher os dados da **Aba Itens**, já os dados das **Abas Internação, Encaminhamento e de Registro** foram preenchidos automaticamente. Enquanto conferia os dados de cada aba, o operador somente **podia fazer ainda alguma alteração** nas abas de preenchimento automático se o usuário o solicitasse.

Após a conferência de dados e/ou alterações, o sistema **liberava** de imediato uma **nova senha** que ficava armazenada no sistema em um local (tela) diverso do de outras senhas de origem de solicitações. Caso essa senha não fosse gerada automaticamente pelo sistema, o operador sabia que algum tipo **de glosa havia ocorrido**. Nessa situação, o operador precisava **retornar ao sistema** e verificar onde ocorreu a glosa, seguindo os procedimentos citados anteriormente. **Dependendo do tipo de glosa** (administrativa ou técnica), ele tinha de buscar soluções com a supervisão ou **novamente encaminhar** o processo **para a auditoria** gerando retrabalho.

Em abril de 2010, em acordo com a alta gerência do Hospital F, a Empresa ES obteve o aval de **excluir os processos de marcação de consulta** da sua lista de atividades. Eles passaram a ser realizados sob a gestão direta do Hospital F. Quando os operadores recebiam

ligações referentes à marcação de consultas, eles informavam ao beneficiário o novo número de telefone.

Em compensação, em setembro de 2010, foi **implantado o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC)**, por meio do qual eram registradas as ligações recebidas e os beneficiários e prestadores poderiam avaliar o trabalho dos operadores.

No SAC, o operador tinha de **cadastrar o solicitante** e **registrar os motivos** que o levaram a ligar; e, depois, **repassar os registros** para os órgãos responsáveis de resolver os problemas dos solicitantes. A meta de gerência era chegar a 100% de registro das ligações em um tempo “justo” para a garantia de qualidade e produtividade.

A implantação do SAC foi gradativa e a gerência o considerava como essencial para o *“acesso aos problemas e soluções que poderão ser traçadas. O SAC faz com que as reclamações saiam do nível pessoal e passem para o nível profissional.”* (Supervisora ES).

A expectativa da supervisora ES para este tipo de operação era a de que ele permitisse maior controle das falhas e melhorasse o serviço:

“A reclamação de um cliente, por exemplo, de um boleto que estaria em aberto, e que o está impedindo de ser atendido em suas solicitações, será registrada pelo operador. Esta reclamação será encaminhada para os setores responsáveis para que tomem as providências cabíveis. E, diante do registro das ocorrências, os próprios setores responsáveis poderão ser responsabilizados por falhas no plano”.

“Acredito que esta será uma grande evolução, pois somente através do conhecimento dos problemas será possível chegar às mudanças e soluções. O SAC não é uma ferramenta para registro de reclamações, mas uma possibilidade de melhorias” (Supervisora ES).

Além do SAC a empresa ES planejava lançar em 2011 a Biblioteca SAC por meio da qual os operadores poderiam acessar tópicos de resolução de problemas durante os atendimentos, o que facilitaria todo o processo.

Em resumo, os operadores trabalhavam com várias “janelas”, que ficavam abertas simultaneamente para eles conseguirem fazer os lançamentos, consultas e finalização de dados dos beneficiários, ou seja, para efetivarem suas atividades, eles tinham de fazer a gestão simultânea de várias janelas abertas em seus computadores.

Além dos *softwares* citados anteriormente, era comum os operadores:

- a) Entrarem no **Site do Plano de Saúde do Hospital F** - utilizado para acessar informações como, por exemplo, sobre vencimento de boletos e sobre prestadores conveniados. Os operadores diziam que instruíam os beneficiários e prestadores quanto aos procedimentos necessários para obterem informações via site do Hospital F, mas eram frequentes as ligações para maiores esclarecimentos. Isso porque o Saturno ainda não possuía “*o link com o site*”. Assim, quando se aproximava o dia de vencimento dos boletos, o número de ligações aumentava porque os usuários não conseguiam retirar a segunda via do boleto pelo site.
- b) Consultarem a **Tabela de Médicos** - tabela organizada por ordem alfabética, com relação de médicos de acordo com cada especialidade e seus respectivos dias de atendimento, turnos e permissão ou não de encaixes²⁹. Era utilizada para facilitar o agendamento de consultas uma vez que o SAM (*software*) permitia uma visualização desses dados acessando-se, somente uma após outra, a agenda de cada médico.
- c) Consultarem a **Lista de Telefones úteis** - relação de telefones de outros órgãos do Hospital F, cujos números eram solicitados com frequência.
- d) Consultarem o **Rol de Procedimentos da ANS** - relação de todos os procedimentos cobertos pelo plano de saúde classificados em urgência, emergência, hospital-dia. Nesse rol, constavam também os valores para a realização de cada procedimento convertidos em unidades de Carga Horária (CHs). Com esses valores, um procedimento podia ser de alto custo ou baixo custo, sendo que os procedimentos eram liberados aos beneficiários de acordo com o plano adquirido. De modo geral os operadores sabiam que os procedimentos cujos códigos iniciassem com os números 32 e 52 tinham CHs alta. Isso implicava consultar, com base em tabelas, os supervisores para autorização dos procedimentos.

4.3.4 O Script

Os operadores tinham de reproduzir os *scripts* de atendimentos de acordo com o Procedimento Operacional Padrão de Atendimento (ver Figura 16) e o Procedimento Operacional Padrão (POP) de Confirmação de Consultas (ver Figura 17). Esses

²⁹ Marcação de consultas extras quando a agenda já está cheia.

procedimentos se referiam ao uso de linguagem polida, ao modo de atender, de encerrar as ligações e de retornar quando o tempo de espera era longo.

Os operadores eram orientados a usar a fraseologia padronizada, a tratar o cliente com polidez, mas, quando os clientes lhes dirigiam ofensas, eles tinham outro script que lhes dava o direito de interromper a ligação dizendo: ***“Por falta de comunicação esta ligação está sendo finalizada”***.

<p>1. Ao Atender Ligações: Solicitar ao prestador de serviço/usuário. Iniciar o atendimento com a saudação padrão: <i>“Hospital F (Nome + Sobrenome – É obrigatório), bom dia, boa tarde, boa noite!</i></p> <p>A. Código do Beneficiário/Código Prestador. B. Solicitar a confirmação do nome completo e data de nascimento do Beneficiário. C. Tipo de serviço a ser realizado (esta indagação ajudará na definição do tipo de guia a ser lançada; consulta externa na SADT/Urgência/Internação). D. CRM do Prestador solicitante. F. Código do serviço solicitado.</p>		<p>E. Código ou nome do prestador executante. G. Etc.</p>
<p>2. Sempre que se demorar em fornecer alguma informação, retornar a ligação pedindo desculpas pela demora e usando sempre os seguintes termos:</p> <p>A. Desculpe-nos pela demora ou C. Aguarde um momento pois estamos verificando os dados no sistema ou; D. Aguarde mais um momento por favor.</p>		<p>B. Aguarde um momento por favor ou;</p>
<p>3. Não usar de forma alguma:</p> <p>A. Um minuto por favor. B. Risadas e comentários com prestadores de serviço/beneficiário. C. Aparelhos celulares.</p>		<p>D. Balas ou chicletes; E. Termos chulos ou impróprios. F. Conversas paralelas ao atendimento. G. Tchau, tchau.</p>
<p>4. Ao encerrar a ligação: Fornecer a senha negativa ou avisar que o serviço será avaliado pela auditoria e que o setor retornará ao prestador com resposta. Encerrar sempre com frase: <i>“O Hospital F agradece a sua ligação, tenha um bom dia / boa tarde / boa noite!”</i></p>		

Figura 16 - Procedimento Operacional Padrão (POP) de atendimento

Fonte: *Call Center Hospital F, 2010.*

<p><i>Bom dia / Boa Tarde / Boa noite</i> <i>Eu sou ... (nome do atendente) do Hospital F Saúde</i> <i>Gostaria de confirmar a consulta agendada para sra. ou sr. (nome do cliente) em (dia e hora da consulta)</i> <i>Obrigado(a) pela confirmação</i> <i>O Hospital F agradece e tenha um bom dia / boa tarde / boa noite.</i></p>
--

Figura 17 - Procedimento Operacional Padrão (POP) de confirmação de consultas

Fonte: *Call Center Hospital F, 2010.*

No entanto, observamos, em diversos momentos, que os operadores se relacionavam com os beneficiários utilizando uma linguagem própria, embora começassem e finalizassem com os *scripts*.

A seguir apresentaremos outras categorias que compõem a organização do trabalho, respeitando as características de cada empresa que prestou serviços terceirizados ao teletendimento do Hospital F.

4.3.5 A jornada de trabalho e horas extras

O tempo máximo, determinado legalmente, para a jornada de trabalho de um operador de telemarketing era de **6 horas diárias de efetivo trabalho**. Em qualquer jornada superior a esse tempo, deveria ser feito o **pagamento de horas extras**, independentemente de o empregado permanecer “logado”, isto é, registrado no sistema, ou de resolver estender a sua jornada para bater metas ou aumentar o valor de comissões.

As duas empresas agiam de acordo com essas leis trabalhistas, mas a logística do tempo dessa jornada variou da Empresa AD para a Empresa ES, em razão do fluxo das ligações e do estilo de trabalhar do gestor como mostraremos a seguir.

A **jornada de trabalho na Empresa AD** era realizada em seis turnos de seis horas cada um e dois turnos de cinco horas cada um, os quais se sobrepunham conforme exposto no Quadro 8.

Hora	MANHÃ											TARDE					NOITE							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
6h-12h					5	5	5	5	5	5	5													
7h-13h						20	20	20	20	20	20													
8h-13h							5	5	5	5	5	5												
13h-18h											5	5	5	5	5	5								
13h-19h												20	20	20	20	20	20							
14h-20h													5	5	5	5	5	5	5					
18h-24h																		3	3	3	3	3	3	3
24h-06h	2	2	2	2	2	2																	2	
Total operadores	2	2	2	2	2	7	25	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	28	8	8	3	3	3	5

Quadro 8 - Escala de funcionários por horário setor de Call Center, Hospital F, Empresa AD, 2009.
Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

No tempo da Empresa AD, 10 (dez) operadores trabalhavam no horário de 8 horas às 18 horas, divididos em dois grupos de 5 horas (de 8:00 h às 13:00 h e de 13:00 h às 18:00 h) de modo que cada grupo perfazia o horário de 30 horas semanais. Os demais operadores estavam inseridos nos contratos de 36 horas. De acordo com esses turnos, o número de funcionários aumentava no horário comercial, variando de 30 a 45 funcionários, e diminuía à noite e de madrugada.

Na **Empresa ES**, todos os **contratos** de trabalho foram alterados para **36 horas semanais**, tendo os operadores direito a uma folga por semana, em qualquer dia, e a um domingo por mês, como previsto por lei. Com isso, a gerência pôde remanejar estrategicamente os operadores distribuindo-os em oito turnos de seis horas cada um, que se sobrepunham de acordo com o fluxo de atendimento, conforme explicitado no Quadro 9.

Hora	MANHÃ												TARDE						NOITE					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
6h-12h					5	5	5	5	5	5	5	5												
7h-13h						20	20	20	20	20	20	20												
8h-14h							5	5	5	5	5	5												
12h-18h												5	5	5	5	5	5							
13h-19h												20	20	20	20	20	20	20						
14h-20h													5	5	5	5	5	5	5					
18h-24h																		3	3	3	3	3	3	3
24h-06h	2	2	2	2	2	2																	2	
Total operadores	2	2	2	2	2	7	25	30	30	30	30	30	50	30	30	30	30	33	28	8	3	3	3	5

Quadro 9 - Escala de funcionários por horário setor de Call Center, Hospital F, Empresa ES.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

A empresa ampliou o número de funcionários no horário comercial; por volta das 13:00 h, 50 (cinquenta) operadores estavam atuando, melhorando o fluxo de atendimento.

As escalas de fins de semana e de feriados eram especificadas e informadas aos trabalhadores com a antecedência necessária, em conformidade com os Artigos 67, parágrafo único, e 386 da CLT (Anexo 2 da NR 17, inciso 5.1.2). No entanto, a forma como essa escala era organizada foi motivo de muitos constrangimentos e sentimentos de protecionismo como mostraremos adiante.

Quanto às **horas extras**, a **Empresa AD** conhecia essas normas, mas os pagamentos delas **não eram feitos no tempo previsto por lei**. A empresa se justificava dizendo aos funcionários que eles iam receber, mas, chegava o final do mês, e os operadores não recebiam. Já a **Empresa ES** cumpria todas as normas referentes aos direitos dos trabalhadores, pagando-lhes mensalmente e no dia combinado.

4.3.6 Remuneração, benefícios e férias

Empresa AD. Contrato de trabalho. A empresa era vinculada ao Sindicato dos Trabalhadores em Telefonia e seguia a base salarial determinada pela categoria. Havia dois tipos de contrato de trabalho, **um de 30 horas e outro de 36 horas semanais**, ambos com seis horas diárias.

Os operadores que trabalhavam **30 horas**, de segunda a sexta-feira, recebiam **R\$415,00** (quatrocentos e quinze reais) por mês e tinham direito a folgas nos sábados e domingos. No entanto, esse direito não era respeitado. A Empresa AD montava a escala de folgas a partir de um sorteio. Todos os funcionários entravam nesse sorteio independentemente do contrato de trabalho; assim, os operadores de **30 horas eram**

“obrigados” a trabalhar nos finais de semana todas as vezes que fossem sorteados e **não recebiam horas extras.**

Os que trabalhavam **36 horas**, de segunda a sexta-feira, recebiam **R\$481,00** (quatrocentos e oitenta e um reais) por mês, este contrato determinava que o trabalhador tivesse uma folga durante a semana, alternadamente entre sábados e domingos, de acordo com tabela de revezamento, podendo dessa maneira, usufruir um ou dois finais de semana de folga por mês. Para esses trabalhadores, o sistema de folga incluindo os colegas de 30 horas, determinado pela gestão estava “correto” porque permitia que tivessem folgas nos finais de semana.

Salário. A data base para negociação do salário era estipulada para o dia 01 de outubro de cada ano. A partir de janeiro de 2010, a Convenção Coletiva de Trabalho 2009/2010, do Sindicato dos Trabalhadores em Empresa de Telecomunicações do Estado de Minas Gerais, concedeu a todos os operadores o direito de receber, pelo menos, o salário mínimo nacional independentemente da jornada de trabalho. O dinheiro deveria ser depositado em uma conta salário, mas, na realidade, a Empresa AD não realizava os pagamentos de acordo com o valor estabelecido e ainda descontava o dia de trabalho, se os operadores faltassem.

Vale transporte. A Empresa AD oferecia vale-transporte, mas, por diversas vezes, não depositava o valor referente a esse benefício e, quando o fazia, o operador tinha de ir ao banco todos os dias e enfrentar filas para conseguir retirar o valor de sua passagem, uma vez que ele era liberado diariamente. E, seguindo sua política, o trabalhador que não comparecesse ao trabalho, sofria desconto do dia não trabalhado.

O lanche era composto de um café com leite e pão de sal com manteiga. Não havia tíquete refeição. Os trabalhadores reclamavam da qualidade do lanche, dizendo que o pão era duro, que o café com leite muitas vezes estava frio.

Plano de saúde. Os trabalhadores tinham acesso ao plano de saúde do Hospital F mediante o pagamento de uma taxa de R\$ 20,00/mês. No entanto, esse plano não permitia o acesso a todos os serviços.

Empresa ES. Contrato de trabalho. Na vigência da terceirização com a Empresa ES, todos os contratos de trabalho com os empregados estabeleciam **36 horas semanais**, com direito a uma folga por semana entre segunda-feira e sábado e uma folga por mês no domingo, como previsto em lei.

O sistema de folgas foi reformulado com base no fluxo de atendimento. Assim, os funcionários foram remanejados e foi possível, por meio de uma tabela de revezamento negociada com os operadores, que cada operador tivesse pelo menos um final de semana inteiro de folga no mês. Para que isso pudesse acontecer, a supervisão negociou **trocias de horário entre os operadores**, já que o número de funcionários da noite era menor. De início, os operadores não queriam trabalhar à noite, mas, depois, começaram a aceitar o revezamento.

Salário. Vinculada ao Sindicato dos Comerciantes, a Empresa ES passou o **salário para R\$510,00 (quinhentos e dez reais)**, pois o piso salarial da categoria comerciantes era mais alto do que o da telefonia. Todos os funcionários passaram a receber os salários e reajustes em dia. Além disso, a supervisora da Empresa ES estabeleceu uma forma de gratificação por produtividade e qualidade no atendimento no valor de R\$ 20,00 (vinte reais) por unidade de medida, de acordo com os indicadores de avaliação reajustados a partir de reuniões com o Hospital F.

A partir de outubro de 2010, à **remuneração salarial** foi acrescentado **um adicional** de acordo com três indicadores:

- a) **Quantidade de ligações no turno.** A proposta era a de mensurar trimestralmente o número de ligações da cada turno. Esse número serviria de balizamento para o trimestre seguinte e assim sucessivamente.
- b) **Tempo Médio de Atendimento.** O tempo médio para outubro foi baseado no tempo médio de setembro de 2010 porque a implantação do SAC elevou o tempo médio anterior.
- c) **Quantidade de registros feitos no SAC em relação ao total de ligações recebidas.**

Mas a Empresa ES definiu que a remuneração poderia ser reduzida nos casos de faltas, abandono do ramal e tempo total de pausa. Além disso, os operadores seriam avaliados individualmente por meio dos relatórios de desempenho cujos indicadores forneceriam os subsídios para premiações ou demissões.

Vale transporte. O vale transporte foi regularizado e os trabalhadores não precisavam ir ao banco para recebê-lo.

O lanche foi substituído por ticket alimentação no valor de R\$ 3,00 (três reais).

Plano de saúde. O operador podia optar por querer ou não continuar com o Plano de Saúde do Hospital F. A Empresa ES estava estudando a implantação de outros convênios.

Férias Empresa AD e Empresa ES

O regime de férias seguia, nas duas empresas, o previsto nas leis trabalhistas. No entanto, devido à rescisão de contrato com o Hospital F e, logo em seguida, com a Empresa AD, devido à contratação imediata pela Empresa ES, muitos operadores ficaram sem usufruir das férias, o que ampliou as possibilidades de estresse para eles.

4.3.7 Adicional de insalubridade Empresa AD e Empresa ES

Aqueles trabalhadores que exerciam sua atividade profissional com o uso habitual do “*head-phone*”, ficando expostos habitualmente aos sinais sonoros diretamente nos ouvidos, podiam ter direito ao recebimento de um adicional de insalubridade mensal correspondente a 20% do salário mínimo, em razão dos prejuízos à sua saúde (Ortega & Ieiri, 2013).

Entretanto, segundo Ortega e Ieiri (2013), a Justiça do Trabalho e o Tribunal Superior do Trabalho defendem que a atividade de telefonia não se enquadra entre as profissões citadas no Anexo 13, da NR 15 do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), ou seja, telegrafia, radiotelegrafia, manipulação em aparelhos do tipo Morse e recepção de sinais em fone. Os autores questionaram esse posicionamento e a justificativa desses órgãos ao dizerem “que não basta a constatação da insalubridade por meio de laudo pericial para que o empregado tenha direito ao respectivo adicional”.

A **Empresa AD** optou por considerar a atividade de telefonia fora das profissões citadas no Anexo 13, da NR 15, do Ministério do Trabalho e Emprego.

A **Empresa ES** também não pagava o adicional por insalubridade, apesar de admitir que os operadores estavam expostos aos riscos de danos principalmente aos da voz, da audição e da postura, e, por isso mesmo, incentivava a ginástica laboral, a manutenção de vasilhames de água ao lado das PAs e a individualidade no uso dos fones de ouvidos (*head-sets*).

4.3.8 As pausas na Empresa AD e Empresa ES

As pausas não sofreram alteração apesar da mudança das empresas, isso porque sua organização ao longo do trabalho seguia o prescrito no Anexo II da NR 17 (1990). Segundo o inciso 5.3.2 desta norma,

para o cálculo do tempo efetivo em atividade de teleatendimento/telemarketing devem ser computados os períodos em que o operador se encontra no posto de trabalho, os intervalos entre os ciclos laborais e os deslocamentos para solução de questões relacionadas ao trabalho.

E, ainda visando à prevenção de “sobrecarga psíquica, muscular estática de pescoço, ombros, dorso e membros superiores, as empresas deviam permitir a fruição de pausas de descanso e intervalos para repouso e alimentação aos trabalhadores” (NR 17, 1990, inciso 5.4). Essas pausas eram usufruídas fora do posto de trabalho, em 02 (dois) períodos de 10 (dez) minutos contínuos cada um, geralmente na cozinha-copa dos *Call Centers*.

A **primeira pausa** era realizada logo após os primeiros minutos trabalhados e a **segunda pausa**, uma hora antes de encerrar a atividade de trabalho. E era reservado o direito ao intervalo obrigatório de 20 (vinte) minutos para **repouso e alimentação** (NR 17, 1009, inciso 5.4.2), previsto no §1º do Artigo 71 da CLT, (NR 17, 1009, inciso 5.4.1.1). Nesse intervalo, algumas vezes os operadores saíam para ir ao banco, comprar lanches ou cuidar de outros interesses.

E, ainda, as duas empresas faziam a **concessão de 01 pausa de** descanso contínua de 10 (dez) minutos quando o tempo de trabalho efetivo de teleatendimento/telemarketing se encaixava em até 04 (quatro) horas diárias (NR 17, 1009, inciso 5.4.3).

Para as **pausas de banheiro**, de acordo com a NR 17, as empresas deviam permitir a saída dos operadores de seus postos de trabalho a qualquer momento da jornada, sem repercussões sobre suas avaliações e remunerações. **As Empresas AD e ES** não estipulavam um tempo limite nem horário predeterminado; no entanto, se os operadores demorassem na “pausa banheiro” eles eram questionados e avaliados em rendimento e produtividade.

A representante do Hospital F dizia:

“Permitimos uma flexibilidade de 2 a 4 minutos em cada pausa. Se ultrapassarem esse valor consideramos abuso e eles são repreendidos, primeiramente com advertência verbal, depois com descontos em salário e, se insistirem, eles são demitidos”.

As pausas eram registradas por meio eletrônico para controle da empresa e ficavam disponíveis para os casos de fiscalização do trabalho. Assim, o operador permanecia na empresa por 6h20, sendo seis horas de efetivo trabalho e 20 minutos de descanso. Nessa contagem de tempo, as duas pausas de 10 minutos previstas na NR-17 são consideradas como "tempo trabalhado".

Além desses momentos obrigatórios de pausas, nas duas empresas, as atividades eram interrompidas para a realização da ginástica laboral conforme descrito a seguir.

4.3.9 Ginástica laboral

De acordo com o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) além de atender a NR-17, a empresa devia necessariamente reconhecer e registrar os riscos identificados na análise ergonômica. Para tal, a empresa devia implantar e realizar ações de acordo com os princípios do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) associados àqueles previstos na NR-17 (NR 17, 2007).

Empresa AD

Na Empresa AD havia um folder preso à parede do corredor próximo ao elevador que destacava a importância da ginástica laboral no setor de teleatendimento.

Os líderes não marcavam um tempo específico para as pausas da ginástica laboral. Para eles: *“Os trabalhadores sabiam o que e quando tinham de parar para se exercitarem”* (Fala supervisor AD).

E era assim mesmo; não havia um horário específico e cada um fazia seus alongamentos, livremente quando e como quisessem, mexiam com os dedos, ombro, pescoço na medida em que sentiam dores e o fluxo de atendimento permitia.

Empresa ES

Na Empresa ES, a ginástica laboral era realizada três vezes por semana, em todos os turnos, e o horário era indicado de acordo com o fluxo de ligações. Geralmente, quando o fluxo diminuía é que se escolhia o horário.

Os exercícios eram selecionados em uma cartilha de Ergonomia, enviada pelo setor de Recursos Humanos da Empresa ES e, a partir dessa cartilha, o representante do Hospital F e

sua assistente escolhiam os exercícios que seriam feitos. Os exercícios tinham a **duração de 5 a 15 minutos** e se configuravam como ginástica de relaxamento, baseada em exercícios de alongamentos. Segundo a supervisora ES, os exercícios eram básicos e serviam para relaxar o operador. Eles eram realizados na posição em pé, próximo aos corredores das PAs, por meio de um revezamento, de duas em duas fileiras.

4.3.10 Treinamentos

Diante das circunstâncias de mudanças, num primeiro momento, a **Empresa AD** recebeu os operadores, não oferecendo treinamentos, partindo do pressuposto de que eles já eram “treinados”. Mas na pesquisa que deu origem a este estudo, entre os operadores, muitos estavam estressados e o *turn over* do setor era significativo, exigindo novas contratações.

Assim, foi possível observar os novatos trabalhando sob o auxílio dos operadores antigos, num procedimento, conhecido no meio como “**treinamento carrapato**” (ver Figura 18), ou seja, o novato era colocado junto a um operador mais experiente e aprendia entrando em contato com as atividades de trabalho de maneira gradual sob a observação do colega e de um aparelho de escuta, podendo, tirar dúvidas com o colega sobre o atendimento e os processos e/ou iniciar a atividade por meio de uma supervisão em tempo real.



Figura 18 - Treinamento carrapato.
Fonte: Commktbra, 2013.

Assim que o operador novato se sentia mais seguro, começava a fazer o atendimento sozinho e a tirar dúvidas com outros colegas e/ou com a chefia. Isto ocorria diante da impossibilidade de se fazer um treinamento mais completo e intensivo com o recém-contratado.

Empresa ES. Ao assumir suas obrigações contratuais, a Empresa ES começou a contratar somente operadores que tinham alguma experiência no setor e pedia que os novatos lessem os manuais, tirassem suas dúvidas com os colegas experientes e com a chefia. **O treinamento carrapato** ocorria somente quando necessário, dado o perfil dos contratados, de maior independência e mais experiência no ramo.

No entanto, os usuários continuavam a reclamar do atendimento. A supervisão então, resolveu implantar o **“treinamento relâmpago”**. Nesse treinamento, feito durante cinco dias, eram ensinadas aos operadores questões básicas sobre o Hospital F, relativas aos produtos, aos serviços e aos instrumentos de trabalho. Os operadores recém-contratados eram alertados sobre os cuidados com a audição, a voz e a troca constante do fone de um ouvido para o outro. *“Problemas auditivos e na voz podem ser irreversíveis”* (Supervisora ES).

Mas esses treinamentos ainda não foram suficientes. Muitos operadores, apesar da experiência, ainda recorriam à chefia para obter ajuda na resolução de problemas, na inserção de dados no sistema. A supervisora levantou a hipótese de que os operadores não estavam lendo o Manual de Rotinas do *Call Center* e resolveu implantar uma **prova escrita**, com questões do Manual, para mensurar os conhecimentos deles.

Por meio dessa avaliação, eu poderei obter um retorno do nível de conhecimento dos operadores sobre as informações que devem ser repassadas aos beneficiários e também vou identificar o conteúdo que eles estão errando para buscar outras saídas (Supervisora ES).

Com o passar dos meses as provas foram incorporadas aos indicadores de desempenho e os três melhores operadores recebiam um acréscimo ao salário. **Para o primeiro lugar, o valor estipulado era de R\$50,00; para o segundo lugar, R\$30,00, e para o terceiro lugar, R\$20,00.**

No final da pesquisa, o setor de Recursos Humanos e a supervisão estavam refazendo o planejamento dos treinamentos, embasados nos resultados dos testes e nos indicadores de desempenho. Eram considerados **inaceitáveis os resultados dos testes entre 40% e 60%**. Os operadores que tiravam notas classificadas entre essas porcentagens eram chamados para uma conversa com a supervisão.

4.3.11 Promoções

Não conseguimos identificar uma política de promoção **na Empresa AD** nem na **Empresa ES**, mas, de modo geral, o discurso da gestão era o de que a promoção privilegiava o operador cooperativo, com conhecimento do assunto, com boa resolubilidade das situações problemas. No entanto, isso não ocorria na prática, uma vez que não havia, de fato, um plano de carreira.

4.3.12 Formas de supervisão e controle

No *Call Center* do Hospital F, com a terceirização, tanto na **Empresa AD** quanto na **Empresa ES**, eram utilizados sistemas de supervisão e controle por meio de dados obtidos ora pelo **sistema de informação** ora pela **supervisão direta**.

- a) Pelo **sistema de informação** eram utilizados os *softwares* Agentes de Atendimento - o *Easy Call Agent* e o *HiPat Agent* (agentes de controle e monitoramento), via computador, os supervisores do *Call Center* realizavam as avaliações conceituadas pela ANEEL (2013), referentes aos indicadores seguintes:

Indicador de abandono (IAb) - razão entre o total de chamadas abandonadas em tempo superior a 30 (trinta) segundos e a diferença entre o total de chamadas recebidas e o total de chamadas abandonadas em tempo inferior ou igual a 30 (trinta) segundos, em termos percentuais.

Indicador de chamadas ocupadas (ICO) - razão entre o total de chamadas ocupadas e o total de chamadas oferecidas, em termos percentuais.

Tempo de atendimento (TA) - tempo, em segundos, apurado entre o início do contato do solicitante com o atendente ou com a unidade de resposta audível (URA) até a desconexão da chamada por iniciativa do solicitante.

Tempo de espera (TE) - tempo, em segundos, decorrido entre a colocação da chamada em espera para o atendimento humano e o início do atendimento respectivo, independente do acesso anterior via atendimento eletrônico.

Tempo de abandono (TA_b) - tempo, em segundos, de espera do solicitante na fila antes de abandonar a ligação telefônica.

Tempo médio de atendimento (TMA) - razão entre o tempo total despendido para o atendimento humano³⁰, em segundos, e o total de chamadas atendidas.

Tempo médio de espera (TME) - razão entre o tempo total de espera, em segundos, e o total de chamadas atendidas no mesmo período.

Tempo médio de abandono (TMAb) - razão entre o tempo total de abandono, em segundos, e o total de chamadas abandonadas no mesmo período.

Posição de atendimento (PA) - estação de trabalho munida de microcomputador integrado ao sistema telefônico e à base de dados da distribuidora, utilizada para realização dos atendimentos (ANEEL, 2013), que mostra os operadores em pausa e os operadores registrados e ativos no atendimento.

Tipo de chamada – a classificação de chamadas era utilizada para identificar qual prestador ou beneficiário ligou, quando e para que. Esse registro era feito a cada ligação e classificado pelos operadores de acordo com uma relação de tipos de chamadas.

As análises desses indicadores, feitas pela supervisão visavam à “qualidade do atendimento telefônico, ou seja, ao conjunto de atributos dos serviços proporcionados pela Operadora objetivando satisfazer com adequado nível de presteza” de acordo com a NR 17 (2007).

Os operadores eram avaliados individualmente em sua produção diária e/ou mensal; e eram mensuradas as porcentagens dos tempos de atendimentos relativos ao efetivo de trabalho por meio de um relatório mensal produzido pelos *softwares*. Esses resultados eram utilizados pelos supervisores das Empresas AD e ES como ferramentas de avaliação de desempenho e produtividade e repassados aos operadores nos momentos da avaliação de desempenho e/ou em *feedbacks* individuais³¹.

b) Já o controle pela **supervisão direta de trabalho** era exercido por meio da observação das conversas com colegas, dos materiais sobre as mesas, da postura, do tom de voz. Os operadores deviam manter uma postura correta e tom de voz adequado visando à prevenção de doenças.

³⁰ Este tipo de TMA humano ressalta a diferença do TMA avaliado para os atendimentos realizados por secretárias eletrônicas.

³¹ Documento emitido pelo laboratório da distribuidora ou de terceiros contendo as informações técnicas de um determinado sistema ou equipamento de medição e a descrição das condições físicas de suas partes, peças e dispositivos.

O código de conduta do *Call Center* do Hospital F sobre comportamento e postura dizia que o operador **não podia conversar nem se levantar** durante seu horário de atendimento, suas mesas tinham de estar sempre limpas e organizadas.

A supervisão utilizava o **monitoramento por escuta e gravação** de ligações. Esse monitoramento é amparado pela Norma Reguladora NR17 Ergonomia, que, porém, prescreve em seu inciso 5.12 que “a utilização de procedimentos de monitoramento por escuta e gravação de ligações deve ocorrer somente **mediante o conhecimento do operador**”. Esse monitoramento era utilizado como política de controle dos operadores incluindo a obediência a seguir o script. Embora eles tivessem conhecimento do monitoramento, a grande maioria deles não o consentia.

Além desses controles, havia uma câmera que filmava, durante 24 horas, o ambiente do *Call Center*. Por meio dessas filmagens, a supervisão controlava postura, ingestão hídrica, conversas paralelas, tempo de saída da PA, reações emocionais dos operadores e fazia a “**lapidação**” de comportamentos, postura, tom de voz. Essa lapidação consistia em conversas com a supervisão. Depois de efetivada uma “lapidação”, o operador era monitorado mais frequentemente para a verificação de melhorias. Caso as melhorias não ocorressem num prazo de uma semana, ele era novamente chamado e novo processo de “lapidação” era realizado. Se não aderisse às exigências, ele era demitido.

Além desses controles, a partir de setembro de 2010, o SAC passou a ser utilizado pela Empresa ES como forma de controlar a qualidade do serviço prestado, tornando-se um dos indicadores para a avaliação de desempenho dos operadores.

Observamos que apesar de os controles serem estruturalmente os mesmos, os estilos de quem os mensurava e de quem os avaliava faziam toda a diferença na relação entre pares.

4.3.13 Relação entre pares

A relação entre pares apresentou alterações provocadas pelas mudanças de local de trabalho, de estilo de gestão e principalmente pela demissão em massa dos antigos operadores do Hospital F.

Identificamos uma estreita relação entre estilo de gerência mais autocrática, geradora de maior inibição de relações socioprofissionais e, conseqüentemente, de aumento de conflitos, de desentendimentos, de comportamentos de irritação e nervosismo entre pares.

As políticas da relação entre pares das Empresas AD e ES diferiram. Na Empresa AD, não havia lugares marcados de PAs, eles eram escolhidos pelos próprios operadores, o que contribuía para uma melhor relação interpessoal e trocas profissionais. Na Empresa ES, o excesso de controle dificultava esse tipo de trocas e fazia com que os operadores ficassem mais isolados em seus PAs, desenvolvendo um trabalho mais solitário. A implantação da prova de conhecimento, da premiação e do SAC aumentaram a competição entre os pares, fragmentando ainda mais as relações.

Nas duas Empresas, apesar dessas nuances, a relação entre pares não era vista como uma possibilidade de resolução de situações pelo coletivo.

4.3.14 Relação com os usuários

A relação com os usuários, fossem eles beneficiários ou prestadores, era mediada pelo *script*, controle de escuta das ligações, das câmeras de filmagem e dos olhares atentos da supervisão.

De modo geral, o tempo de atendimento dos beneficiários era mais breve e mais pontual do que o dedicado aos prestadores. Os beneficiários buscavam resolver um problema específico e particular num tempo de atendimento com duração, em geral, de 2 minutos. Os prestadores buscavam obter autorização para fazer procedimentos e exames num tempo tempo de atendimento com duração de cerca de 20 (vinte) minutos com um mesmo operador em razão do grande volume de solicitações e da complexidade dos dados necessários para cada autorização.

Alguns operadores preferiam atender os beneficiários objetivando melhores resultados no TMA; outros, priorizando o menor número de atendimento e melhor relação com o cliente, preferiam atender os prestadores.

4.4 Condições de trabalho

Neste item, serão explicitadas primeiramente as condições comuns encontradas nas Empresas AD e ES e, quando necessário, serão feitas distinções entre uma e outra.

4.4.1 Ambiente físico

Os locais de trabalho das empresas eram dotados de **ambientes climatizados**, ou seja, eram espaços fisicamente determinados e caracterizados por dimensões e instalações próprias,

submetidos ao processo de climatização, através de equipamentos de ar condicionado que mantinha a temperatura entre 20° e 23°C.

A **iluminação geral** era artificial, com valores de iluminâncias estabelecidos pela NBR 5413, de distribuição uniforme e difusa, instalada de forma a evitar ofuscamento, reflexos, incômodos, sombras e contrastes excessivos de acordo com a NR 17, inciso 17.5.3.

As **condições acústicas** seguiam o estabelecido na NBR 10152, observando o nível de ruído aceitável para efeito de conforto de até 65 dB(A) e a curva de avaliação de ruído (NC) de valor não superior a 60 dB, conforme disposto no item 17.5.2, alínea “a” da NR-17.

O **mobiliário** das PAs era composto por **unidades de trabalho** separadas por divisórias laterais e frontais. Cada unidade possuía um **monitor de vídeo**, um **teclado** e um **mouse**, apoiados em uma **mesa regulável**. Encaixava-se em cada unidade, compondo-a, uma **cadeira móvel**, de altura, apoio de braços e encosto ajustáveis em altura e em sentido anteroposterior, com forma levemente adaptada ao corpo, com a finalidade de proteger a região lombar. Sob a mesa, um **apoio para os pés**.

Cada operador recebia um **fone de ouvido** (*head-sets*) que permitia a alternância de volume, de acordo com a NR-17, e um **microfone**, os quais faziam parte dos equipamentos dos postos de trabalho fornecidos pela empresa.

Sobre as **mesas** de grande parte dos operadores era comum haver cadernos, apostilas do *Call Center* e outros materiais referentes ao trabalho a ser feito (como livretos do plano de saúde e anotações que eles próprios faziam).

Os **objetos pessoais** dos funcionários ficavam guardados em **escaninhos** dispostos do lado de fora da sala de teleatendimento.

Empresa AD

Ao entrarmos na Empresa AD, éramos identificados e, após sermos liberados, tínhamos de subir dois lances de escada para ter acesso ao elevador que nos levava ao *Call Center*. Era um caminho cheio de curvas, como um labirinto. Ambiente fechado, sem janelas. Entrávamos no elevador e, ao sairmos, seguíamos por um corredor estreito até a porta do *Call Center* (ver Figura 19).

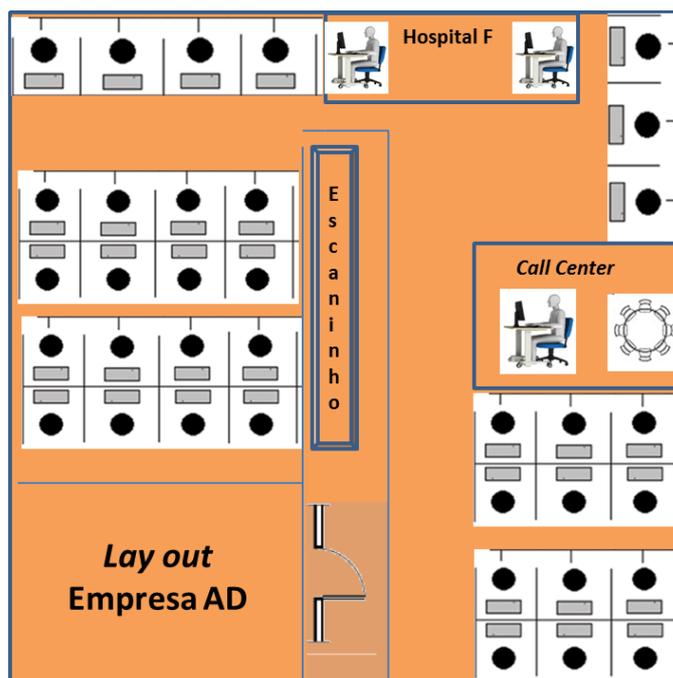


Figura 19 - Lay out Empresa AD.
Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

Do lado de fora não ouvíamos sons de telefonia, mas, quando entrávamos, todos os operadores falavam ao mesmo tempo. Na entrada, próximo à porta, já do lado de dentro, havia um grande armário com pequenas divisórias onde os funcionários guardavam seus pertences pessoais. Todas as portas eram chaveadas.

O espaço do *Call Center* era composto de uma sala de aproximadamente 12 metros de largura por 12 metros de comprimento. O chão era forrado com carpete em toda sua extensão. O setor era bem organizado, temperatura amena, móveis limpos e novos.

Existiam duas salas para a supervisão, uma do Hospital F e outra do *Call Center*. Elas eram separadas do local onde os operadores trabalhavam por paredes de vidro, o que possibilitava à supervisão a visualização de todas as PAs.

O local onde os operadores atuavam era dividido em três espaços, um com 20(vinte) cabines dispostas em quatro fileiras de cinco; outro, com 12 (doze) cabines dispostas em quatro fileiras de três; e o terceiro, com 3 cabines em fila, compostas por divisórias de 1 metro e 50 centímetros.

As cabines possuíam um computador com monitor de LCD de 15 polegadas, com teclado e mouse, além de apoio simples para o mouse com a logomarca da empresa de computadores. Todos os computadores eram iguais em forma, cor e programas instalados. A mesa sobre a qual se encontrava o computador possuía uma alavanca de ajuste de altura. O ajuste era apenas para a altura da mesa. A distância da tela para o operador era feita

manualmente. A tela estava apoiada em um pequeno suporte que se elevava cerca de 12 centímetros acima do nível da mesa. As cadeiras também podiam ser ajustadas em sua altura.

Em cada cabine havia um fone de ouvido (*head-sets*) e um microfone como parte dos equipamentos dos postos de trabalho, **mas não eram individuais**. Os operadores os deixavam sobre as mesas para serem utilizados pelo operador seguinte.

As cabines possuíam na parte superior das suas laterais um forro na cor cinza com a logomarca da Empresa AD e, na parte inferior um forro na cor branca. Todas as cabines possuíam apoio para os pés. Esse apoio era constituído de uma pequena plataforma retangular (30 centímetros de altura por 40 centímetros de largura), que ficava originalmente em posição inclinada em 45 graus. Conforme a maneira de o funcionário apoiar os pés, essa plataforma alterava seu ângulo de inclinação.

Além desse espaço, a Empresa AD reservava um **local para o lanche** e para descanso durante as pausas, em uma sala situada no mesmo andar do *Call Center*. Nesse ambiente, tipo copa-cozinha, havia uma geladeira (onde os funcionários guardavam suas marmitas e alimentos em geral), uma mesa com cadeiras, uma televisão de quatorze polegadas, uma garrafa de café e um filtro contendo água potável.

Empresa ES

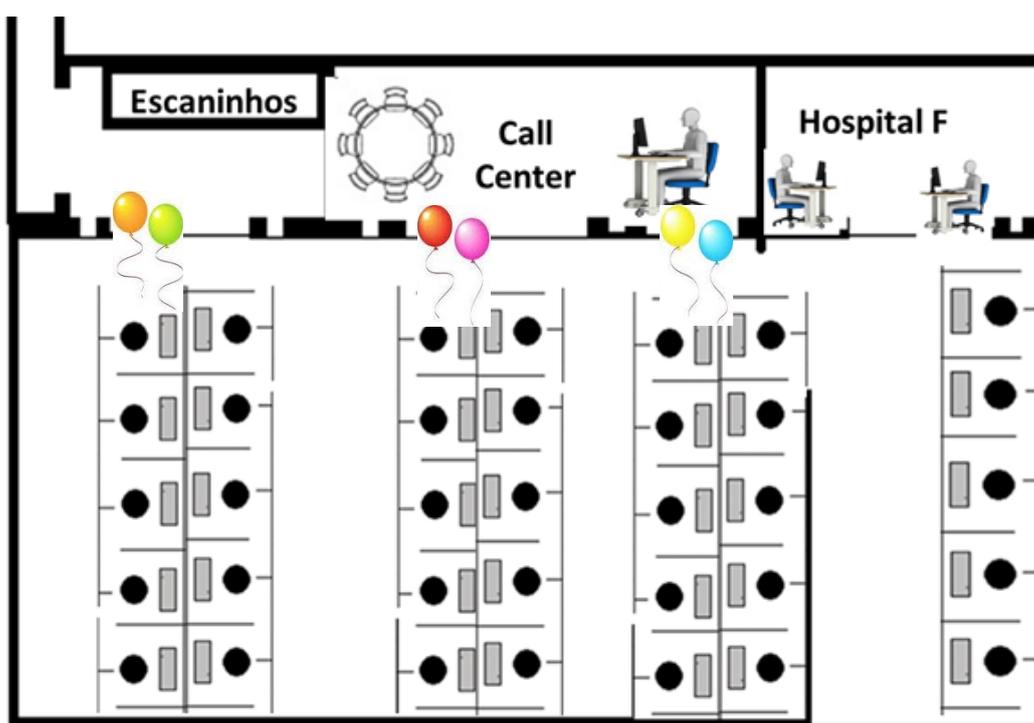


Figura 20 - Lay out Empresa ES
Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

O espaço físico da Empresa ES (ver Figura 20) se situava no **quinto andar** do edifício e era dividido em **três salas**: uma ocupada pelo representante do Hospital F e sua assistente; outra, pela Supervisora ES; e a terceira sala, pelos operadores dispostos em **35 (trinta e cinco) cabines organizadas em sete fileiras**.

Para entrar na Empresa ES também era preciso identificar-nos na portaria do prédio. No dia em que chegamos à empresa, nossa primeira impressão foi a de que o espaço físico era mais claro, mais arejado, mais organizado do que o da Empresa AD.

Em cada final de fileiras havia enfeites. Mais tarde, pudemos verificar que esses enfeites eram trocados de tempos em tempos, por ocasião dos períodos festivos (Natal, Ano Novo, Páscoa, Dias das Mães, Festa Junina). A sala foi toda enfeitada de balões verdes e amarelos na Copa do Mundo de 2010.

O **ambiente era livre de ruídos externos**. Havia também um **ar condicionado central**, que se apresentava em boas condições de funcionamento, mantendo uma boa temperatura no local.

A **iluminação era artificial** e feita através de luminárias de lâmpadas fluorescentes (brancas), sendo que quase não havia iluminação natural ali, exceto pela pouca luminosidade que entrava pelas janelas das salas das supervisoras.

O **chão era coberto por um carpete** na cor cinza o qual, de acordo com alguns operadores, contribuía para o aumento de sintomas alérgicos nos trabalhadores devido ao fácil acúmulo de poeira.

As cabines continham computador com monitor de LCD de 15 polegadas, teclado e mouse, apoio para o mouse, mas nem todos os computadores eram iguais em forma e cor, embora os programas instalados fossem os mesmos. A mesa e a cadeira possuíam alavancas de ajuste de altura. Como política da empresa, todos os **materiais pessoais** tinham de ser guardados em um **escaninho, fechado a chave**, localizado na entrada do *Call Center*. Cada operador recebia um **fone de ouvido (head-sets) individual e um microfone** como parte dos equipamentos dos postos de trabalho. O operador era responsável pela preservação desses equipamentos e, por isso, **levava-os para casa**.

A ingestão regular de água potável, como promoção do nível hídrico necessário ao operador, atendendo à NR 24, inciso 7.2³², era estimulada como uma das recomendações da empresa. Todos eram incentivados a ter uma garrafa de água (squeezer) na sua mesa.

Além desse espaço físico, a Empresa ES ainda reservava para os operadores uma **copa-cozinha no oitavo andar** do prédio. Nesse local, havia um microondas, mesa, cadeiras, geladeira (operadores guardavam alimentos), garrafa com café, bebedouro com água em temperatura normal e gelada, televisão de 20 polegadas, com vídeo. Os operadores, em seus intervalos, comiam, liam, conversavam, relaxavam-se e assistiam a televisão.

4.4.2 Ambiente químico Empresa AD e Empresa ES

Nas duas empresas, as atividades de trabalho relativas ao *Call Center* não exigiam a utilização de produtos manipulados. Os trabalhadores não estavam expostos a vapores, gases tóxicos, poeiras e fumaças porque a faxina era realizada no período da madrugada, com pequeno número de operadores presentes e, quando eles queriam fumar, aproveitavam a pausa lanche para fazê-lo.

4.4.3 Ambiente biológico Empresa AD e Empresa ES

De modo geral, no Call Center das duas empresas, a transmissão de vírus, bactérias, parasitas e fungos acontecia via aérea ou por contato. Em 1982, o Comitê Técnico da Organização Mundial da Saúde definiu a Síndrome do Edifício Doente (SED) como o “conjunto dos sintomas: dor de cabeça; fadiga; letargia; prurido e ardor nos olhos, irritação de nariz e garganta; anormalidades na pele e falta de concentração em trabalhadores de escritórios” (Santos, Rumel, Martarello, Ferreira, Paiva, & Matos, 1992, p.400), sintomas esses oriundos da “associação causal entre a doença respiratória febril e um coronavírus, distinto do coronavírus humano”, sob a denominação de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) (Carvalho, Johnston, & Fonseca, 2013, p.183).

Desse modo, as Empresas AD e ES seguiam a Orientação Técnica sobre Padrões Referenciais de Qualidade do Ar Interior, em ambientes de uso público e coletivo, climatizados artificialmente conforme exigência da Resolução-RE n.º 176, de 24 de outubro de 2000 (ANVISA, 2000), e estavam atentas à prevenção contra a "Síndrome do Edifício

³² NR 24 - 7.2. Deve ser proporcionada a todos os trabalhadores disponibilidade irrestrita e próxima de água potável.

Doente", conforme Regulamento Técnico do Ministério da Saúde sobre "Qualidade do Ar de Interiores em Ambientes Climatizados" (Portaria MS n.º 3.523, de 28 de agosto de 1998, que determina o controle dos sistemas de climatização), por estarem alocadas em edifícios com ambientes fechados, aerados por sistemas mecânicos de ventilação e climatização.

4.4.4 Condições de higiene e segurança Empresa AD e Empresa ES

Nas duas empresas, o ambiente e os materiais eram **higienizados** por faxineiras contratadas. Os banheiros eram de boa qualidade. Os alimentos eram guardados na cozinha dentro da geladeira, não apresentando risco de contaminação.

Com a terceirização, o *Call Center* se utilizava dos prédios nos quais as Empresas AD e ES já estavam locadas. Os prédios tinham porteiros durante as vinte e quatro horas do dia, contavam com **esquemas de segurança** do tipo câmeras, extintores, escadas e saídas de emergência para caso de incêndios. Para a entrada no local, as pessoas tinham de ser identificadas. Nossa equipe de pesquisa tinha de portar o crachá de identificação para entrar.

V CAPÍTULO – O CALL CENTER: discussão

A equipe de pesquisa esteve no *Call Center* semanalmente, em todos os turnos, horários, inclusive, sábados, domingos e feriados, para compreender a influência do turno na organização e condição de trabalho e, conseqüentemente, no comportamento das equipes de operadores, seus conflitos e suas estratégias para lidar com eles.

5.1 A organização de trabalho

5.1.1 O impacto das mudanças: Empresa AD

Os operadores passaram a ser gerenciados por uma empresa que desconhecia a história do Hospital F, sua missão, visão, valores, produtos, clientes, prestadores de serviços e, da mesma forma, os operadores, acostumados com o ambiente do Hospital F, desconheciam o ambiente de trabalho de uma empresa especializada em *Call Center*. Para minimizar essa defasagem, a Empresa AD resolveu contratar um dos operadores para o lugar de supervisor, escolhendo para o cargo, o líder da equipe de teleatendimento do Hospital F.

Mas, mesmo assim, o impacto das mudanças nos operadores continuou significativo. Destacamos quatro dessas mudanças. São elas: a do local de trabalho, a das relações hierárquicas, a do perfil do atendimento passivo para ativo e a das competências necessárias para a realização da atividade.

A mudança de local de trabalho atingiu fortemente os trabalhadores. Eles trabalhavam há anos no Hospital F. Muitos vinham de outros setores do próprio hospital e tinham contato com os médicos, tinham credencial, sentiam-se orgulhosos de serem funcionários da instituição e identificavam-se com ela. Para eles, foi muito difícil suportar o fato de serem demitidos do Hospital F e, ainda, de perderem o “status” de pertencimento àquele grupo e passarem para uma empresa com a qual não tinham qualquer vínculo. Muitos não entendiam o que estava acontecendo. O sentimento deles era ambíguo, sendo que alguns diziam sentir-se “*estranhos*” ao repetir o script anterior adotado no atendimento do Hospital F. Constrangidos, diziam:

“Não somos mais funcionários do Hospital F e porque temos de dizer, Hospital F, bom dia. O Hospital F agradece sua ligação!”

“Não entendo, não trabalho mais para o grupo do Hospital F, por que tenho de me identificar e agradecer como se eu ainda pertencesse ao hospital?” (Operador).

Esse sentimento se devia também ao fato de que não lhes foi perguntado se a mudança seria benéfica ou não. Para eles, ainda eram presentes o sentimento de perda de colegas deixados no ambiente do Hospital F, de perda do tipo de contrato, do plano de carreira e de alguns direitos trabalhistas como as férias das quais tiveram de abrir mão a partir da mudança de instituição.

A segunda mudança atingiu as relações com a hierarquia. Os trabalhadores passaram a ter dois líderes, colegas operadores, que circulavam atendendo às demandas das “situações problemas”. Esses líderes estavam subordinados à supervisora da empresa contratada, que por sua vez devia trabalhar em sintonia com a representante do Hospital F, que era auxiliada por uma assistente (como exposto na Figura 11).

Mesmo havendo um representante do Hospital F dentro do setor, seu horário de trabalho não lhe possibilitava manter o contato com todos os operadores e acompanhá-los em suas dúvidas. Isso contribuiu para que a relação dos operadores com os representantes do Hospital F, antes mais próxima, se tornasse cada vez mais distante.

A terceira mudança na relação tarefa/trabalhadores referia-se à **passagem** do tipo de atendimento de **caráter passivo para o de caráter ativo**. Os trabalhadores passaram a exercer funções do tipo *Contact Center*, ou seja, ligar para clientes, fazer telemarketing e o que fosse demandado pela instituição.

O setor de teleatendimento, que era a porta de entrada para as demandas da população e das instituições médicas ligadas ao plano de saúde do Hospital F, ampliou seus serviços passando também a ser utilizado, de maneira estratégica, em processos de mediação de contratos, de resolução de problemas com clientes e fornecedores. Dessa forma, o sucesso ou o insucesso dos serviços oferecidos pelo plano de saúde, juntamente com a rapidez de resolubilidade, passaram a ser diretamente relacionados à qualidade do trabalho e da triagem da informação passada no primeiro contato com a instituição/solicitante via operadores.

No entanto, por vezes, para conseguirem informações precisas, os operadores precisavam fazer um número maior de perguntas ao solicitante (beneficiário ou prestador), que, por não entender a necessidade de tantos questionamentos ou por não possuir a informação no momento, passava a se irritar e a ofender os operadores.

Conseqüentemente, esta mudança determinou a passagem de um saber específico, dominado por alguns operadores, para um saber global, com o qual todos tinham de conhecer e dominar diversos assuntos.

Assim, a **quarta mudança** refere-se ao tipo de saber e às **competências necessárias** para a realização da tarefa. Ela determinava a necessidade de atualização constante por parte dos operadores de conhecimentos relativos à atividade de trabalho, de modo que eles fossem capazes de responder eficientemente às demandas dos beneficiários do plano de saúde e dos prestadores; de fazer lançamentos de solicitações, internações, cirurgias e exames via sistema; de solicitar segunda via de cartões de usuários de planos individuais e familiares; de solicitar e enviar boletos para pagamentos; de solicitar e enviar informes de rendimento para fins de imposto de renda; de orientar as prestadoras sobre processos de auditoria médica,³³ de credenciamento e faturamento; de fazer remoção de usuários internados após horário comercial e finais de semana; de saber quando liberar senha para autorização de consultas, exames, procedimentos e internações; de registrar reclamações, solicitações e outros atos ou fatos por meio do Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC); de orientar e fornecer informações sobre assuntos relativos ao plano de saúde da instituição; de exercer a função de suporte do setor de Autorizações Prévias para os casos de urgência e emergências que ocorressem no período de 19h às 7h, durante a semana e aos finais de semana, pois nesses dias e horários não havia auditoria médica na maior parte do expediente.

Assim, o trabalho, que já era conhecido e realizado sem maiores problemas no Hospital F, passou a apresentar desafios, incertezas, necessidade de aprimoramento em informática e a exigir conhecimento de tecnologias específicas de comunicação digital. Muitos operadores ficavam confusos, desanimados, dizendo: “*Não vou conseguir aprender tudo isso*”.

5.1.2 O impacto das mudanças: Empresa ES

A Empresa ES estava situada em local diverso do da Empresa AD e, novamente, houve mudança de local de trabalho, de supervisor e de modo de gestão. O modo de gestão da Empresa ES era ainda mais burocrático que o da Empresa AD. Os operadores se ressentiam com a imposição de tantos controles.

Ao longo dessa gestão, operadores que pertenceram ao antigo Hospital F foram sendo demitidos. No final de 2010, a Empresa ES funcionava com operadores recém contratados, com experiência de teleatendimento em outros *Call Centers*. Quanto à comparação com o

³³ A auditoria médica avaliava a situação apresentada pelo beneficiário e/ou prestadores e liberava ou não a autorização para os procedimentos. Ela era acionada em casos de emergência, em situações que escapavam ao prescrito nos manuais, e em casos para os quais os operadores e supervisores não conseguiam achar uma solução. Ver descrição completa das atividades de auditoria médica, na página 80 deste estudo.

ritmo de outros *Call Centers*, de modo geral, os relatos desses operadores nos mostraram que de início o teleatendimento do Hospital F se mostrava mais “*tranquilo*” (Operador). Ao nos aprofundarmos nessa expressão, detectamos que ela ora se referia ao tipo de produto ora ao tipo de gestão ora ao tipo de cliente.

“Antes eu tinha de ter mais paciência e sangue frio para lidar com os clientes” (Operador).

“Eles faziam muita falta de educação comigo, desligavam na cara, xingavam, reclamavam... aqui acontece menos, mas ainda acontece” (Operador).

“Aqui o conteúdo das ligações é diferente” (Operador).

“Não temos que vender nem convencer a pessoa a fazer nada” (Operador).

“Em outros setores de telemarketing a pressão é muito grande” (Operador).

Outras vezes o “tranquilo” se referia à organização do trabalho.

“Há uma maior organização, em casos de dúvidas sei a quem recorrer” (Operador).

“A carga horária me permite trabalhar em outros locais, ou estudar” (Operador).

“O fluxo de ligações e quantidade de reclamações é menor” (Operador).

“Os softwares utilizados são mais fáceis de trabalhar” (Operador).

No entanto, com o desenvolvimento das atividades, todos passaram a reclamar da intensidade dos serviços, da complexidade do Saturno, da pressão do trabalho pela responsabilidade do conteúdo da atividade no que se referia à possibilidade de óbitos e agravos à saúde do usuário, pelo controle exercido pela supervisão e pelas competências exigidas.

Nesse cenário, a própria equipe de pesquisa teve de tomar conhecimento das leis relacionadas à categoria dos operadores de teleatendimento/telemarketing, estudar o Manual de Rotinas do *Call Center*, a linguagem técnica de comunicação, os programas de inserção de dados, além de lidar com irritabilidades, incertezas, emoções dos operadores nas situações de demissão.

Apresentaremos a seguir, na perspectiva do operador, como foram vivenciadas as questões relativas à organização (sistemas de informação, divisão de tarefas, o passo a passo das atividades, o conteúdo de trabalho, o script, remuneração, jornada de trabalho, horas extras, insalubridade, pausas, ginástica, férias, treinamento, promoções, formas de supervisão

e controle, relações entre pares) e às condições de trabalho (ambientes físico, químico, biológico, de higiene e segurança).

Neste tópico, para efeitos didáticos, apresentaremos primeiramente os dados relativos aos problemas ocorrentes na utilização dos *softwares* por serem comuns às duas empresas e os dados quantitativos obtidos por meio do sistema de informação, relativos ao ritmo de trabalho por considerarmos que eles constituem uma variável fundamental neste estudo. Posteriormente, apresentaremos os dados de cada empresa, respeitando a ordem cronológica de acontecimento, com o objetivo de explicitar o encadeamento das mudanças na organização de trabalho e seus efeitos nos trabalhadores.

5.5.3 Problemas com a implantação do Saturno

Devido à mudança do Sistema de Informação da Operadora, o *Call Center* encontrava-se com arquivos acumulados para serem faturados desde maio de 2009, ou seja, (10) dez meses de informações retidas (uma vez que essa informação foi obtida em março de 2010). Como os dados constantes dos arquivos não estavam atualizados, as guias não eram lançadas corretamente, o que gerava faturas/boletos errados ocasionando reclamações por parte dos beneficiários, sobrecarga e retrabalhos constantes para os operadores, bem como instabilidade na previsão de caixa/financeiro da empresa.

Os operadores precisavam dos dados atualizados e como não os tinham, eles eram obrigados a solicitá-los via supervisão ou fazer os clientes aguardarem na ligação enquanto procuravam obter a resposta do setor de faturamento. Enquanto isso, as filas de espera e o número de reclamações aumentavam.

A implantação do Saturno foi realizada na expectativa de que ele pudesse processar autorização de consultas, internações (eletivas e de urgência), exames, procedimentos e solicitação de autorização (casos especiais) ao médico auditor, bem como pudesse prevenir erros decorrentes de liberações de autorização realizadas indevidamente pelo operador, evitando o retrabalho.

Mas não houve tempo hábil para o “treinamento” adequado dos trabalhadores para lidarem com o programa e, por outro lado, a simples leitura do Manual não foi suficiente. “*Quando precisamos consultar o manual do Call Center, não entendemos nada, é muito confuso o que está escrito lá*” (Operador).

Além disso, os dados não estavam lançados. Havia, no Hospital F, um setor de cadastro responsável pela transferência de todos os cadastros dos planos do *SPS Atend* para o Saturno e pelo cadastramento dos novos conveniados. Porém, como a implantação do sistema era recente, nem todos os cadastros haviam sido transpostos de um sistema para o outro. Então acontecia de alguns clientes, ao solicitarem certos serviços, se depararem com o fato de não possuírem cadastro algum.

Outro problema detectado foi a permanência no cadastro do sistema, de médicos já excluídos do plano. A agenda do médico para marcação de consulta estava bloqueada, mas os horários disponíveis ainda os incluíam. Assim, os operadores não podiam usar o ícone que localizava horários disponíveis, porque, quando o faziam, o médico excluído do plano aparecia ocupando o horário e inviabilizando a marcação de consulta para outros médicos.

A atividade do setor de cadastro refletia diretamente na atividade do operador, e, assim, os embaraços corridos naquele setor causavam retrabalhos para o operador, com aumento das tarefas de verificação e de solução dos problemas e, conseqüentemente lentidão nos atendimentos, bem como com possibilidade de ocorrerem maiores riscos de cometimento de erros e prejuízos para o cliente. Quando esses erros começaram a aparecer, todos os operadores responsabilizavam o Saturno. *“Ele gera erros no cadastro do cliente como data de nascimento, sexo e grafia incorreta do nome”* (Operador).

Mas, com o passar do tempo, o setor de cadastro passou a ser responsabilizado pelos erros, por não ter feito o lançamento em tempo. Outras vezes, os operadores culpavam a gerência geral do Hospital F por *“não ter planejado direito”*, bem como a gerência do Hospital F responsabilizava a supervisão por permitir *“passar”* tantos erros que geravam sucessivas auditorias, que eram feitas em razão das reclamações dos usuários. Assim, todos culpavam a todos e os problemas continuavam.

O Saturno não *“conversava”* com os antigos programas que ainda estavam sendo utilizados. Com essa possibilidade de *“diálogo descarrilhado”*, as informações por ele passadas aos operadores eram inconsistentes. *“Ele não nos mostra quem está inadimplente, e aí precisamos ficar verificando se o beneficiário está ou não em dia com o plano”* (Operador).

Outras vezes, o operador via na tela que o beneficiário não tinha direito de usufruir do plano. A solicitação era negada. O cliente reclamava, levava-se o caso para o setor de cadastro

e identificava-se o erro. Novamente, o operador encaminhava a solicitação para a auditoria. Enfim, o não lançamento pelo sistema gerava um volume excessivo de retrabalho.

“Tem horas que ele mostra inadimplente, mas está errado. O usuário pagou, está em dia. E com esse registro, o sistema não libera a senha de autorização” (Operador).

“Ele marca que o cliente ainda não venceu o tempo de carência para fazer os exames e procedimentos. Ai quando vamos conferir o histórico do cliente, ele está com tempo até ultrapassado de carência para exigir seus benefícios” (Operador).

O mesmo acontecia em relação a outras situações como mudança de tipo de plano (por exemplo, de prata para ouro). O programa não registrava a mudança e o cliente precisava recorrer para ter seus direitos garantidos. Os operadores sofriam com o mau humor e a irritação dos beneficiários.

O plano de saúde possuía um *site* que os clientes podiam acessar no caso de verificação de dados a respeito da fatura e para obtenção da segunda via de boleto. Mas, como o Saturno ainda não tinha sido ligado ao *site* (*link*), os clientes não podiam mais retirar a segunda via dos boletos nas datas próximas ao vencimento, o que gerava mais ligações para o *Call Center*, referentes aos boletos.

Outro erro detectado era de que o Saturno lançava retornos para consultas feitas com especialidades médicas trocadas, procedimento esse indevido, que gerava prejuízos para o Hospital F, uma vez que o retorno não era cobrado dos beneficiários. Isso gerava mais trabalho para as auditorias, novos boletos de cobrança e mais irritação dos usuários que descarregavam sua revolta nos operadores.

Outras vezes esse sistema cruzava os dados gerando o mesmo número de CRM para médicos diferentes. *“O Saturno mostra o cadastro de médicos diferentes com o mesmo número do Conselho Regional de Medicina (CRM)” (Operador).*

Como um dos procedimentos prescritos para localizar o cadastro era realizado via CRM, os operadores obtinham um nome de médico que nada tinha a ver com a solicitação. Até que conseguissem achar o médico certo, um bom tempo tinha sido perdido.

Insatisfeitos, os usuários começaram a cancelar os planos, mas nem assim os operadores ficavam livres das reclamações porque o Saturno não eliminava o cadastro dos clientes que se desligavam do plano e continuava gerando boletos e cobranças para eles.

Assim, mais insatisfações e mais ligações irritadas continuavam ocorrendo. “*O Saturno é lento, ele faz a gente cometer erros*” (Operador).

Esses problemas faziam com que o trabalho se tornasse insuportável para os operadores. O clima de irritabilidade, a falta de paciência e os distúrbios de humor eram constantes.

Enfim, a troca de programas, que deveria agilizar o atendimento aos beneficiários, travava e sobrecarregava o sistema, não permitindo o cruzamento de informações importantes como, por exemplo, para liberar a primeira consulta de recém-nascidos, irritando os funcionários, causando retrabalho ao representante do Hospital F e aos operadores. “*O Saturno é muito complicado, ele não deixa o atendimento fluir*” (Operador).

Além disso, as complicações trazidas pelas deficiências do setor de cadastro responsável por alimentar o banco de dados do *software* aumentaram a insegurança dos operadores fazendo com que eles cada vez mais se apegassem aos *softwares* antigos e às tabelas, como uma espécie de estratégia para suprir deficiências do Saturno, o que muitas vezes foi visto pela supervisão como “resistência à mudança”.

Com tantos retrabalhos e reclamações, as filas de usuários ficavam enormes. Pelo programa *Easy Call Agent*, os operadores podiam identificar quem estava ligando (prestador ou beneficiário). Para alguns operadores, saber o número de pessoas que aguardavam para serem atendidas era uma vantagem; para outros, era fator de estresse, ansiedade, até mesmo de angústia e impedimento ao trabalho. “*Eu gosto de ver quantas pessoas estão lá, aí eu acelero mais para atender mais pessoas*” (Operador). “*Eu fico muito nervoso, não consigo trabalhar direito vendo o número aumentando, aumentando, e eu sem poder fazer nada. É angustiante*” (Operador).

Consideramos necessário destacar **as glosas do sistema** em virtude da frequência com que elas aconteciam e por causa do aumento de esforços exigidos dos operadores, pois, sempre que o Saturno barrava a autorização de um procedimento, os operadores somente negavam ao cliente essa autorização após conferirem se realmente a autorização tinha sido impedida devidamente, ou seja, os operadores faziam o trabalho que o sistema devia fazer e para o qual ele tinha sido criado. Além disso, essa conferência se tornava um processo investigativo trabalhoso na medida em que era necessário verificar várias informações sobre o beneficiário e seu plano.

Durante as observações, as informações verificadas em caso de glosa foram: data de carência, erros ou alteração de cadastro (nome e código), data de vigência, plano ativo ou inativo, plano regulamentado ou não-regulamentado, presença de débito do beneficiário e procedimento repetido ou realizado havia pouco tempo.

Deve-se mencionar a presença de particularidades de cada atendente ao investigar a mesma informação em caso de glosa. Por exemplo, quando o sistema justificava a glosa em função de realização do mesmo procedimento feito havia poucos dias, alguns operadores clicavam no código da glosa para acessá-la diretamente e conferir os dados de realização.

Outros operadores preferiam acessar o histórico para depois acessar o procedimento e realizar a mesma confirmação por considerarem esse procedimento mais seguro e não confiarem no sistema. Os problemas com o software persistiram durante todo o tempo da pesquisa.

5.5.4 O ritmo de trabalho

As alterações decorrentes da mudança de empresas e a inserção do Saturno ampliaram as variáveis que definiam o ritmo de trabalho do *Call Center* do Hospital F.

Os operadores e a supervisão tinham como previstas as variáveis sazonais que aumentavam o fluxo das ligações e, conseqüentemente, o ritmo de trabalho. Eram elas: **o horário diurno de 8:00 às 17:00, o dia de segunda-feira, o início de cada mês e o início de cada ano.**

Com a terceirização e a implantação de recursos telemáticos, os processos operacionais do *Call Center* foram ampliados, mas o número de operadores permaneceu o mesmo; conseqüentemente, os operadores do turno diurno sofreram intensamente com a mudança, enquanto os do noturno e da madrugada, por lidarem com um fluxo menor de ligações conseguiram apreender as alterações e organizar emocionalmente e taticamente o seu cotidiano de trabalho no que se referia à inclusão de processos operacionais.

Moreira (2000) e Leal (2002) afirmaram que a inserção de tecnologias no mundo do trabalho provoca impactos diretos nos sujeitos-trabalhadores, devido, por exemplo, “às exigências de maior concentração e atenção, às mudanças no ritmo de trabalho, ao aumento das responsabilidades, às pressões das chefias e dos pares” (Leal, 2002, pp.118-119) bem como devido àquelas exigências impostas pelo próprio trabalhador em função de “aprender

eficazmente a tecnologia de gestão e se tornar cada vez mais produtivo” (Moreira, 2000, p.127).

A relação entre o tempo de chegada de informação e o tempo que o operador levava para assimilá-la e processá-la impunha maior ritmo de trabalho e trazia consequências danosas à saúde mental dos operadores, principalmente para os que trabalhavam no turno da manhã, para os quais o tempo de processamento da informação se tornava insuficiente. Essa insuficiência sobrecarregava-os, gerando neles sofrimentos e constrangimentos. Já os operadores do turno da noite e madrugada, devido ao menor fluxo de ligações e maior tempo livre nesses horários, tinham, assim, mais tempo para processarem subjetivamente as mudanças e, por isso, sofriam impacto menor deles sobre a saúde. Essa relação foi citada em outros estudos feitos por Torres (2001), Le Guillant *et al.* (2006, p.284), Lima M. (2006), Lima M., Araújo e Lima F. (1998).

Constatamos que o *turnover*, tanto na Empresa AD, quanto na Empresa ES, tinha relação com a intensidade de fluxo de chamadas. Todos os pedidos de demissão realizados no período da pesquisa ocorreram nos turnos da manhã (7h às 13h) e da tarde (13h às 19h). No entanto, além dessa variável, o salário e as questões relacionadas ao estilo de gestor também foram mencionados por aqueles que se demitiram dessas empresas.

Para analisar o ritmo de trabalho desses operadores, fizemos um recorte nos dados levantados pelo sistema entre os meses de maio, junho e julho de 2009.

Verificamos que no mês de julho de 2009, o maior número de chamadas estava concentrado no **turno da manhã**, devido às ligações feitas por laboratórios prestadores, que ligavam solicitando autorização para exames. Esse fluxo diminuía a partir das 19 horas e, mais ainda, no horário da madrugada (em torno de 4 a 10 ligações), confirmando, assim, os dados da observação e os motivos de *turn over* apresentados pela gerência e revelados na pesquisa de Pontes, Cordeiro e Silva (2006).

Quanto ao aumento de **fluxo nas segundas-feiras**, ele estava relacionado aos pedidos de liberação para a realização de exames feitos por beneficiários e prestadores nos dias de sábado e domingo após o horário de atendimento do auditor. Era comum escutarmos, principalmente nos dias de sábado à tarde: “*Avisem às meninas da madrugada para não liberar nada e segurar isso até amanhã que aí a gente passa isso para o local de liberação*” (Supervisão antes de sair).

Dessa forma, os pedidos eram registrados e liberados na segunda-feira, na parte da manhã, e operadores que trabalhavam nesse horário tinham de atender ao fluxo de ligações referentes àquele dia e ainda, paralelamente, inserir os dados acumulados no final de semana. Enquanto isso, beneficiários e prestadores que haviam realizado os pedidos também ligavam para verificar se estes já estavam liberados. Era comum ouvir dos operadores expressões como: “*Chega dezenove horas, mas não chega uma hora³⁴*”, “*Tem dias que eu fico doida para dar sete horas (dezenove horas)*”. Essas falas revelavam o excesso de trabalho, o cansaço e a vontade de descansar.

O sistema ficava congestionado devido à defasagem entre o número de operadores e o fluxo de ligação, ampliava o número de chamadas abandonadas. Para demonstrar isso, verificamos no trimestre maio, junho e julho de 2009, o número de **chamadas recebidas**, o número de **chamadas atendidas** e o número de **chamadas abandonadas** (ver Gráfico 3).

Os operadores receberam no trimestre, um total de 310.338 (trezentos e dez mil, trezentos e trinta e oito) chamadas (100%), sendo que 67,14% delas, isto é, 208.388 (duzentas e oito mil trezentos e oitenta e oito) **não foram atendidas**, em razão de o operador estar ocupado e 113.504 (cento e treze mil, quinhentos e quatro), ou seja, 36, 57% do total das chamadas no trimestre foram **abandonadas** por outras questões **de transbordo**.

Esses dados revelavam que a administração da Empresa AD não estava cumprindo os padrões de Acordo de Nível de Serviço (*Service Label Agreement - SLA*) e de Gestão de Nível de Serviço (*Service Level Management - SLM*) estabelecidos no contrato de terceirização.

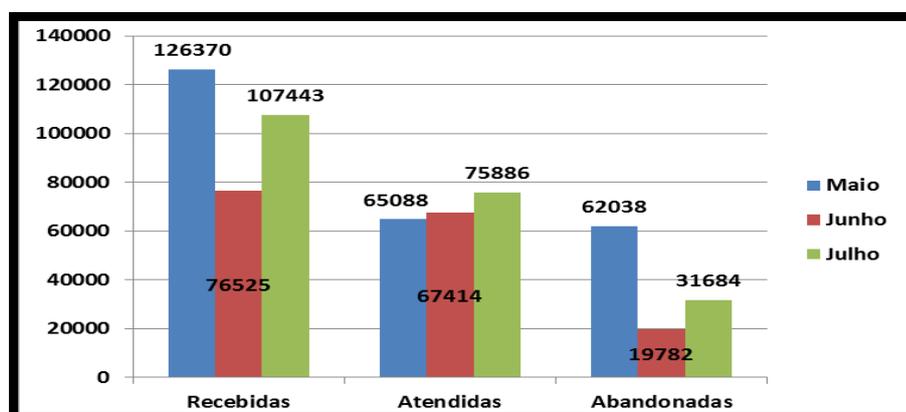


Gráfico 3 - Chamadas Recebidas x Atendidas x Abandonadas *Call Center Hospital F* maio/jun/jul 2009.

Fonte: *Call Center Hospital F*, 2009.

³⁴ Essa era uma expressão comum entre os operadores, que significava “estou tão cansado como se tivesse trabalhado 19 horas (a jornada era de 6 horas) e ainda nem chegou a hora de eu ir embora (13 horas), ou seja a sensação de cansaço era mais de que o triplo da jornada.

A **taxa de abandono** do *Call Center* do Hospital F (ver Gráfico 3) era altíssima se comparada à do mercado, que girava em torno de 2%, **47,3 % em maio, 22,4% em junho e 29% em julho**. Levantamos a hipótese de que a alta taxa de abandono do mês de maio decorria da péssima situação do setor no primeiro trimestre de 2009, queda do sistema e/ou falta de dados para finalizar as chamadas.

Esses padrões são utilizados frequentemente pelas organizações como instrumentos de aprimoramento da gestão e da qualidade dos serviços prestados pelas contratadas. Por meio desses instrumentos, a relação contratante/contratado é conduzida com bases nas necessidades e expectativas do cliente e nas reais condições de execução dos serviços feita pela contratada. Essa relação é acompanhada de indicadores e níveis de qualidade pré-ajustados em conjunto. Ela deve ser revisada periodicamente para certificar-se de que continua adequada ao atendimento das necessidades da organização.

Na prática, quando o Hospital F contratou os serviços da Empresa AD, formalizou as garantias, que o provedor poderia oferecer em relação aos serviços que foram contratados bem como definiu os critérios por meio dos quais esses serviços poderiam ser mensurados, reportados e melhorados continuamente. Ou seja, o Hospital F teve de elaborar um acordo que descrevia o serviço de Tecnologia de Informação, suas metas de nível de serviço, além dos papéis e responsabilidades das partes envolvidas neste acordo, conforme determinado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR ISO/IEC 20000- 1:2011)³⁵ para os Acordos de Nível de Serviço para Fiscalização de Contratos de Serviços Terceirizados.

Assim, de acordo com esse contrato estabelecido entre o Hospital F e a prestadora de serviço, na época a Empresa AD, o valor da taxa de chamadas não atendidas (**67,14%**) e abandonadas (**47,3 % em maio, 22,4% em junho e 29% em julho**) estavam acima da porcentagem estabelecida inicialmente, isto é 50% para as não atendidas e de 10% das chamadas abandonadas. O Hospital F conhecia os problemas do seu *Call Center* e, por isso mesmo, estabeleceu primeiramente com a Empresa AD metas iniciais que seriam melhoradas ao longo da prestação de serviços, mas não esperava que as taxas ainda continuassem tão altas.

³⁵ A norma especifica requisitos para que o provedor de serviços de Tecnologia de Informação possa planejar, estabelecer, implementar, operar, monitorar, analisar criticamente, manter e melhorar um sistema de gerenciamento de serviços (SGS). Uma novidade é que, a exemplo do *Information Technology Infrastructure Library* (ITIL®), modelo de gestão de boas práticas em processos de Tecnologia de Informação, as referências incluem recursos de pessoas, técnicos, financeiros e de informação, além da obrigatoriedade de um Catálogo de Serviços. (ABNT NBR ISO/IEC 20000- 1:2011).

Ressaltamos que as chamadas abandonadas não entravam no cálculo de nível de serviço, os abandonos não são contabilizados e, portanto, não entravam no rol das punições, mas essas chamadas eram mensuradas por meio de outro indicador (taxa de abandono), que interferia na quantidade de reclamações feitas à ANS e, conforme o número de reclamações, a pontuação da prestadora de plano de saúde podia cair.

Quando a pontuação caía, a prestadora podia ser proibida de fazer o reajuste de valores do plano no ano seguinte para os usuários ou dependendo do valor, pagava multa estipulada em contrato. Os operadores eram responsabilizados por essa queda. Por exemplo, uma empresa do ramo, a Contax, era multada quando a taxa de abandono ultrapassava os 2% em algum mês (Bouzada, 2009, p.16).

Os resultados da Figura 21 nos informaram que, no mês de julho de 2009, o número de chamadas recebidas aumentou em 23.940 (vinte e três mil, novecentos e quarenta), correspondentes a 117,49%, isto é, maior do que o dobro do mês anterior, o que em parte justificava proporcionalmente o aumento da taxa de abandono.

Mas o que se alterou significativamente foi o aumento das **ligações para marcar consultas: de 12.756 elas passaram para 21.762.**

jun/09	Recebidas	Atendidas	Abandonadas	Nível de serviço	Taxa de Abandono
SC_INF_RECLA_FALAR ATENDENTES	20.375	18.817	4.844	42,1	20,3
SC_MARCAR_CONSULTAS	13.526	12.756	3.087	40,7	19,4
SC_AUTORIZACAO	30.441	24.554	5.806	32,8	18,8
SC_AUTORIZACAO	15.702	16.015	2.219	46	12,1
jul/09	Recebidas	Atendidas	Abandonadas	Nível de serviço	Taxa de Abandono
SC_INF_RECLA_FALAR ATENDENTES	44.315	29.570	14.969	28	33,1
SC_MARCAR_CONSULTAS	32.687	21.762	10.909	26,6	33
SC_AUTORIZACAO	30.441	24.554	5.806	32,8	18,8

Figura 21 -Análise da taxa de abandono comparada com outras variáveis

Fonte: Call Center Hospital F, 2009.

Esses dados informavam claramente que os cálculos de Erlang (2013) deveriam ter sido refeitos, redimensionados pela Empresa AD, considerando-se os novos dados do fluxo de ligações. E isso não foi feito. A Empresa manteve o número de operadores e de linhas disponíveis sobrecarregando ainda mais o ritmo de trabalho desses operadores (Porto da Silveira, 2001; Wolff, 2003; Bouzada & Saliby, 2009).

Fomos verificar, então, como estava a **carga de trabalho** para cada operador. O Gráfico 4 informa a relação entre o número de **ligações atendidas** no mês de julho de 2009,

sem o transbordo, ou seja, sem aquelas ligações inseridas no fluxo normal do atendimento, via fila.

Encontramos um total de 70.962 (66,04%) ligações recebidas no mês de julho de 2009, pelos 65 (sessenta e cinco) funcionários do *Call Center*, isto é, 62 (sessenta e dois) operadores e 3 (três) membros da gerência, Ou seja, quarenta e oito (48) operadores (73,84%) realizaram uma média individual/mês superior a 957 (1,34%) atendimentos do total de ligações no mês de julho de 2009. Dez funcionários (15,38%) realizaram uma média individual/mês entre 660 a 809 (0,93% a 1,14%) atendimentos. Sete operadores (10,76%) realizaram uma média individual/mês entre 221 e 388 (0,31% a 0,54%) atendimentos. Esse número era significativo se pensarmos que, em 73,84% dos atendimentos, os operadores resolviam em torno de 8 (oito situações problemas por hora)³⁶, em um TMA de 7(sete) minutos e meio para cada atendimento.

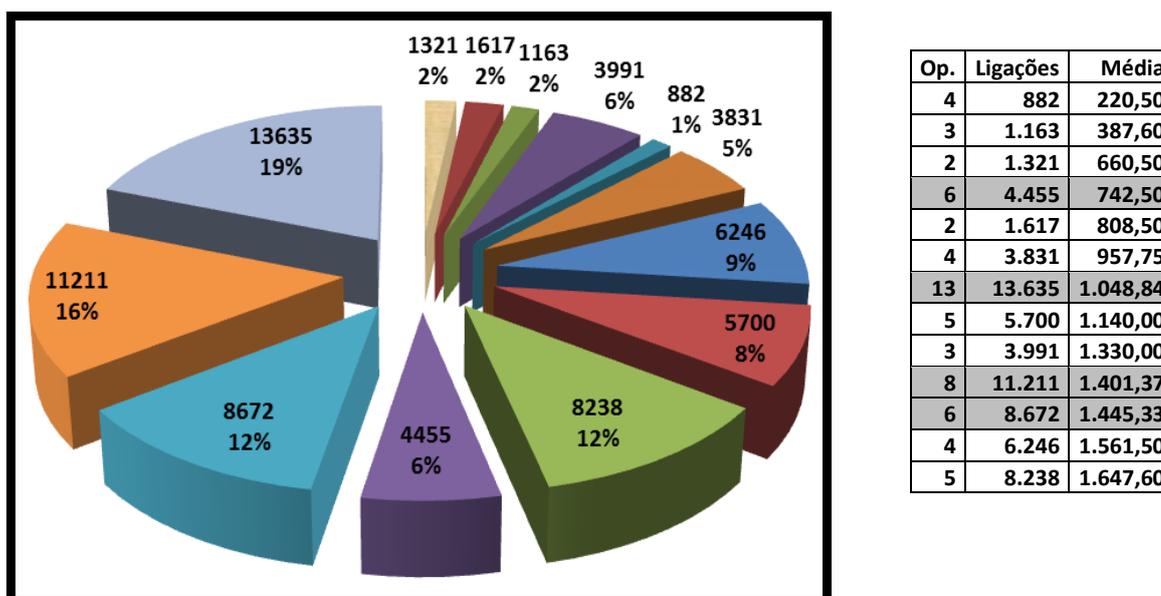


Gráfico 4 - Relação entre número de atendimentos por operador, mês de julho de 2009, Call Center, Belo Horizonte. n= 70.962 ligações e 65 operadores
Fonte: Call Center Hospital F, 2009.

O TMA prescrito era de 7(sete) minutos. Os relatórios de maio, junho e julho de 2009 (ver Gráfico 5) indicavam um tempo médio de atendimento equivalente a 5 (cinco) minutos ou abaixo de 5 (cinco) minutos. E como os operadores conseguiram abaixar esse TMA?

³⁶ Se considerarmos 958 horas/mês mínimo para cada operador e dividirmos esse número por 20 dias, encontraremos aproximadamente 48 ligações dia. Se o operador trabalha 6h/dia, então teríamos no mínimo 8 (oito) atendimentos por hora.

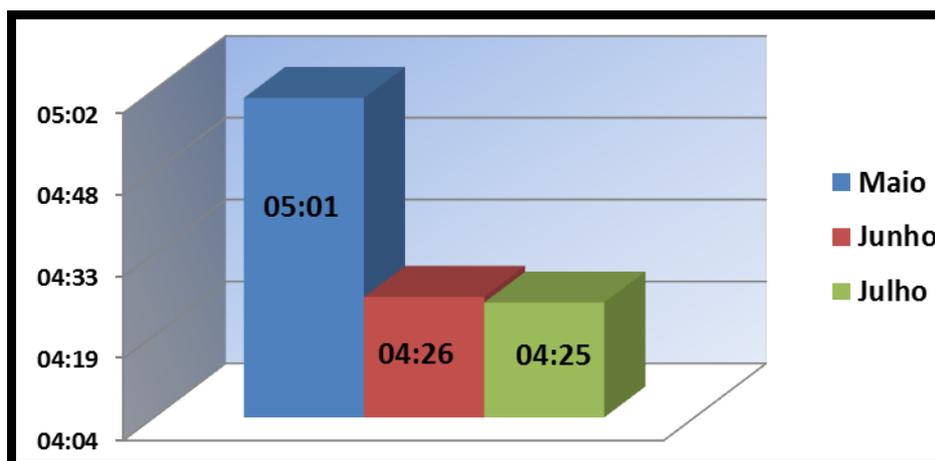


Gráfico 5 - Tempo médio do atendimento (TMA), Call Center Hospital F, Belo Horizonte, 2009.

Fonte: Call Center Hospital F, 2009.

Por meio de estratégias individuais, eles demoravam mais tempo em algumas situações, mas “compensavam” em outras. Aprofundamo-nos sobre como compensavam. Os atendimentos relativos aos beneficiários eram mais rápidos porque normalmente eles ligavam para pedir informações, autorização, confirmação de autorizações para consultas eletivas (agendadas previamente) e cirurgias, cadastro de recém-nascidos, verificação do período de carência do Plano, dentre outros pedidos. Nesses casos os operadores atendiam um número maior de ligações, mas em tempo menor.

E, em geral, nos casos de atendimento aos prestadores, uma ligação podia demorar até 20 (vinte) minutos, dependendo do tipo de autorização e complexidade na liberação. “*Em uma única ligação eles (os prestadores) solicitam serviços para diversos usuários. Levamos mais tempo atendendo a um prestador do que a um usuário apenas*” (Operador).

Desse modo, os operadores administravam o recebimento das ligações de beneficiários e prestadores para manter o TMA, identificando por meio do *SPS Atend* se a ligação era de **beneficiário ou prestador**, logo no início do atendimento, para manterem o TMA. Então eles apertavam uma tecla que emitia sinal de ocupado para o cliente. O cliente retornava para a fila de espera e eles podiam atender outra ligação. Eles não podiam fazer isso seguidamente, porque a supervisora podia vê-los recusando as chamadas. Mas eles ampliavam a chance de o cliente seguinte ser um beneficiário.

Fomos conferir essa informação e realmente contamos 26.335 (37,11%) atendimentos feitos a prestadores e 4.816 (6,8%) a beneficiários individuais. A diferença dos atendimentos era significativa, ou seja, de 21.519 (30, 32%) ligações a favor dos prestadores, o que confirma o relato dos operadores. Eles nos disseram que, na prática, o previsto de ligações

para um operador atender era cerca de 1.000 (mil) chamadas/mês. Os que atendiam abaixo dessa média eram geralmente novatos, que saíam muito da PA para retirarem dúvidas, ou eram operadores que atendiam mais ligações de prestadores em vez de beneficiários.

“Por isso, o Call Center não estabelece uma meta em relação ao número individual de ligações atendidas. A supervisão não considera esse indicador porque a gente sempre atendeu abaixo da meta” (Operador).

Concluimos que a diferença no número de atendimento individual/mês varia principalmente com o tipo de cliente, em decorrência da demanda que este propõe, mas também das estratégias utilizadas ou não pelos operadores. No entanto, em relação à carga de trabalho relativa ao ritmo, embora a empresa não cobrasse diretamente o TMA, os próprios operadores se cobravam em rapidez de atendimento em função de outros indicadores como a avaliação da operadora pela ANS, para evitar o desprazer de um constrangimento decorrente de punições ou advertências, além do esforço para evitar o aumento da fila de espera, ou seja, o TMA também era um indicador de pressão para os operadores.

Retomemos aqui, as nossas variáveis de ritmo. O horário diurno de 8:00 às 17:00, no dia de segunda-feira, no início de cada mês e no início de cada ano, mostrou o aumento do ritmo no horário diurno. Neste turno, os prestadores eram em maior número e, quando suas demandas de final de semana não eram liberadas a sobrecarga de serviço aumentava para os operadores que trabalhavam segunda-feira, principalmente na parte da manhã. Mas ainda faltava verificar quais fatores intensificavam o fluxo de ligações no início de cada mês e cada ano.

O aumento do fluxo de ligações no início de cada mês estava relacionado ao período possível para se realizar alterações nos boletos de pagamento. Os beneficiários ligavam para obter informações sobre atrasos, vencimentos, falhas nas entregas de boletos, solicitação de segunda via de boletos, renovação de vigência, aumentando conseqüentemente, o ritmo do trabalho dos operadores.

Para o início de cada ano, detectamos que o aumento do fluxo estava relacionado às solicitações relativas a informes de pagamentos relacionados ao plano para fins de declaração de imposto de renda.

Enfim, além dessas variáveis que sobrecarregavam os trabalhadores, os 8.000 (oito mil) beneficiários incluídos no plano de saúde por meio do **Programa “Corrida da minha vida”**, no início de 2009, logo que vencido o prazo de carência, começaram a ligar para o *Call*

Center. Esse fato coincidiu com o período de adaptação dos operadores à Empresa AD e, ao mesmo tempo, com o período de adaptação da Empresa AD aos produtos do Hospital F.

E, finalmente, outro fator que interferiu negativamente no ritmo de trabalho e se tornou um fator patogênico para a saúde dos trabalhadores foi **a inserção do Sistema Saturno** em momento de mudanças e a condição de despreparo dos operadores para assimilação e produção de informações e conhecimentos que não estavam previstos em seu percurso profissional.

Sob essas contingências, os operadores trabalhavam durante a semana; e, aos **sábados** pela manhã, o movimento era maior até o horário em que o Laboratório XY, “*maior ligador do Call Center*” (Operador), encerrava suas atividades. Aos **domingos**, o atendimento se limitava a urgências; outras solicitações eram arquivadas para serem deliberadas nas segundas-feiras. No entanto, embora o fluxo de ligações aos domingos fosse menor, os atendimentos feitos exigiam decisões mais complexas, como no caso das remoções.

Quanto aos turnos, o **turno da noite**, era diferenciado em vários aspectos, tais como: uso de celulares particulares no horário de serviço, cada operador utilizava o tempo livre de maneira própria, sendo que alguns assistiam a programas de televisão em aparelho levado por algum deles, o qual ficava ligado todo o tempo; outros liam jornais, desenhavam no computador, faziam trabalhos no *Word*, resolviam palavras cruzadas, comunicavam-se com os prestadores de maneira bastante informal (faziam piadas, riam, contavam casos etc.).

Outra variável que **quebrava o ritmo de trabalho** do operador, nos turnos em geral e que acarretava problemas no fluxo das ligações era a **interrupção feita pela gerência** para informar sobre alterações no plano, no sistema e/ou quaisquer outros tipos de avisos.

No momento em que isso ocorria, os operadores deviam parar suas atividades imediatamente e voltar sua atenção ao que lhes era comunicado. Os operadores que estavam em atendimento deviam solicitar aos respectivos clientes que aguardassem na linha. Quando a representante do Hospital F começava a passar os recados, havia alguns operadores que estavam em ligação e ainda não tinham pedido um tempo para o cliente. Esses operadores eram repreendidos pela supervisão: “*Eu não vou repetir os recados depois*”. Certa ocasião, um operador disse que não poderia pedir um tempo naquele momento porque o cliente estava nervoso. A supervisora respondeu agressivamente: “*Quem manda nas ligações são vocês*”.

Essas interrupções demandavam um tempo considerável e causavam um grande acúmulo de ligações na fila de espera (chegavam a **58 ligações**) e muitas perdas de ligações

em andamento, pois muitos clientes, sem entenderem o que estava acontecendo, desligavam o telefone.

Exemplo de uma comunicação

A supervisora falava sobre boletos de pagamentos. Uma operadora a interrompeu dizendo: *“Os usuários estão enchendo o saco por causa de problemas com o boleto”*. A representante do Hospital F respondeu: *“Agora é que vão encher muito mais. Preparem-se para as reclamações que provavelmente receberão”*. Com a mudança de sistema e todos os problemas com cadastro e cobrança, o Hospital F não havia emitido os boletos para a coparticipação e, assim que teve oportunidade, liberou essa pendência para cobrança.

“O plano não cobrou a coparticipação dos usuários do período de abril a agosto e a partir de dezembro, esse valor será cobrado dos usuários. Podem inclusive cobrá-lo em um só boleto”.(Supervisora).

Os operadores começaram a falar todos juntos *“Nossa! agora é que os usuários vão reclamar mesmo”*.

A representante do Hospital F retrucou: *“Que reclamem! É até bom, para que o cliente leve um susto e pare de usar o plano à toa”*. E, ela continuou dando outras informações e comunicados.

Outras vezes, no esforço de manter o contato com o cliente, o operador, assim que terminava o comunicado, retornava à ligação, mas se esquecia do que fora dito pela supervisora. *“É ruim porque elas dão informações enquanto você está em ligação e aí você perde e tem que ficar perguntando para os colegas depois o que foi dito”*.

Durante todo o tempo em que ficavam atentos aos recados, os operadores também se preocupavam com os clientes e com frequência repetiam *“só mais um instante por favor”* para informar aos clientes que ainda estavam ali. Alguns beneficiários não conseguiam aguardar o longo tempo de espera e desligavam, outros começavam a reclamarem.

Assim, essa forma de comunicação exigia dos operadores capacidade para a) **incorporar um** grande número de informações, o que nem sempre era possível, e, quando, então, precisavam recorrer a colegas ou à supervisão para sanarem suas dúvidas; b) **reter** os dados já informados pelo cliente em espera; c) **manter** o vínculo com o cliente, solicitando-lhe, de tempos em tempos, que aguardasse mais alguns instantes na linha; d) **fixar** as informações passadas para poder **relembra-las** quando necessário.

5.5.5 Divisão de tarefas

Quando nos aproximamos dos operadores, na **Empresa AD**, havia um clima de incerteza provocado por uma série de “boatos” decorrentes das demissões feitas pelo Hospital F, pelos problemas com o *software*, pelas dificuldades de relacionamento com a nova gerência

e pelos atrasos de pagamentos dos direitos trabalhistas. Todos esses fatos interferiam negativamente no comportamento profissional dos operadores.

Segundo esses boatos, a partir da perda de algumas contas públicas por determinação da justiça, a Empresa AD, havia cerca de dois meses, vinha passando por um tempo de dificuldades, denominado pelos operadores de “fase caótica”, em razão dos salários e dos pagamentos de vales-transportes atrasados, numa situação ainda mais agravada com pedidos de demissões.

Além disso, os operadores comentavam que, entre os demitidos, havia um diretor geral, cujo substituto reorganizou e regularizou a situação administrativa da empresa. Nesse ínterim, surgiu o boato de compra da Empresa AD por pessoa ligada à política partidária. Por fim, ainda havia o boato de que a empresa havia conseguido novas contas, ou seja, novos clientes, em Ouro Preto e São João Del Rey.

As conversas em torno desses boatos, entre os operadores, eram constantes; eles receavam que o Hospital F não conseguisse “sobreviver” e se sentiam muito inseguros.

A **divisão de tarefas** era relacionada às funções de liberar autorização para que o usuário (beneficiário e prestadores) pudesse receber os benefícios do plano de saúde do Hospital F; ser removido e/ou deslocado quando necessário à melhoria de condições para sua saúde; marcar consultas; informar e/ou ser informado, resolver pendências.

Com os problemas relatados, todos os funcionários, supervisores, operadores e técnicos que faziam a manutenção e as alterações no Saturno estavam sobrecarregados.

Sem as “ilhas de atendimento”, os operadores tinham de responder a todo e qualquer tipo de pergunta e não conseguiam, tendo de recorrer aos colegas. Na espera do retorno do operador, a impaciência do usuário aumentava e, muitas vezes, antes de o operador voltar com a resposta, ele interrompia a ligação.

Certa vez, um dos operadores disse: “A *supervisão diz que não tem mais ilhas de atendimento*³⁷ *especializadas, mas tem sim. Nós acabamos perguntando para quem entende do assunto, é mais rápido e erramos menos*”.

Outras vezes, os operadores ficavam aborrecidos porque eram responsabilizados pela supervisão quanto ao número de reclamações motivadas pelas interrupções no atendimento, feitas pelos usuários junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Essas

³⁷Ilhas de atendimento – referindo-se ao tempo no qual a divisão de tarefas era feita por especialidades: consulta, informação ou autorização.

reclamações podiam fazer com que a pontuação da Empresa AD, prestadora de plano de saúde, caísse e com a baixa da pontuação, ela ficaria impedida de reajustar os valores do plano para o ano seguinte. A Empresa AD emitia advertências do tipo: *“Vocês querem aumento de salário, se a ANS não liberar o aumento do valor do plano, não podemos melhorar o salário de vocês”* (Supervisor AD).

Diante dessa realidade, naquele momento, a divisão de tarefas estava prejudicada pelo excesso de ligações e problemas; uns tentavam ajudar os outros, mas isso não era suficiente.

Os operadores que trabalhavam no contrato de 36 horas exerciam durante a semana ou nos finais de semana, na ausência do médico auditor e/ou supervisão, a função temporária de auditor, ou seja, eles ficavam com a senha do auditor/supervisor que lhes permitia autorizar procedimentos, serviços, consultas. Eles possuíam uma tabela de Coeficiente de Honorários (CHo) do plano de saúde, que indicava o valor dos exames, honorários médicos ou dos procedimentos que podiam ser solicitados pelos beneficiários. Cada CHo correspondia a aproximadamente a R\$ 1,00 (um real). Os procedimentos abaixo de 250 CHo eram sempre liberados. Nos casos de procedimentos acima desse valor ou em caso de dúvida sobre a liberação do procedimento, os operadores ligavam para o médico auditor. Os casos de urgência deviam ser liberados sempre.

Esses operadores reclamavam dessa responsabilidade “extra”, principalmente os que trabalhavam nos finais de semana, porque a auditoria funcionava até as 11 horas; como o *Call Center* atendia 24 horas/dia, cabia a esses operadores na ausência dos auditores, decidir o encaminhamento das solicitações e muitas vezes definir o que deveria ser feito.

No caso do parto cesariano, a demora ocorria apenas quando o beneficiário estava em período de carência. Nessa situação, os operadores levavam o caso ao supervisor ou a algum médico perito. E, enquanto não resolviam o problema, trabalhavam além do horário de retornar para casa, não recebendo hora extra e ainda podendo ser advertidos. Assim, quando se aproximava o fim do turno, eles iam ficando tensos. *“Rezo para não chegar um caso desses na minha mão”*. Essa atividade era encarada por eles como de grande complexidade e responsabilidade, pois uma decisão errada poderia causar agravamento do quadro ou mesmo óbito.

Quando a **Empresa ES** assumiu, sua supervisora disse ter encontrado muitos problemas e dificuldades ao assumir a coordenação do *Call Center* do plano de saúde do Hospital F. Em sua opinião, era preciso estudar especificamente o produto, o processo, as

demandas, o perfil de empregados de cada empresa. Em vários momentos dizia: “Apesar de minha experiência no ramo, cada empresa nova exige um trabalho diferenciado”.

Referindo-se à Empresa AD, ela reclamava dizendo que, quando o Hospital F fechou o contrato com a Empresa ES, ele não apresentou nenhum dado que possibilitasse um gerenciamento personalizado.

“Do jeito que está, não tem como saber informações importantes sobre o trabalho realizado. A gestão do Call Center do Hospital F não gerenciava os conhecimentos que produzia e isso dificultava o monitoramento dos fracassos e dos sucessos”
(Supervisora ES).

Dizia que como empregada da Empresa ES, reconhecia que teriam, além de todos os problemas encontrados, um grande desafio para recuperar a imagem e a credibilidade do Plano. de Saúde do Hospital F e dos serviços prestados pelo *Call Center*. “Até os prestadores não confiam mais no *Call Center* do Hospital F. Estou tentando retomar a credibilidade e oferecer melhor qualidade de serviços”.

E, ainda, referindo-se aos operadores disse:

“A equipe está desmotivada, irritada, não conseguem escutar. Preciso também recuperar a imagem da supervisão e deles próprios. Eles só recebiam punições”.

“Estou investindo na avaliação de desempenho dos operadores. Já recebi e-mail de um prestador agradecendo. Eu li esse e-mail para os operadores e fiz elogios ao operador que realizou esse atendimento”.

Sob esses pressupostos, a supervisora ES convocou, individualmente, os operadores da Empresa AD para ouvi-los e questioná-los sobre a vontade de continuarem, ou não, trabalhando para a empresa. Apenas trinta (30) dos 62 funcionários optaram por continuar na Empresa ES. Em situação de emergência e, sem o tempo necessário para treinar os recém-contratados, a supervisora ES contratou mais 32 (trinta e dois) operadores com experiência no ramo, que começaram a trabalhar imediatamente.

Mas, apesar da experiência, o produto do Hospital F era diverso daqueles com os quais esses operadores recém-contratados estavam acostumados a trabalhar. Essa contratação provocou aumento de problemas no atendimento aos usuários, grande dependência em relação à supervisão, muito aumento dos casos de retrabalho e reclamações. Além disso, a Empresa ES ainda tinha de administrar os conflitos gerados pela mudança do *software*.

Então, em acordo com o representante do Hospital F, a supervisora ES pediu ajuda a alguns antigos empregados da empresa AD, considerados mais experientes e que ainda estavam sem emprego. E, durante duas semanas, eles foram pagos para ensinar o serviço aos “novatos” e resolver os problemas que surgissem.

O encontro dos antigos empregados com os recém-contratados foi carregado de conflitos e desacordos com a gerência. Em contrapartida, os operadores novatos eram mais receptivos às normas de gestão da Empresa ES, estavam em período de experiência, queriam “mostrar serviço”. Essa atitude agradava à supervisora ES.

E, assim, os antigos operadores mostravam-se cada vez mais revoltados e inquietos. Alguns diziam que a mudança de empresa era positiva; outros continuavam inseguros e receosos, mas todos estavam indignados, porque ainda não tinham recebido o valor da rescisão de contrato da Empresa AD, sendo ainda influenciados pelos colegas que optaram por sair. A Empresa ES resolveu, então, pela demissão em massa dos funcionários da Empresa AD. *“Não podemos deixar os antigos contaminarem os novatos”* (Supervisora ES).

Observávamos que a supervisora havia aceitado um desafio de melhoria dos serviços, mas tanto os operadores quanto os produtos do Hospital F eram desconhecidos para ela, por isso tentava gerenciar de acordo com sua experiência anterior, sem escutar a “revolta” dos operadores.

“Não sei quem são as pessoas que ligam, não sei quando o fluxo de ligações é mais intenso, quais são as dúvidas dos operadores, não acompanho os casos de adoecimento e licença de funcionários. Essas informações são simples, mas necessárias para a organização do trabalho. Estou construindo tudo isso agora ao mesmo tempo em que estou aprendendo” (Supervisora ES).

Por outro lado, os operadores que ainda se sentiam fazendo parte do Hospital F estavam indignados com o tratamento dado a eles, com a desconsideração ao seu percurso profissional e ao vínculo afetivo que sempre dedicaram ao Hospital F durante esse percurso.

É necessário dizer que, nesse ambiente tenso e de mudanças, a equipe de pesquisa escutou os operadores em suas angústias, mas ao mesmo tempo ficava atenta para não cair nas armadilhas ora da gerência ora dos operadores que a colocavam no lugar de *“saber e de poder resolver as situações”* (Operadores). Muitos diziam que *“estavam precisando de dinheiro”*, outros que *“estavam magoados, desiludidos com a profissão, constrangidos com toda a situação”*. A supervisora ES justificava suas ações dizendo:

“Tenho experiência no ramo. Os trabalhadores da AD estão mal acostumados. Esses que estão reclamando eram privilegiados com ações de protecionismo e eu não vou proteger ninguém, todos são iguais” (Supervisora ES).

Na tentativa de colocar “*ordem no caos*”, conforme seus próprios termos, ela buscou e obteve o apoio do representante do Hospital F para adequar a organização de trabalho do teleatendimento aos modelos empresariais tradicionais visando à melhoria dos serviços desse setor. Ela aumentou também o controle como estratégia central da organização do trabalho, inseriu normatizações, intensificou o controle do tempo, do conteúdo, dos comportamentos, do volume de serviço e dos resultados. “*O fracasso da Empresa AD foi provocado pela falta de normas e eu preciso colocar em ordem a situação*” (Supervisora ES).

E ela fez isso, de maneira vertical, sem a participação dos operadores. Foram modificadas regras anteriores, implantadas novas normas, o que ampliou os conflitos interpessoais, os confrontos com a chefia e as dúvidas quanto à ética da empresa ES.

5.5.5 O conteúdo das atividades

A passagem do Hospital F para a Empresa AD - mudança de tipo de atendimento. A passagem do tipo passivo para o tipo ativo de teleatendimento ampliou a instabilidade, a insegurança, os sentimentos de menosvalia e de incompetência dos operadores em razão das novas competências exigidas no manuseio dos sistemas de informação e dos problemas gerados no teleatendimento. Era consenso de que o Saturno, “*tornava a realização da atividade mais demorada porque tinha mais telas para abrir*” (Operador).

Esse tipo de “demora” por ter de lidar com “mais telas para abrir” mostrava que o operador tinha mais dificuldades no manuseio dos recursos telemáticos, colocando-o em situação de desvantagem competitiva, exigindo dele muito esforço cognitivo e emocional. Vários operadores diziam que preferiam o sistema antigo, porque “*o SPS Atend levava mais tempo para abrir as telas, mas ele tinha menos telas e campos a serem preenchidos. E, enquanto a gente esperava, a gente descansava um pouco*”.

Essa possibilidade de descanso tão importante para a saúde dos operadores revelava que a exigência de maior rapidez do sistema, o excesso de informação nas diversas telas e a necessidade de responder com presteza poderiam se constituir em fatores patogênicos.

Por outro lado, tal situação revelava que todo o processo de implantação do Saturno havia desconsiderado as exigências cognitivas presentes nessa atividade (Leal, 2008).

Para prevenir ou mesmo minimizar os efeitos negativos à saúde do trabalhador, o Hospital F e a Empresa AD teriam de ter feito uma avaliação das características do dispositivo técnico em relação às suas exigências cognitivas e isso não foi feito.

Os erros de lançamento e a dificuldade em lidar com o novo programa ampliavam a tensão, a ansiedade, os medos dos operadores, que já começavam o dia de trabalho “*aguardando os pepinos*” (Operador) isto é, aguardando os problemas que o Saturno iria gerar: “*Tomara que eu tenha sorte e eu não pegue nenhum pepino hoje*” (Operador).

Os operadores relataram diversas vezes que o Saturno informava a negativa de procedimentos ou serviços a partir de dados que mostravam o plano do cliente como se ele não tivesse direito à cobertura do procedimento que buscava, sendo que a negativa decorreu de dados apresentados erradamente pelo sistema. Isso gerava insegurança nos operadores a manusearem o Saturno. “*Eu não confio nos dados do Saturno. Outro dia ele negou um procedimento de vasectomia a um beneficiário. O beneficiário reclamou, reclamou e quando fomos verificar o cliente masculino estava cadastrado como sendo do sexo feminino*” (Operador).

Os erros de cadastro levavam os operadores a cometerem erros no atendimento e geravam várias complicações para o usuário e, conseqüentemente, para o operador, para o Hospital F e para os gestores.

Ao fazer um atendimento, observamos que uma beneficiária não possuía o número da carteirinha. Ao fazer a pesquisa por nome, o operador verificou que outras pessoas estavam cadastradas com o mesmo nome e sobrenome da beneficiária. Para ter certeza de quem se tratava, precisou conferir as datas de nascimento, mas nenhuma das datas cadastradas correspondia à da beneficiária. Depois de verificar em vários locais do sistema, o operador constatou que a data de nascimento da beneficiária estava errada no cadastro.

O passo a passo que havia sido ensinado aos operadores não se efetivava na prática, o clima era confuso; a todo momento eles saíam de sua posição de atendimento para tirar dúvidas.

“Isso irrita a gente! Assim não dá para trabalhar! O que tinha de ser correto (se referindo aos dados que identificam o beneficiário) já começa errado. Em vez de resolver o problema do beneficiário a gente fica aqui resolvendo o problema do sistema” (Operador).

A insegurança aumentava, os operadores não conseguiam seguir a lógica do passo a passo, tinham de ir e vir no sistema abrindo e fechando diversas telas, conferindo e (re)conferindo, procurando onde estava a origem do erro, verificando se tinham esquecido de

fazer algum tipo de lançamento para que não ocorresse glosa no final do atendimento e tivessem de voltar e refazer todo o percurso.

Em uma mesma ligação, um prestador solicitou um procedimento para determinado beneficiário, mas quando o operador lançou o número da carteirinha no Saturno, o sistema não localizou o cadastro. O operador anotou os dados do beneficiário, levou para os supervisores fazerem o cadastro e pediu que o prestador retornasse a ligação mais tarde. Porém, quando o supervisor consultou no seu computador o número da carteirinha, o sistema localizou o cadastro do cliente. Ao retornar para a PA, o operador comentou: *“Você viu que eu tinha verificado duas vezes? Esse sistema é assim mesmo, doido!”*

Durante a semana, não havia como diminuir as filas: o sistema caía e demorava a voltar. E os operadores eram pressionados a resolver as situações.

“Quando a fila tá grande parece que a gente não vai acabar o trabalho nunca, mas quando a gente olha e tá pequena, dá um alívio!” (Operador).

“Uma fila adequada é de dez pessoas, acima disso o trabalho fica muito cansativo e estamos frequentemente com quarenta pessoas na fila” (Operador).

Além desses fatores, o conteúdo da atividade era permeado pela qualidade (positiva ou negativa) do **relacionamento do operador com os clientes**. Os operadores diziam que muitos clientes não sabiam usar as ferramentas da internet e tinham de se adequar ao tipo de atendimento, especialmente quando se tratava de pessoas idosas.

“Precisamos primeiramente ensiná-los a navegar no site da empresa” (Operador).

“Temos de verificar se eles conseguem ler o que está escrito nos pedidos médicos” (Operador).

“Às vezes eles não escutam bem e trocam tudo o que falamos” (Operador).

“Toda vez que atendo idoso tento compreender a doença dele para ver se ele está ou não em condições de me responder” (Operador).

Essas situações acarretavam demora no atendimento e sobrecarga de serviço. No entanto, para alívio dos operadores, a supervisão não mensurava o tempo de atendimento para alguns casos, considerados especiais, como idosos com dificuldades, atendimento a pais que estavam com seus filhos em situação de risco, ou ainda, quando o operador por algum motivo ficava emocionalmente perturbado em decorrência de algum tipo ou alguma situação de

atendimento em que estava trabalhando. Nesses casos, o operador podia se retirar um pouco da sala para se “recompôr”.

Dessa forma, os operadores diziam que o trabalho que realizavam era difícil, pois exigia deles paciência e boa educação, mesmo quando eram ofendidos e agredidos. Além disso, tinham de ficar atentos para não se envolverem demais com os problemas dos clientes. Havia situações nas quais os beneficiários compartilhavam suas próprias dificuldades com os operadores; que, sem saber como ajudá-los, se sentiam impotentes.

“Trabalhar nesse plano de saúde é fria, tem usuários que ficam inadimplentes ou possuem carência, muitas vezes são idosos precisando de atendimento, você fala com a supervisão e eles falam simplesmente que não se pode fazer nada, isso é muito ruim..., por isso eu estudo e faço um curso onde vou poder ajudar as pessoas” (Operador).

Outras vezes, além de impotentes, ainda se sentiam culpados, embora não fossem de fato responsáveis pelos problemas não resolvidos.

Um beneficiário ligou dizendo que precisava fazer uma cirurgia e o hospital informou que o seu plano de saúde não cobriria o valor necessário para realizá-la. Então, o operador verificou que o plano pagaria procedimentos cirúrgicos, com exceção daquele de que o cliente precisava por se tratar de uma cirurgia que exigia materiais muito caros. O operador falou com o beneficiário, mas logo após, sentiu-se mal, ficou triste, sentindo-se incapaz, preocupado, se perguntando como o cliente iria fazer para pagar o valor, pois não tinha condições financeiras e precisava realizar a cirurgia com urgência.

Outro caso descrito com frequência pelos operadores como uma situação difícil, tensa e geradora de constrangimentos, era o da remoção de pessoas de um hospital para outro. Fizemos um levantamento no mês de julho de 2009 e os operadores atenderam 10 (77%) casos de remoções e 3 (23%) buscas por vagas em Centro de Tratamento Intensivo (CTI). *“Todo mundo tem medo dela (remoção) e quase ninguém sabe fazer. Tem que fazer carta, mandar por fax e pedir remoção”* (Operador).

Um operador relatou que certa vez, ao tentar encontrar uma vaga hospitalar para o CTI, encontrou tanta dificuldade no procedimento que o paciente faleceu.

“Desde esse dia, eu torço todos os dias para nenhum caso de remoção aparecer para eu resolver, porque é muita responsabilidade e eu me sentiria muito culpado se algo grave acontecesse com um cliente enquanto estivesse realizando este procedimento porque a gente tá fazendo de tudo para ajudar e a pessoa morre, é muito chato” (Operador).

Durante a pesquisa foram frequentes os relatos de situações de clientes que não puderam ser resolvidas e que geraram sentimentos de culpa e até mesmo incapacidade resolutiva entre os operadores.

Eles diziam que o produto comercializado pelo Hospital F era insatisfatório e gerava muitas ligações de reclamações. *“O plano de saúde é ruim para os beneficiários que acabam passando o mal-estar pra nós funcionários”* (Operador).

Fomos verificar e, a partir do sistema de classificação de chamadas, foi possível mensurar que, no mês de julho de 2009, foram feitas 304(100%) ligações classificadas como reclamações, sendo que 286 (94%) delas referiam-se ao Plano de Saúde do Hospital F (ver Gráfico 6).

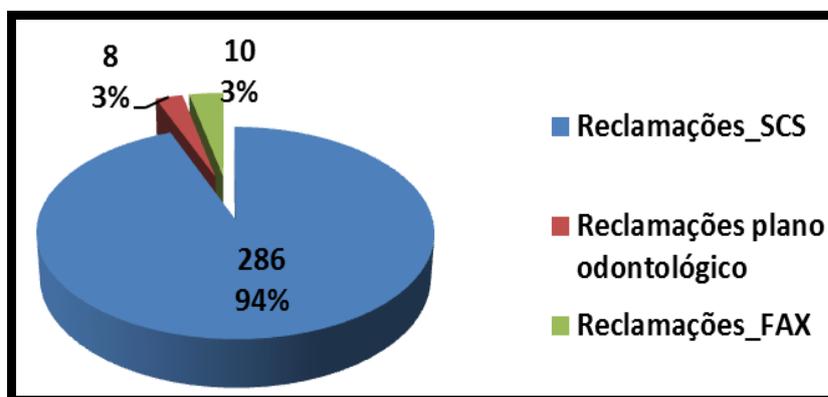


Gráfico 6 - Reclamações feitas ao Call Center Hospital F, Belo Horizonte, 2009
Fonte: Call Center Hospital F, 2009.

Se comparado ao resultado total de chamadas atendidas no mês, 75.886 (100%), e o total de reclamações, 304 (100%), essas 286 reclamações sobre o plano representam 0,4%, porcentagem aparentemente não significativa, mas quando estabelecemos a relação entre o total das reclamações e o total de reclamações referentes ao Plano de Saúde do Hospital F, essas 286 chamadas se transformam em 94%, tornando-se um resultado significativo para o plano de saúde do Hospital F.

Operadores que trabalharam em outras empresas de *Call Center* compararam as situações, deixando evidenciar certo mal-estar em relação ao conteúdo da atividade no Call Center do Hospital F.

“Eu tinha uma supervisora que dizia que eu era muito humano para trabalhar com vendas que esse lado humano o atrapalhava” (Operador).

“Aqui eu não trabalho com vendas, mas as reclamações do plano, feitas pelos beneficiários, me deixam constrangido, preocupado, passando mal” (Operador).

“Ainda bem que aqui eu não tenho que vender, mas a gente tem que ser bem direto nas ligações sem despender maiores atenções ao cliente. A chefia não fala claramente, ‘seja robô’, mas se, por exemplo, uma pessoa ligar passando muito mal, precisando de consulta e não tem horário, ao levar o caso para a chefia eles perguntarão: tem horário? Não. Então o que você pode fazer? Então, eles não falam dessa forma, é subjetivo, mas a gente percebe” (Operador).

Outro operador relatou uma série de situações para nos dizer que diante da tarefa, *“particularmente não conseguia ser frio”*.

Relatou o caso de uma usuária que precisava marcar consulta com um reumatologista, sem, contudo, conseguir um horário disponível no ano.

Um segundo caso: uma beneficiária queria consultar com clínico geral, mas havia horário disponível só para dois meses depois.

Um terceiro caso: uma mãe procurava atendimento para uma criança que havia se machucado e não havia médico para atendê-la.

“Dava para ouvir o choro da criança. Nessas horas você tem que pegar seu lado humano e trancar dentro do armário. Depois dessa ligação eu tive de sair cinco minutos, porque se eu não saísse para espairecer, não conseguiria pegar outra ligação”.

Ele também disse que, em algumas ocasiões ficava repetindo *“entendo, entendo”*, pois não havia o que fazer. *“Isso me dá uma sensação de incapacidade”*.

Em resumo, podemos dizer que as tarefas eram percebidas por muitos operadores como difícil, provocando e estimulando negativamente a condição emocional deles devido aos impedimentos sucessivos, ora em consequência dos erros básicos de cadastro que geravam problemas no sistema de informação ora por causa do desligamento do sistema em razão da sobrecarga de dados ora por causa das novas competências exigidas para a função ora por causa do difícil relacionamento interpessoal com a gerência ora pela ineficiência do plano ou pela responsabilidade envolvida que os levava a dizer: *“lidamos com vidas humanas”*.

Como informado no Gráfico 4, em julho de 2009, houve um aumento significativo das ligações referentes à marcação de consultas de 12.756 para 21.762. Esse aumento persistiu em 2010, levando a **supervisão ES** a tomar medidas de gestão com base nas fórmulas de Erlang e a decidir que, a partir de abril de 2010, os processos de marcação de consulta seriam excluídos da **lista dos serviços coordenados pela Empresa ES**.

A retirada dos processos de marcação de consulta, do ponto de vista do operador, impactou positivamente as tarefas prescritas, uma vez que o número de reclamações e as dificuldades com o “marcar e desmarcar” consultas geravam muitos problemas e constrangimentos. *“Graças a Deus! Tiraram isso das nossas costas”* (Operador).

Mas os problemas com o Saturno continuaram e as consequências afetavam emocionalmente os operadores. Seguem algumas situações que explicitam a tensão relativa aos impedimentos quando da realização das tarefas.

Um operador solicitou ajuda do Representante do Hospital F, pois a beneficiária estava para arcar com os custos de uma consulta que constava como “em andamento” porque na justificativa da consulta, o operador havia escrito “ilegível”. A beneficiária queria saber o porquê de sua consulta não ter sido aprovada. Depois de ligarem para o auditor e receberem o pedido médico via fax, os operadores detectaram que o ilegível se referia à “letra ilegível do médico”. Os operadores tentaram decifrar o que o médico havia escrito, mas não conseguiram. Enquanto isso, a beneficiária aguardava a aprovação. Os operadores tentaram entrar em contato com o médico, mas novamente não conseguiram.

“Um homem sofreu acidente no interior e o plano dele não cobria remoção.... Ele morreu... O filho dele e o irmão me ligaram... Eu expliquei tudo. Falei que eles não tinham direito, mas poderiam pagar... Só que eles eram muito humildes. Não tinham condições. Eles falaram que vão processar a Santa Casa por negligência. Ainda bem que tá tudo gravado. Eu fiz o que podia, mas fiquei muito mal. Falei com as meninas (supervisoras) o que tinha acontecido... Eu faço o que elas mandam... Aí eu fiquei mal até de noite, deixei de sair com meus amigos... Quando é assim você tem que conversar com alguém porque se não, não dá! Fico preocupado porque é o meu nome! Eles falaram comigo! Ninguém sabe que tem outras pessoas atrás de mim. Sou eu que dou as informações no telefone. Eu que disse que aquele homem não tinha direito... Fiquei mal quando conversei com o filho dele no telefone. Ele me agradeceu. Disse que sabia que a culpa não era minha, mas que mesmo assim vai processar o plano”.

E, ainda, em setembro de 2010, foi implantado o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC). Os procedimentos ficaram mais demorados gerando aumento na fila de espera e transbordo das ligações. *“Nós estamos apanhando, ainda estamos nos adaptando, aprendendo como fazer”* (Operador).

“Temos de preencher o SAC antes de atendermos outra ligação. Impossível. Então, enquanto estamos atendendo um cliente, preenchemos o SAC anterior” (Operador).

“Agora há também o agravante de o SAC, como não faz parte do Saturno também trava algumas vezes, o que prejudica todo o trabalho” (Operador).

O alto fluxo de ligações muitas vezes impossibilitava que as informações dos usuários fossem registradas logo após o término da ligação. Para agilizar o trabalho, muitos operadores criavam um arquivo com os assuntos mais recorrentes nas ligações e os colava no SAC. “O SAC é um saco, o nome até combina” (Operador). “É desagradável segurar as pessoas na linha para fazer o registro no SAC” (Operador).

Assim, a partir de uma anotação diária em um “Bloco de Notas”, os operadores iam inserindo o número dos usuários e os motivos das ligações e, muitas vezes, o acumulado ao longo do dia era passado para o SAC, apenas a partir de 18:00 h, quando diminuía o número de chamadas recebidas. E, só depois de inserir os dados no SAC, os operadores apagavam a anotações do Bloco de Notas e, no dia seguinte, começavam com novas anotações.

Detectamos que as tarefas podem se tornar um fator patogênico, especialmente se, ao enfrentá-las, o operador não tiver o apoio dos seus superiores. O dia a dia era repleto de casos, para os quais não havia uma sequência prescrita que pudesse ser seguida. Os operadores precisavam o tempo todo de usar suas habilidades e experiências pessoais para resolvê-los. Quando não conseguiam atender a um beneficiário como nos casos de remoção, considerado por eles o maior gerador de tensão emocional, iam para casa aborrecidos, angustiados, e muitas vezes não conseguiam dormir, conversar com os familiares.

Mas, por outro lado, na medida em que o operador encontrava alternativas para os problemas, ele conseguia ampliar seu poder de agir em vez de amputá-lo, mantendo sua vitalidade e interesse pela atividade, condições fundamentais para a manutenção da sua saúde (Clot, 2010, p.20). No entanto, infelizmente, isso não ocorria com a maioria.

5.5.6 O script

Na Empresa **AD**, os operadores eram avaliados quanto a seguir ou não o *script* por meio da **escuta das ligações**. As ligações eram ouvidas pela supervisão. Os que não cumpriam o *script* eram chamados para uma “conversa”. A partir daí, esses operadores passavam a ser observados com maior frequência e a supervisão escutava outras gravações deles, com o objetivo de “*garantir a qualidade do serviço prestado aos beneficiários*” (Supervisão).

Enquanto escutava as ligações, a supervisora da Empresa AD ia sublinhando em folhas que continham modelos de como deveria ser um bom atendimento. Ela anotava aquilo que o operador precisava alterar, adquirir e/ou melhorar em sua atividade. Por exemplo, o uso excessivo do gerúndio, a entonação da fala, o sotaque, a qualidade e objetividade do

atendimento. Se o operador fizesse um atendimento de boa qualidade e o tempo fosse maior do que o previsto, ele não era penalizado. Para a supervisora, a qualidade do serviço e a padronização das falas tinham mais importância do que o tempo despendido. *“Os operadores que não seguem a padronização e utilizam palavras inadequadas, não são polidos. Então, desde que atendam direito com os usuários, não me importo se demoram no atendimento”*.

Apesar das explicações dadas pela supervisão da Empresa AD, alguns operadores a criticavam por exigir o **cumprimento dos scripts**. Eles reclamavam das limitações sobre o que ia ser dito ao cliente e diziam que a supervisão *“só escutava as ligações pra dar justa causa”* em caso de demissão.

Segundo a líder do turno, cada líder devia ouvir pelo menos uma ligação por dia de cada atendente para fazer o acompanhamento da qualidade do atendimento. Contudo, *“aqui, não há, por parte da liderança, muita cobrança, nem penalização em relação ao cumprimento do script”* (Líder turno da tarde).

Mas o que constatamos com relação à forma de se expressar ao telefone era que o *script* era adotado apenas no momento inicial e final da ligação. A partir daí, o diálogo transcorria conforme a necessidade e o momento, muitas vezes com o uso de palavras do cotidiano particular de cada operador.

Mesmo assim, os operadores se queixavam da insistência da gerência por ter de repetir frases como *“só um momento, por favor,”* e por não poderem dizer o motivo da demora do atendimento. *“Ora eles [os usuários] ficam pensando que a gente é que é mole e a demora é um problema de sistema”* (Operador).

Além disso, não gostavam de repetir ao fim de cada ligação: *“o Hospital F saúde é que agradece”*. Os operadores também disseram que se sentiam constrangidos quando tinham de repetir automaticamente a mesma frase para um mesmo prestador em um mesmo dia de serviço. *“Eu falei com ele há duas horas, ele liga novamente, eu falo a mesma coisa, é estranho”* (Operador).

Isso significa que, do ponto de vista dos operadores, o bom atendimento não era aquele que seguia rigorosamente o *script*, principalmente, quando falavam com o mesmo usuário, num curto período de tempo e tinham de repetir as frases exigidas pela gerência, apenas pelo receio de sofrerem punição.

Outra crítica aos procedimentos de monitoramento relativos ao *script* era a de que cabia à supervisão dar *“feedbacks”* sempre que necessários. Normalmente, os operadores

eram convocados em número de quatro para a reunião com a supervisão, cujo discurso objetivava avaliar seu desempenho e apontar o que devia ser melhorado.

Entretanto, segundo os operadores, nessas reuniões eram somente relacionados os erros, sendo omitida qualquer menção aos acertos. *“Por mais que a gente melhore, nunca recebemos um elogio, um reforço”* (Operador). *“Não temos retorno sobre o que fazemos de correto ou sobre o que melhoramos”* (Operador). *“A gente é sempre sugado”* (Operador).

Na Empresa ES, observamos maior controle e exigência sobre os *scripts* e sobre a postura dos operadores, o que os deixava mais tensos.

“Precisamos seguir um roteiro de atendimento, foi difícil me acostumar com esse roteiro, pois eu estava habituada com uma maneira mais livre de atendimento” (Operador).

Outra operadora nos disse: *“Alguns beneficiários se despedem dizendo: ‘Tchau, fique com Deus’ e eu automaticamente respondo: Amém você também. E aí eu me lembro de que eu não podia ter falado Amém. Eu não estou gostando dessas novas regras, pois o trabalho fica muito mecanizado”* (Operador).

Por outro lado, com os problemas do Saturno, os operadores não conseguiam finalizar um atendimento sem as costumeiras quedas do sistema e travamentos. *“A gestão, os scripts, problemas com o sistema nos impedem de tomar iniciativas, de organizar o trabalho do nosso jeito”* (Operador).

Enfim, eles começavam o atendimento reproduzindo formalmente o *script* prescrito. Mas, no desenrolar da ligação, esqueciam-se da regra e diziam ao cliente: *“aguarde um momento, o sistema travou”*. Aí se lembravam da regra e retificavam com o cliente: *“aguarde um momento, o sistema está processando”*.

Enquanto conversávamos com uma operadora, o sistema travou e ela ficou repetindo para o cliente *“aguarde um momento, o sistema está processando”*, até que em um momento virou-se para nós e disse cochichando: *“tá vendo, o sistema já travou tanto que já não tenho mais como ficar falando que está processando”*.

Ainda, em relação à padronização do atendimento das ligações, os operadores se queixaram dessa imposição de formalidade numa relação, muitas vezes de longo prazo:

“Eu não acho necessário. A gente conversa muitas vezes com uma mesma pessoa e é inevitável não criar vínculo e ser muito formal” (Operador).

“A supervisão fica chamando minha atenção, mas eu fico conversando com os clientes e com os prestadores de maneira mais informal, eu não fico travada” (Operador).

Além desse impedimento com relação ao que dizer aos clientes, os operadores relataram que nos *feedbacks* individuais, a supervisora os alertava para que não estabelecessem nenhum tipo de vínculo com o cliente. Eles repetiam imitando o tom de voz da supervisão:

“Não podem rir, concordar com seus comentários ou fazer qualquer tipo de comentário” (Operador).

“Vocês precisam ter um comportamento mais sério, mais profissional” (Operador).

Vocês têm de dizer o que está no script, senão o atendimento pode ficar mais demorado, e vocês precisam atender mais pessoas em menor tempo possível” (Operador).

Os *feedbacks* eram dados a partir das gravações dos atendimentos, das observações gravadas e das observações diárias. Nesses momentos, eram corrigidos o uso indevido de gerúndio, a entonação na fala, o sotaque e a qualidade do atendimento. Os operadores ficavam ressentidos com a qualidade desses retornos. *“O problema é que nunca comentam quando os atendimentos são bem feitos, apenas ressaltam nossos erros e escolhem os piores atendimentos de cada um para dar como exemplo” (Operador).*

Após uma ligação, um operador relatou:

“Não consigo me referir a cliente como senhor, senhora, principalmente quando percebo pela voz, que se trata de uma pessoa “mais nova”. Outro dia, a supervisão me acompanhou em meu trabalho e eu não usei a linguagem pedida pela empresa e por isso fui repreendida e a supervisão disse que eu estava precisando de uma lapidação” (Operador).

A “lapidação” acontecia após a supervisão escutar aleatoriamente os atendimentos e dar o *feedback* aos operadores. Eles não sabiam quando isso iria acontecer nem quando suas ligações seriam escutadas. *“A lapidação é ruim, dá vergonha alguém te escutar”.* (Operador). *“Me sinto testada e tenho que ter argumento” (Operador).*

Apesar disso, alguns percebiam positivamente esse procedimento: *“É bom porque a gente melhora, eu já melhorei muito” (Operador).*

5.5.7 Remuneração, benefícios e férias

No início da pesquisa, na **Empresa AD**, os operadores reclamavam seus direitos, falavam mal do contrato, pois eram obrigados a trabalhar no final de semana sob a ameaça de punição individual e coletiva se faltassem sem justificativa.

As faltas ao trabalho eram punidas com os descontos do dia de trabalho e do vale transporte, na folha de pagamento. Além desses descontos, o funcionário “*tomava o balão*”, isto é, a supervisão punia com mais alguns dias sem trabalho e com desconto no salário. Os funcionários que apresentavam atestado médico ficavam isentos desse tipo de punição.

Outra queixa constante era a de que o **reajuste salarial** havia sido aprovado no mês de agosto de 2009, mas, até novembro do mesmo ano, ainda não tinha sido repassado aos operadores. A previsão era de que o **décimo terceiro salário** também atrasaria. Os funcionários comentavam: “*Se preparem, não vamos receber a segunda parcela do 13º salário, nem o valor integral de dezembro*”.

Em abril de 2009, o sindicato tinha deixado na empresa um folheto em que cada operador devia responder individualmente sobre o que considerava importante com relação a benefícios. Os operadores responderam e elaboraram uma pauta de reivindicações com os seguintes pontos:

- a) Reajuste de 8% (oito por cento) + 10% (dez por cento) de ganho real.
- b) Tíquete refeição para uma jornada de 44 (quarenta e quatro) horas semanais equivalente a R\$ 9,50 (nove reais e cinquenta centavo)/dia.
- c) Auxílio à alimentação para os operadores que tivessem jornada de 6 horas/dia no valor de R\$88,00 (oitenta e oito reais)/mês.
- d) Cesta básica no valor de R\$60,00 (sessenta reais) sendo que 10% seriam descontados do operador.
- e) Lanche: 2 pães com manteiga e café, bolo e refresco.
- f) Pagamento do salário no 1º dia útil de cada mês.
- g) Plano de saúde (com participação do trabalhador).
- h) Vale transporte com reposição dos créditos mensais, independentemente de haver acúmulo.

Em setembro de 2009, os valores dos salários foram reajustados para R\$499,00 (quatrocentos e noventa e nove reais) para quem trabalhava 36 horas semanais e de R\$465,00 (quatrocentos e sessenta e cinco reais) para quem trabalhava 30 horas. Além desse reajuste, os funcionários não foram atendidos nas outras reivindicações.

O pagamento dos vales transportes estava sempre atrasado. “*Eu pago para trabalhar*”, diziam os trabalhadores.

A empresa AD depositava na conta salário do funcionário o valor correspondente a um dia ou no máximo a dois dias de serviço e ele era obrigado a ir ao banco todos os dias, no final do expediente, para pegar o dinheiro da condução do dia seguinte. Isso fez com que alguns faltassem ao serviço alegando não ter o dinheiro da passagem já que o depósito não havia sido feito em tempo hábil para ser retirado no banco.

O lanche (pão de sal com manteiga e café com leite) oferecido pela Empresa AD era considerado de qualidade ruim, fazendo com que muitos levassem de casa seu próprio lanche. Eles podiam fazer seus lanches na própria PA. Então, várias vezes detectamos (abertos ou fechados) pão com café e leite sobre as mesas e alguns operadores comendo enquanto os outros trabalhavam.

E o **plano de saúde** oferecido pela Empresa AD, segundo os operadores, era “*mal organizado*”, “*ficou mais caro*” e os médicos não respeitavam o agendamento das consultas.

“Acho o plano mal organizado, tem muitas especialidades que você tem que esperar muito para conseguir atendimento e acho que o beneficiário é o último a ser avaliado” (Operador).

“Ele não cobre as especialidades e quando cobre, a consulta é marcada para meses depois” (Operador).

“Antes da terceirização descontavam cinco reais do salário pelo plano, agora descontam vinte reais mais a coparticipação que é igual para todo cliente do plano” (Operador).

“O plano é bacana, mas acho que o médico tem uma voz muito atuante, por exemplo, se você marcou uma consulta e ele diz que não vai atender, não atende e pronto” (Operador).

Quanto às férias. Os operadores demitidos do Hospital F reiniciaram, na **Empresa AD**, a contagem do tempo para as férias. Alguns estavam próximos dos dias para usufruí-las e tiveram de adiá-las. Os operadores estavam receosos, porque havia uma informação de que as

férias seriam usufruídas somente no final de 2009 e eles estavam no início do ano e muitos deles estavam cansados.

“Eu trabalho para o Hospital F desde dezembro de 2007, ou seja, desde antes da terceirização e ainda não tirei férias. Minhas férias estavam marcadas para novembro, mas foi cancelada e eles não informaram o motivo” (Operador).

No final de 2009, os operadores foram comunicados de que a **Empresa ES** iria contratá-los e, aí, mais uma vez, teriam de seguir uma tabela de férias de acordo com as datas de contratação. *“Não adianta receber as férias, eu preciso é gozar minhas férias, eu tenho família. Estou cansado, isso aqui tá uma bagunça, não aguento mais”*. O fato de ter de passar mais um ano sem poder usufruir de férias, produziu nos operadores uma insatisfação generalizada e insuportável.

Quando os operadores foram contratados pela **Empresa ES**, o fato de essa empresa cumprir com o prescrito em lei trouxe **mais estabilidade e satisfação** para os funcionários nos quesitos **salário, vale-transporte e lanche**. Além disso, diziam que uma das vantagens da Empresa ES era o vale refeição. *“Ele nos dá liberdade de trazer o lanche que gostamos”* (Operador).

A Empresa ES também aumentou os salários dos operadores. Os que trabalhavam 30 horas semanais por ter aumentado sua jornada de trabalho para 36 horas, receberam aumento de 22%; os que trabalhavam 36 horas semanais receberam aumento de 7%, em cumprimento ao acordo feito com o Sindicato dos Comerciários. Além disso, a Empresa ES implantou um sistema de remuneração variável de R\$ 70,00 para o turno que apresentasse melhor índice de produtividade.

Apesar de terem agradado os operadores, essas alterações não foram suficientes para que eles aguentassem a intensa pressão do trabalho, os problemas com o Saturno e os controles da supervisão.

Quanto ao plano de saúde. Na situação de poder ou não continuar optando pelo Plano de Saúde do Hospital F e também pelo fato de a Empresa ES estar estudando a implantação de outros convênios com novos planos, os trabalhadores ficaram mais animados. No final, a Empresa ES manteve o convênio com o próprio Hospital F, alterando o valor de R\$20,00 para os antigos R\$5,00 de desconto no salário e ampliando os benefícios, ou seja, passando do Plano Bronze para o Plano Prata.

Quanto às férias na Empresa ES, não podemos apresentar qualquer informação, porquanto nossa pesquisa se encerrou no *Call Center* antes de os operadores terem direito a elas.

5.5.8 Jornada de trabalho e horas extras

Na **Empresa AD**, além da escala fixa dos turnos, havia as escalas dos feriados e dos finais de semana que eram construídas, num primeiro momento, através do levantamento junto aos operadores de quem gostaria de trabalhar nesses dias. Segundo a supervisão, trabalhar no feriado gerava uma renda extra de R\$34,00 (trinta e quatro reais) por dia de trabalho e, geralmente, havia operadores que se interessavam por esse “*dinheiro a mais*”. Caso não fosse possível completar as escalas com as manifestações de interesse dos operadores, a supervisão realizava um sorteio para indicar quem iria trabalhar nesses dias.

O sorteio era realizado por um funcionário de outro setor (geralmente a faxineira ou a copeira), que “cantava” os números correspondentes às Posições de Atendimentos (PAs) do *Call Center*, isto é, dizia um número correspondente à localização da posição de atendimento. O operador que estivesse trabalhando na PA sorteada era escalado para trabalhar no feriado ou nos finais de semana.

Essa forma de montar a escala era motivo de grande insatisfação entre os operadores que a consideravam “*cartas marcadas*”, já que os números sorteados eram quase sempre os mesmos, havendo, portanto, funcionários cujos números de PAs nunca foram sorteados³⁸. Assim, os “sorteados” reiteradamente se julgavam injustiçados.

Conversamos com a supervisão sobre como era feito o sorteio. E, na medida em que íamos revendo os passos do sorteio, a supervisora em tom de brincadeira, disse não ter percebido que os operadores sorteados eram sempre os mesmos. Depois disso, implantou a forma de sorteio por nomes escritos em papéis, em vez de ser pelo número da PA. Mas a supervisora sorteava um papel e não lia o nome de quem havia saído, repetia o procedimento até que, em determinado momento, um nome era lido.

Essa atitude era vista com muito desprezo pelos operadores: “*O que aconteceu aí? Por que você não leu o nome?*” “*Uai, não dá para confiar nisso não*” (Operador).

³⁸ Estivemos presentes em vários desses sorteios; todos sabiam os números das PAs uns dos outros. E, na realidade, o sorteio era feito por uma pessoa “cantando” (falando) os números que vinham à sua memória. Ora, quem falava conhecia o operador e sua respectiva PA e, portanto, na medida em que eram “sorteados”, os operadores diziam: “*eu sabia que sairia de novo*” ou “*eu não tenho sorte*” ou ainda “*eu sempre sou sorteado*”. Por outro lado, alguns funcionários que nunca foram sorteados defendiam essa modalidade de “sorteio”.

Antes de começar a sortear os nomes, uma operadora perguntou à supervisora sobre o papel que havia sido passado para que eles assinassem sobre quem concordava com esse sorteio.

A supervisora respondeu que o papel passou sem a sua autorização, portanto não tinha validade. *“Além do mais, foi feita uma votação onde a maioria concordou”* (Supervisora).

A operadora volta a perguntar: *“Quando foi feita essa votação? Por que eu não vi?”*.

A supervisora, começando a se irritar, respondeu: *“Você deve ter faltado no dia”*.

A operadora volta a questionar: *“Mas, isso não é justo. O meu contrato é de trinta horas e estava previsto que eu não trabalharia nos finais de semana”*.

A supervisora, agora irritada, respondeu: *“O seu contrato dizia isso? Você assinou? Traz então, que eu quero ver?”*. Logo em seguida continuou falando: *“Nós somos uma equipe, atitude como essa é de muito egoísmo. Aqui ninguém fica satisfeito com nada. Escala é escala. Eu, por exemplo, quando eu era operadora, no ano passado, aceitava numa boa as escalas que me davam, sem reclamar. A maioria das empresas nem faz escalas. Vocês nunca ficam satisfeitos com nada”*.

A operadora respondeu: *“Calma, eu só estava perguntando numa boa, você está levando a conversa para outro lado”*.

A supervisora respondeu: *“Houve uma votação ou não houve? Perguntou em tom alto para os operadores. Eles responderam: “SIM!”. E ela continuou: “E se alguém faltar não haverá mais escala e todos irão trabalhar todos os feriados e ainda vou pensar numa punição individual”*.

A operadora replicou dizendo: *“A maioria das pessoas que está aqui é de 36 horas, logo a maioria tem mesmo que concordar”*.

Outro operador que a tudo assistia disse à equipe de pesquisa: *“O pessoal de 30 horas fica reclamando, mas pra gente de 36 horas é bom. Não tem uma forma melhor para se fazer essa escala, porque se mudar, fica ruim para os de 36 horas. Foi igual quando teve a votação para o aumento do sindicato, o pessoal de 30 horas ganhou, eu não concordava, mas mesmo assim eles ganharam. Então os de 30 horas vão receber aumento de R\$ 50,00 (cinquenta reais) no salário e os de 36 horas vão receber um aumento de R\$ 28,00 (vinte e oito reais). Acho que mesmo se houvesse uma forma boa para todo mundo, ainda assim, haveria alguém para reclamar”*.

Depois do sorteio estabeleceu-se um clima de insatisfação dos funcionários de 36 horas contra os de 30 horas. Os funcionários de 30 horas começaram a falar dos de 36 e vice versa. Eles falaram que somente os de 36 horas estavam sendo beneficiados porque trabalhariam quatro dias para folgar quatro, já os de 30 horas teriam de trabalhar quatro dias para folgar dois.

Uma operadora revoltada com a situação não foi trabalhar no dia escalado para o fim de semana foi demitida. Esta demissão aumentou a indignação dos colegas com essa supervisora e provocou uma série de pedidos de demissão. A repercussão desse fato contribuiu para acelerar a rescisão do contrato com a Empresa AD e a celebração do contrato com a Empresa ES.

Na **Empresa ES**, houve a alteração de todos os **contratos** de trabalho para **36 horas semanais**. Com essa medida, a Empresa melhorou o salário dos operadores, o que melhorou o clima de insatisfação deles, mas sobretudo, os remanejou, estrategicamente, distribuindo-os nos turnos de conformidade com o fluxo das ligações.

Na medida em que o trabalho se desenvolvia, a supervisora ES, verificando o número de ligações recebidas pelo setor de teleatendimento, percebeu que os funcionários **poderiam ter mais folgas**. Então, decidiu reunir-se com os operadores para propor-lhes folgas em um fim de semana inteiro (sábados e domingos). Mas, para que isso pudesse acontecer, eles teriam de fazer **trocac de horário**, implicando em trocas de turnos, em alguns fins de semana, com os funcionários da noite, que eram em menor número. A maioria dos operadores aceitou e gostou da proposta; alguns, porém, disseram que não conseguiriam trabalhar no turno da noite.

“Eu não dou conta. O pessoal fica andando pelo Call Center para não dormir. Eu mesmo vou ter de andar de vez em quando, porque se eu ficar muito tempo parado, eu durmo” (Operador).

“Eu vejo gente da madrugada que sai direto para estudar. O sono da noite é o sono que você nunca mais repõe. Eu nunca trabalharia nesse horário. Mas tem gente que acha que tem mais tempo pra fazer as coisas. Pra mim é loucura!” (Operador).

Mas, mesmo assim, diante da vontade da grande maioria, a supervisora ES tomou a decisão de implantar a proposta dizendo: “A maioria *prefere fazer este sacrifício para poder ter a folga de um fim de semana inteiro, então vamos fazer um teste, ok?*” (Operador).

O sistema foi instituído. Segundo esse sistema, os funcionários poderiam fazer até três trocas ao mês, não sendo obrigatória a justificativa. O processo era proposto pelo operador interessado na troca. Ele entrava em contato com o colega do turno possível de troca, solicitava a troca e, caso o colega aceitasse, eles assinavam um termo de compromisso. A supervisora ES ressaltou que esse procedimento era necessário para que se pudesse fazer o controle das trocas e para que os funcionários formalizassem o acordo.

Por outro lado, outros preferiam trabalhar à noite e faziam trocas constantes com seus colegas, apesar de perceberem os problemas mais graves que chegavam para os operadores desse turno.

“Eu trabalhei no diurno apenas uma semana e nunca mais quero voltar para lá. De manhã é muito estressante, não consigo trabalhar com muito barulho e muita confusão. Além disso, você fica

fazendo sempre a mesma coisa, mil vezes marcando, autorizando senha, só isso. Mil vezes sai de uma ligação e entra em outra, sem parar, sem parar” (Operador fala em ritmo muito rápido).

“À noite é diferente, têm outros casos, urgências, remoção, não tem os prestadores querendo fazer muitas marcações ao mesmo tempo” (Operador).

“O que é cansativo é porque tem gente morrendo e não tem jeito de fazer mais ou menos. Não tem auditor. Ou você faz bem, ou você faz bem. De manhã não, tem muita gente, o povo pode fazer de qualquer jeito. De noite são muitos probleminhas, porque nada funciona, ninguém está disponível. Mas eu prefiro assim, menos casos e mais coisas diferentes” (Operador).

Quanto às **horas extras**. A situação da **Empresa AD** foi ficando cada vez mais grave em relação ao cumprimento das leis trabalhistas. Os operadores foram informados pela supervisão que, a partir de novembro de 2009, não iriam mais receber hora-extra se ficassem além do horário e, se alguém chegasse atrasado ao trabalho e/ou estourasse as pausas lanche seria descontado no pagamento. Os operadores reclamavam insistentemente com a representante do Hospital F, que comunicou o fato à alta gerência do hospital, a qual respondeu dizendo que, diante tanta irregularidade, tomou a decisão de romper com a Empresa AD, conforme previsto em contrato.

Com a contratação da **Empresa ES**, ficou estabelecido que todo final de mês os operadores receberiam as **horas extras** dos feriados trabalhados, o que, segundo a supervisora ES, fez com que a maioria gostasse de trabalhar nos feriados. “Poucas vezes precisei indicar alguém para trabalhar em um feriado. Acontece até de alguns pedirem ou se oferecerem para trabalhar”. (Supervisora ES). O valor da hora extra era equivalente à hora de trabalho acrescentada de 100% quando era relativa a feriados e de 50% quando relativa a feriados facultativos. A empresa cumpriu com todos os deveres trabalhistas e acordos feitos com os trabalhadores.

5.5.9 Pausas

Na **Empresa AD**, a **pausa lanche** era feita conforme escala fixa, baseada nos horários de trabalho. A escala que separava os operadores em grupos de quatro, que deviam interromper juntos o trabalho. Essa escala procurava evitar que muitos operadores saíssem ao mesmo tempo prejudicando o atendimento e sobrecarregando os colegas que ficassem trabalhando.

Ela era controlada tanto pelo relógio de ponto quanto pelo sistema. Ao saírem, os operadores deviam acionar os dois, isto é, marcar no sistema (computador) e no ponto qual a pausa que estavam fazendo. Este horário de saída, muitas vezes, não era seguido rigorosamente, pois, caso o tempo da pausa tivesse chegado e o operador estivesse atendendo, ele devia terminar o atendimento e sair o mais rápido possível. Como a maioria dos operadores achava o lanche ruim, eles traziam um lanche de casa e nem sempre se afastavam do posto de trabalho. *“Eu prefiro ficar na minha cabine lendo jornal e conversando com meus colegas”* (Operador).

Para a **pausa-banheiro** *“não se determinava o tempo nem o número limite de tempo para a liberação por operador”* (Representante do Hospital F). No entanto, havia uma tolerância de 2 a 4 minutos em relação à saída do operador de sua PA. Quando ultrapassavam esse tempo, a representante do Hospital F, a líder de turno, a supervisora, ora uma ora outra, ou até mesmo as três ao mesmo tempo começavam a averiguar o motivo do afastamento. Dependendo do caso, os operadores eram repreendidos verbalmente; se insistissem eram descontados em seus salários, podendo até ser demitidos. Mas toda chefia preferia avaliar as pausas por meio dos dados oferecidos pelo sistema devido ao fácil acesso proporcionado por ele, melhor do que fazê-lo com base nos dados registrados no relógio de ponto situado mais distante.

No entanto, alguns operadores considerados pelos colegas pertencentes *“ao círculo de elite”*, isto é, aqueles que eram protegidos pela supervisão da Empresa AD, não cumpriam regularmente o tempo prescrito para as pausas nem os horários de entrada e saída do trabalho e a supervisão não verificava os registros de pausas e pontos desses operadores, os quais, portanto, não sofriam qualquer tipo de punição. Essa situação gerava constantes mal-estares no ambiente de trabalho.

Na **Empresa ES**, como o local da **pausa lanche** estava situado no oitavo andar e a Empresa ES se situava no quinto andar, os operadores aproveitavam esse percurso para conversarem, ora sentando-se nas escadas entre os andares ora demorando-se na sala de lanche e distraíndo-se com programas de televisão.

A Empresa ES não lhes fazia repreensões verbais, mas fazia descontos nos salários com base nos registros dos cartões de ponto feitos pelos próprios operadores quando saíam e entravam no *Call Center*. Assim, eles não tinham como reclamar, já que *“estavam nas mãos deles, os registros do tempo gasto com a pausa”* (Supervisora ES).

A observação da organização do trabalho nos permitiu esclarecer as nuances entre o discurso da gerência e a ação situada (Clot, 2006, 2010), como, por exemplo, a da pausa banheiro.

A Empresa ES, seguindo a NR-17, orientava os operadores a ingerirem água durante o período da atividade. Em todas as PAs era possível encontrar garrafas de água e/ou squeezers com água. Mas os operadores não se sentiam de fato livres para ingerirem o líquido, porque se o fizessem, teriam de ir ao banheiro. Então, alguns bebiam com maior frequência e ficavam retendo a urina preocupados com a pausa banheiro; outros não o faziam por questões de hábito ou por questões de sobrecarga de trabalho, reduzindo a ingestão hídrica necessária.

Cordeiro S., Poppe, Sena, Fornari e Ferraz (2012) fizeram um estudo de abordagem quantitativa com 86 (oitenta e seis) operadoras de uma empresa privada de teleatendimento em São Paulo. Os resultados informaram que 43 (50%) delas apresentaram, no período de um ano, ao menos **um** episódio de Infecção do Trato Urinário (ITU). E, dentre estas 43, mais de um terço apresentaram **ITU de repetição**. Os autores ressaltam a reduzida ingestão hídrica, o reduzido número de micções, o uso de vestimenta inadequada, a não realização de práticas preventivas durante e após o ato sexual, como sendo os principais fatores envolvidos.

Para o **turno da noite**, não havia horário especificado para as **pausas** em razão da imprevisibilidade do fluxo de atendimento, cabendo aos operadores decidirem o melhor momento para realizá-las. Nesse turno, as pausas não eram registradas automaticamente na folha de ponto. Cada operador fazia, manualmente, o preenchimento do seu “espelho da folha de ponto”, registrando, a cada dia do mês trabalhado, os horários de suas pausas. Essa flexibilidade era percebida por eles como algo positivo, tornando o horário noturno mais atraente para alguns.

5.5.10 Ginástica laboral

Na **Empresa AD**, não havia um tempo predeterminado para a realização da pausa para a **ginástica laboral**. Os operadores quando se sentiam cansados, com algum tipo de dor, faziam alongamentos, levantavam-se esticando as pernas, banlançando os braços, entre um atendimento e outro, ou até mesmo fazendo um atendimento. Mas, quando sentiam que iam demorar um pouco mais de tempo, marcavam pausa no sistema, faziam espontaneamente, rotações de cabeça e outros exercícios que lhes viessem à lembrança, e, quando terminavam, marcavam a liberação da pausa e continuavam o trabalho. Essa pausa era lançada no sistema

como pausa ginástica laboral e durante o tempo no qual ela ficava ligada, eles não recebiam ligações.

Na **Empresa ES**, a ginástica laboral era feita duas vezes por semana e tinha a duração de no máximo 5 minutos, mas não havia hora nem dia específico para realizá-la, apesar de haver uma tabela que registrava o dia, a hora e as assinaturas dos operadores que a realizaram. A supervisão escolhia o momento de menor fluxo de atendimento para sua realização.

Os operadores eram divididos, a cada hora, em dois grupos de acordo com as fileiras de PAs e se postavam em pé, um de frente para o outro, formando duas fileiras. Primeiramente esse grupo executava a ginástica enquanto os outros operadores aguardavam sua vez. E, assim, sucessivamente, as sete fileiras de PAs iam realizando os exercícios.

No entanto, vimos que os próprios operadores podiam escolher, em uma cartilha de exercícios para o teleatendimento, quais desejavam fazer; em outros momentos, o exercício era escolhido pela chefia, mas os operadores lideravam a atividade. Outras vezes, quando a líder de turno apresentava os exercícios, os operadores às vezes se adiantavam aos movimentos demonstrando conhecer a sequência dos exercícios. Após a ginástica, cada operador assinava a tabela de registro.

Alguns reclamavam por ter de fazer a ginástica, outros pediam para fazer novamente, mesmo que já a tivessem feito nas duas vezes previstas na semana. Havia semanas em que os operadores, apesar de serem chamados para fazerem a ginástica, não a faziam sob a alegação de que não haviam conseguido encerrar seu trabalho e, quando o terminavam, a ginástica da sua fileira de PA já havia terminado. Mas, de forma geral, o grupo fazia a ginástica laboral, principalmente porque a supervisão a utilizava como “indicador de saúde do trabalhador”, ou seja, *“aqueles que fazem a ginástica laboral apresentam menor probabilidade de adoecerem, enquanto os que não fazem podem vir a desenvolver dores que podem impedi-lo de fazer seu trabalho”* (Supervisora ES). Dessa forma, aqueles que não a faziam eram observados pela supervisão e repreendidos no caso de repetirem a “não adesão”.

5.5.11 Treinamento

Ao serem contratados pela **Empresa AD**, os trabalhadores já estavam preparados para a atividade, porque já a realizavam no Hospital F. A gerência da Empresa AD esperava que esses saberes acumulados fossem suficientes para o desenvolvimento das tarefas do *Call Center*. Mas, nem os operadores nem a Empresa AD contavam com as exigências cognitivas,

técnicas e estruturais impostas para o funcionamento do *software* Saturno. Os operadores fizeram apenas um treinamento para conhecer as páginas/telas do *software*, ou seja, eles sabiam o que lançar, mas agora precisavam saber onde lançar os dados no novo programa. E a Empresa AD pressupôs que sua infraestrutura estava preparada para receber o programa.

Após a implantação, os operadores reclamavam do Manual no qual estava o passo a passo dizendo que “*no Manual, tem umas coisas que a gente só aprende, mexendo!*” e que eles estavam enfrentando uma série de problemas não previstos no Manual, como, por exemplo, o que fazer quando um dado de um cliente lançado no Saturno não coincidissem com o dado lançado no *SPS Atend* ou registrado no setor de cadastro. O Manual também não ensinava como recuperar os dados já lançados após o sistema ter caído, ou seja, ter sido desativado por sobrecarga e, logo em seguida, reativado.

E, ainda, a Empresa AD não sabia como avaliar o TMA diante de tantas variáveis, não sabia como responder a tantos questionamentos de erros de lançamentos e do sistema. Enfim, os problemas aumentavam para a representante do Hospital F e para a supervisão, que pelo fato de os parâmetros prescritos não preverem soluções para tais situações, tiveram de recorrer aos serviços de auditoria, ficando esta também sobrecarregada.

Os operadores que foram admitidos diretamente pela Empresa AD tiveram como único treinamento a observação do “colega experiente”, isto é, o “treinamento carrapato”. Mas, como o colega experiente não tinha experiência com o Saturno, ele também não sabia como passar sua expertise para o colega. Enfim, todos perguntavam a todos e muito poucos sabiam a resposta.

Quando a **Empresa ES** contratou esses operadores, ela teve de lidar com a demissão de 32 deles, que, revoltados com a organização da Empresa AD, não quiseram mais continuar trabalhando com algum tipo de vinculação com o Hospital F. Para alguns, o hospital era o responsável por tudo que estavam passando.

Assim, no início, para esses trinta e dois novos operadores, foi oferecido um treinamento teórico, de dois dias, no qual o Manual foi repassado com eles, junto com as telas do Saturno. Logo em seguida, já começaram a trabalhar, utilizando-se ainda do treinamento carrapato. Mas os antigos operadores, além de fazerem o seu serviço, precisavam interrompê-lo para tirar dúvidas dos colegas recém-chegados. Um operador veterano desabafou: “*Nós operadores já temos pouco tempo para nós mesmos e ainda temos de cuidar do outro*” (Operador).

E os novatos se sentiam mais ansiosos ao terem de solucionar suas dúvidas, pois a necessidade de darem um retorno rápido aos beneficiários ou aos prestadores que os aguardavam em ligação telefônica era para eles um valor e, quando não conseguiam consultar alguém que respondesse às suas dúvidas, aborreciam-se e diziam: *“O nosso ‘treinamento’ foi teórico, recebemos um manual com as instruções, mas quando chegamos aqui, é muito mais complicado”* (Operador). *“Não sabemos lidar com o Saturno na prática”* (Operador). *“Eu tenho culpa do Saturno cair toda hora?”* (Operador).

A supervisora ES resolveu então, pedir ajuda a alguns dos antigos funcionários da empresa AD, que haviam pedido demissão. Como pagamento por esse trabalho, eles receberiam uma remuneração por hora trabalhada. Como estavam desempregados, eles aceitaram. No trabalho, eles permaneciam em pé e, ao serem solicitados, iam até os operadores novatos para solucionar dúvidas, ajudar nas dificuldades e ensinar no que fosse preciso.

O “pedido de ajuda” aos “antigos trabalhadores” mostrou que, mesmo com todas as estratégias utilizadas pela Empresa ES para “formalizar o saber presente” (Santos E., 1997; Leal, 2002), “o patrimônio tecnológico, das soluções necessárias à resolução de problemas na produção continua ‘na cabeça’ de cada trabalhador” (Santos E., 1997, p.21).

A supervisora ES justificava: *“Este tipo de treinamento não é o ideal e ocorre quando o número de novatos é muito pequeno, não sendo suficiente para montar uma turma para um treinamento mais sistemático”* (Supervisora ES).

Não era esse o caso, os operadores oriundos da Empresa AD não passaram por treinamento, os que foram contratados diretamente pela Empresa ES fizeram um rápido treinamento teórico. Assim, durante o tempo da pesquisa, não ocorreu nenhum tipo de treinamento situado que pudesse auxiliar os operadores na compreensão ou execução de suas atividades, ou seja, mesmo que não dito ou expresso de alguma maneira, as ações da supervisora revelavam que, para ela, a aprendizagem estava associada a conhecimentos genéricos e descontextualizados e não resultante do próprio contexto do trabalhador e/ou da cultura específica daquele grupo (Leal, 2008).

Durante algumas pausas de lanches pudemos ouvi-los em suas queixas.

“Será que ela (a supervisão) não reconhece que a gente não teve treinamento?” (Operador).

“Será que ela (a supervisão) não vê que os dados que aparecem estão errados? E de quem é a culpa? Nossa? Não fui eu quem colocou eles lá?” (Operador).

“Agora ela quer nos avaliar? Eu não consigo decorar aquilo tudo. Eu sei fazer” (Operador).

“Ela está achando que a culpa é nossa, que nós não lemos o manual” (Operador).

“Às vezes vamos tirar dúvidas, e eles falam para a gente que está na intranet, mas a intranet não responde às nossas questões!” (Operador).

Essas reclamações diziam de um mal-estar decorrente de um treinamento muito teórico e que partiu da generalização pressuposta de experiência anterior em *Call Centers*, de certa forma negando as variabilidades presentes na situação concreta de trabalho (Schwartz & Durrive, 2007, 2010).

5.5.12 Promoções

No tempo da **Empresa AD**, presenciamos duas promoções que seguiram a lógica de o melhor operador ocupar o lugar de supervisor. Assim, o melhor operador do Hospital F foi promovido para supervisor, em sua ida para a Empresa AD e, posteriormente, quando foi demitido, uma das operadoras do turno da tarde assumiu o cargo.

No entanto, essa última promoção provocou indignação por parte daqueles que trabalhavam havia mais tempo. Segundo os operadores, essa indicação foi feita sob “protecionismo” e não por “merecimento”. *“Sei que trabalho muito bem, melhor que muita gente aqui... Eu já estou há mais tempo e uma pessoa que entrou há um mês vai pra outra função sem processo seletivo?” (Operadora).*

A operadora escolhida mantinha um bom relacionamento com as representantes do Hospital F, mas era vista pelos colegas como “*interesseira*”, “*egoísta*”, “*mandona*”, “*arrogante*”. Fosse como fosse, os colegas não consideravam essa promoção justa, uma vez que os critérios não foram divulgados.

“Na Empresa Z pelo menos você vê o processo seletivo, já participei de muitos... Aqui nem isso! Quando você vê, uma pessoa já está em outro lugar” (Operador).

No período da **Empresa ES**, as promoções feitas durante a pesquisa foram determinadas de maneira particular pela supervisora. No entanto, segundo a supervisora ES, a política da empresa era a de observar e promover à função de líder de equipe, os operadores

que se destacassem quanto à tomada de decisão, pró-atividade, e que também exercessem uma liderança espontânea entre os operadores.

No mês de agosto de 2010, a líder do turno da tarde e mais dois operadores foram demitidos por causa de “*fofocas que fizeram com o nome deles*” (Operador). Segundo os operadores, ocorreram boatos de que a líder do turno estava “*tendo um caso*” com um dos operadores. Após essas demissões, muitos operadores mostraram grande descontentamento em relação à supervisão e alguns estavam frustrados porque não houve seleção interna para o preenchimento do cargo deixado pela líder demitada.

O operador “promovido” nos disse

“Já te falei... Aqui um quer passar em cima do outro. Todo mundo faz um comentário... Levo na esportiva pra não estressar! Estou falando: Ó gente, se precisarem de mim estou aqui no meu aquário, tá? Eles falam brincando, mas com tom de ironia. A líder que era minha amiga nem está conversando comigo direito. Eu sei que ela não gostou. Pensei em largar e passar para ela, mas ela já teve a chance dela e não soube aproveitar” (Operador).

Quanto ao outro operador demitido, o boato era de que ele estava envolvido com o tráfico de drogas dentro do espaço de trabalho. Os operadores estavam indignados com as demissões e não acreditavam na veracidade dessas histórias.

5.5.13 Relações com a hierarquia: formas de supervisão e controle

Na **Empresa AD**, o relacionamento entre os operadores e a supervisão se mostrava, por vezes, tenso e conflituoso. Apesar de o supervisor geral do *Call Center*, escolhido pela Empresa AD, ter sido um dos antigos operadores do *Call Center* do Hospital F, seu modo de gerir, segundo os operadores, mudou para pior, em razão de não encontrar o devido apoio na Empresa AD, principalmente em relação aos atrasos de pagamento dos salários e do vale transporte dos funcionários, nem na empresa contratada para a implantação do Saturno. Ele se tornou uma pessoa mal humorada, tensa e ansiosa, afetando sua relação com os subordinados.

Além disso, ocorreu a troca desse supervisor por uma pessoa que não era bem avaliada pelos colegas, o que aumentou os sentimentos de “*desrespeito*” e de “*injustiça*” entre os operadores, configurando-se em mais um fator de estresse para eles. Os operadores diziam: “*muitas vezes ficamos sem ter como reagir*”. “*Ela (a supervisora) protege o círculo de elite dela*” (Operador).

“Essas pessoas podem sair mais cedo, fazem várias pausas banheiro só para ficarem à toa ou ficam se maquiando para saírem juntas no final do expediente” (Operador).

“Aqui, há uma regra que não podemos ficar com bolsa, nem com celular dentro das cabines, mas essa funcionária “protegida” fica com seu celular e sai para atendê-lo várias vezes. Além disso, ela sai várias vezes de sua cabine em horários diferentes ao do intervalo” (Operador).

“Eu fico indignada com a falta de respeito dos meus superiores. Há um ícone no sistema chamado de call back que, se for ligado, a ligação não cai no sistema. Ontem, um grupo de cinco pessoas estava conversando, enquanto a fila estava grande. Ora, se não estava caindo ligação na PA deles era porque o call back estava marcado. E, se a supervisora sabe e não chama a atenção desse grupo é porque, ou ela não está olhando o sistema ou está olhando mas não vai chamar a atenção porque essas pessoas fazem parte do seu círculo de elite. Tive vontade de reclamar, mas desisti porque falam que eu reclamo demais” (Operadora).

Essas situações alimentavam entre os operadores o sentimento de serem injustiçados, levando alguns a pensar em sair da empresa.

“Estou cansada do Hospital F, não vejo a hora de sair daqui” (Operador).

“Mesmo insatisfeita vou continuar fazendo bem o meu trabalho. Não vou fazer sacanagem com ninguém. Mas espero que eles me mandem embora porque eu preciso do seguro desemprego. Tenho uma filha pra cuidar” (Operador).

Em razão das dificuldades, os operadores, principalmente os do turno da manhã³⁹, solicitavam mais vezes a ajuda da representante do Hospital F e sua assistente para solucionar dúvidas e obter informações do que os operadores do final da tarde, os da noite e da madrugada. Elas se levantavam várias vezes para irem até às mesas dos operadores ou, às vezes, eram os próprios operadores que iam até elas para consultá-las. A supervisora AD dizia-se incomodada com essa dependência dos operadores em relação às representantes do Hospital F e frequentemente chamava a atenção deles, diante de todos os outros, para que ficassem mais em suas PAs.

“Eles são muito inseguros, mesmo quando sabem o que fazer e têm autonomia para tomar uma decisão, vão pedir ajuda. Eles não

³⁹ O número de chamadas no turno da manhã era intenso. O fato de os funcionários novatos não conhecerem os produtos e não terem tido tempo hábil para o treinamento gerava buscas por informações na tentativa de solucionarem as pendências.

estudam e muitas vezes perguntam coisas que estão escritas em suas apostilas, em seus manuais ou no site do plano de saúde Hospital F”.

Quanto ao controle por meio da **escuta das gravações**, apesar de a líder do turno da tarde ter dito que a liderança não exercia pressão e não aplicava punição em relação ao cumprimento do *script*, identificamos que as escutas eram usuais e, no caso de a supervisão encontrar falas fora do *script*, os operadores eram chamados para conversar. Eles tinham de cumprir os *scripts*, mas não os cumpriam e tinham o hábito de começar e terminar o atendimento usando o *script*, mas, durante o atendimento, o abandonavam à vontade com os beneficiários ou com os prestadores. A supervisão não era severa com eles em tais casos. No entanto, quando as conversas eram de cunho particular, ela era mais rígorosa e podia até demiti-los como foi o caso contado por um dos operadores.

Uma colega foi despedida da Empresa AD. Seu marido ligava para a linha do Hospital F e eles ficavam “batendo papo” durante o horário de trabalho. No controle das ligações, a supervisão “flagrou sua má conduta”. Foram mostradas à funcionária as ligações gravadas e ela foi despedida por justa causa, com o conhecimento de todos.

Comunicação entre superior/subordinado Empresa AD

A comunicação entre os operadores, a representante do Hospital F e sua assistente, era de melhor qualidade, uma vez que eles as reconheciam como um deles. Elas eram funcionárias mais antigas do Hospital F, tinham trabalhado como operadoras no setor do antigo *Call Center* e, recentemente, tinham sido promovidas à função de Assistente de Produção, que as legitimava como representantes do Hospital F nos assuntos referentes ao *Call Center*. Todavia, segundo elas, as atividades que executavam naquele momento não eram tão diferentes das que executavam quando eram operadoras. Elas ressaltaram que os operadores eram seus colegas de profissão.

No entanto, havia uma queixa geral por parte dos operadores quanto à falta de comunicação em relação às decisões tomadas, até mesmo aquelas que os afetavam diretamente e que prejudicava a relação entre superior/subordinado.

“Não há transparência na comunicação das decisões tomadas e planejadas” (Operador).

“Não há uma reunião para se falar dessas questões, como o problema que ocorreu no fornecimento da passagem, a questão do aumento e do décimo terceiro” (Operador).

Os responsáveis por informar aos operadores sobre qualquer mudança e/ou alteração de lançamentos eram a supervisora do *Call Center* e a representante do Hospital F. Nesses momentos, interrompiam-se os atendimentos e as mudanças eram comunicadas oralmente aos operadores, que deviam, então, efetivá-las. Aqueles que estavam em atendimento deviam solicitar aos respectivos clientes que aguardassem na linha.

Terminadas essas comunicações, era perguntado se eles tinham dúvidas quanto ao exposto. Poucos operadores faziam perguntas. Era, então, passada uma lista de presença, que todos assinavam, comprovando-se, assim, que tinham sido informados sobre o assunto. A **lista** tinha também o objetivo de desqualificar possíveis alegações de operadores caso dissessem que não sabiam da mudança.

As informações não eram repetidas aos operadores ausentes do Call Center. Essa conduta, por vezes, provocava transtornos no trabalho e contribuía para baixar a qualidade do atendimento principalmente nos momentos de maior fluxo.

Durante essas comunicações, os operadores ficavam em conflito entre ouvir a informação e atender o cliente, pois, a sequência dessa sua atividade era interrompida. Os operadores se desconcentravam e tinham medo de cometer algum erro no preenchimento dos dados de o erro, ocasionar glosas e constrangimentos por meio de repreensões e/ou punições. Esses comunicados eram frequentes, dificultando mais ainda sua retenção pelos operadores. “São tantas as alterações! Mesmo que elas estivessem escritas e à nossa disposição para pesquisarmos, de nada adiantariam” (Operador). “São muitas coisas para guardar, é melhor perguntar para o colega” (Operador).

Os operadores diziam que essas alterações constantes eram decorrentes da má organização do trabalho. “Faltam diretrizes explícitas de como proceder, por exemplo, para consultar ou não o perito sobre a liberação de procedimentos” (Operador). “Instruções? A gente só sabe depois que acontece!” (Operador). No entanto, podemos detectar nesta fala, o que Schwartz e Durrive (2007, 2010) denominam de “vazio de normas”, isto é

Quanto à política da Empresa AD em relação à **conversa entre os operadores**, ela era de que ela prejudicava o trabalho, mas, só trocava os operadores de lugar quando os colegas se sentiam incomodados. Observamos que as conversas eram feitas para troca de informações destinadas a auxiliar na execução da atividade e evitar, por exemplo, erros de lançamento no sistema, como lançamento duplo de requerimentos.

Um operador estava atendendo a uma ligação e a ligação caiu quando estava sendo finalizado o procedimento. Ele se levantou e disse: “*se alguém ligar por ‘tal’ motivo, já foi lançado, viu?*” Sua ação de se levantar e falar para todos ouvirem sobre o lançamento realizado visava a evitar o bloqueio no sistema e a possibilidade de lançamento duplo e de retrabalho.

Em certo momento uma operadora solicitou a ajuda da líder do turno para finalizar um atendimento. Quando a líder chegou, a operadora estava conversando com a colega da PA ao lado dela. Assim que a líder chegou, disse: “*Vamos parar de fazer motim!*” A operadora perguntou ironicamente: “*O que é motim?*” E, complementou: “*E a democracia, onde está? A gente não pode nem conversar que já vira motim?*”.

Na **Empresa ES**, apesar da relação hierárquica da supervisão, os operadores relatavam sentirem-se próximos a todos os superiores. Segundo eles, a comunicação e o acesso à supervisão era “*fácil*”. Entretanto, a proximidade não significava que a escuta e a colaboração fossem satisfatórias. Para os trabalhadores havia uma “*aparente democracia*”, já que a supervisão, de diversas formas, solicitava a ajuda e opinião dos trabalhadores. No entanto, suas sugestões quase nunca eram levadas em conta. “*Mas quando a opinião é oferecida, as sugestões raramente são acatadas*” (Operador). “*Se eles nos escutassem e modificassem o programa ia ser mais fácil*” (Operador).

Vazio de normas x saberes investidos

As líderes de turno eram vistas pelos trabalhadores como aquelas que se preocupavam com o bem-estar deles. Quando os operadores passavam por sofrimento em razão de algum problema particular de usuário, as líderes da manhã e da tarde conversavam com eles para que conseguissem separar o que era “do trabalho” e o que era “deles”. Geralmente, eles tinham feito tudo o que era possível e, portanto, as líderes encerravam a conversa dizendo aos operadores que “*eles estavam representando a empresa, eles não eram a empresa*”. Daí, escutarmos por parte dos operadores frases como:

“Eu absorvia o problema da pessoa. Hoje tento separar. Eu, como pessoa fico com dó, mas representando a empresa, tenho de seguir o que ela diz. Com a líder aprendi a separar as coisas”.

A líder do turno da tarde estava sempre pronta para atender os operadores e, para isso, se movimentava quase o tempo todo. Seu trabalho exigia raciocínio rápido para resolver as variadas questões apresentadas pelos operadores. Muitas vezes ocorriam atividades sobrepostas: enquanto, por exemplo, ela respondia a um operador, e ao mesmo tempo trabalhava no computador. Era sempre objetiva e, algumas vezes, ríspida, o que levava alguns operadores, preferirem consultar o colega a falar com ela. Mas, no entanto, havia momentos em que ela surpreendia os operadores com atitudes de afeto.

Uma operadora fez aniversário. Ela recebeu ligações de pessoas de seu relacionamento particular para felicitá-la e a líder chamou-a para que atendesse o telefonema na sala da supervisão. Após essa ligação, a operadora continuou lá por todo o tempo em que observávamos o setor. Os colegas começaram a brincar chamando-a de “Batman”, e explicavam: “*Morcega muito*”.

No entanto, a liderança de turno mudou de comportamento quando ficou sob a coordenação da Empresa ES, mais pressionada, era mais rigorosa com os operadores e eles se queixavam dizendo que

“Agora nem a líder podia ajudar mais” (Operador).

“A Empresa ES é muito mais controladora que a Empresa AD” (Operador).

“A supervisora ES, não deixa falar o que queremos no telefone. Ela fica de olho. Não podemos colocar a culpa no sistema caso ele fique lento, travado etc.” (Operador).

“Nós podemos dizer tudo, menos falar mal do sistema, e no fundo o cliente acha que o problema, somos nós. Isso é muito chato”. (Operador).

Outros, também ressentidos, tentavam, num primeiro momento, justificar a atitude da supervisora dizendo: *“O controle serve para a empresa organizar o trabalho e tratar todos os funcionários da mesma forma, sem privilegiar uns em detrimento de outros”* (Operador). *“Melhor assim, isso aqui estava mesmo uma bagunça. Era preciso organizar”* (Operador).

Mas, a supervisão continuava inserindo mais controles, como por exemplo, tentando minimizar ainda mais as “conversas” entre pares, tendo a supervisora estabelecido um **rodízio de lugares**, que obrigava os operadores a mudar de lugar uma vez por mês. A Empresa ES elaborou um mapa, para cada turno, o qual indicava o local em que cada operador devia se sentar. Em casos específicos, o operador poderia solicitar sua mudança (ex: por motivos pessoais ou problemas no equipamento de trabalho). Isso foi vivenciado por eles como uma forma de infantilização. *“O que é isso? No tempo da Empresa AD nós nunca fomos mudados de lugar. Estamos sendo tratados como crianças”* (Operador).

Segundo a supervisora ES, o rodízio de lugares permitia aos operadores *“interagir mais entre si”*, pois julgava que, ao se sentarem em locais fixos, os operadores não faziam muito contato com o resto do grupo. Além disso, com o rodízio, era possível colocar pessoas novatas mais próximas das mais experientes no trabalho, de modo que estas pudessem ajudar aquelas.

A consequência negativa maior dessa medida, no entanto, foi a de impedir a consolidação de formas de cooperação entre colegas, as quais poderiam ajudar na execução do trabalho. Não por acaso, em alguns momentos, a supervisora ES admitia que esse método de troca de lugares possibilitava *“certo controle sobre as conversas paralelas, uma vez que evitava a interação mais intensa entre pessoas de pequenos grupos”* (Operador).

Mas, logo em seguida, voltava a justificar a sua posição dizendo que o *“rodízio tem sido algo positivo e já está sendo possível ver seus reflexos. Por exemplo, já percebemos que os operadores estão interagindo mais e ajudando uns aos outros”* (Operador).

Pudemos observar certa contradição no discurso da supervisora. Embora, com efeito, ela dissesse que a finalidade do rodízio era intensificar a interação e as trocas entre os operadores, em outro momento se referia ao contato entre pares como uma possibilidade de *“formação de pequenos grupos”* que poderiam interferir no desenvolvimento da atividade.

Outra situação que para os operadores não ficou esclarecida e, portanto, foi geradora de mal-estar aconteceu em uma das idas do diretor da Empresa ES, ao *Call Center*. Em um momento de sua fala ele disse: *“Vocês são somente logins para mim”*. Na hora, os operadores não reagiram, mas depois, essa fala virou motivo de revoltas, indignação. Os operadores se sentiram desrespeitados pelo diretor. A supervisora ES então conversou com o diretor sobre o que estava acontecendo e ele propôs resolver o mal entendido marcando uma reunião com os operadores, denominada de *“Café com o diretor”*. Na reunião, o diretor disse que eles tinham interpretado erroneamente suas palavras. Ele os respeitava e os valorizava, mas precisava conhecê-los mais e, por isso, tinha dito que, até aquele momento, e refrisou, até aquele momento, para ele, diretor, os operadores eram conhecidos apenas por seus *logins*. Depois desse encontro, alguns aceitaram as *“desculpas”* do diretor, outros continuaram desconfiados. Isso levou a refletir: os termos *“respeito e a valorização”* apregoados pelo diretor eram fidedignos ou estavam sendo usados como estratégia de aproximação e motivação sob a camuflagem de seu objetivo final, ou seja, *“a absorção máxima das energias e dos talentos dos indivíduos”* (Lima M., 1996, p.37).

Outro tipo de controle adotado pela Empresa ES era a **filmagem** do processo de atendimento no *Call Center*. A supervisão e/ou as representantes do Hospital F ficavam observando os operadores por meio da tela de um monitor. Os operadores dos turnos da manhã e tarde foram unânimes em dizer que as imagens das câmeras eram mais utilizadas para controle deles, porque, para o do turno da noite, *“elas não faziam muito sentido”*. E ironizavam dizendo: *“Já pensou! não tem serviço. É muito difícil um operador ficar sentado o tempo todo olhando para o computador, sem conversar e eles sabem disso. Então eles nem olham!”* (Operador).

No entanto, um operador do turno da noite, nos contou que, quando alguém do turno da noite deixou uma das luzes apagada e as imagens ficaram escuras, os operadores foram

repreendidos, o que significa que a tolerância para esses turnos poderia ser maior em função de não comprometer o ritmo e a qualidade do trabalho, mas, mesmo assim, o controle existia.

Esses controles, justificados pela supervisão, como necessários à manutenção da qualidade do atendimento, eram, do ponto de vista dos operadores, considerados excessivos e por isso eles se sentiam “*incomodados*”, por julgarem tais controles uma forma de vigilância constante:

“Parece que o representante do Hospital F e sua assistente estão sempre nos observando para ver se estamos sentados da forma correta, se estamos conversando com as pessoas do nosso lado, se estamos fazendo alguma coisa não relacionada ao trabalho” (Operador).

“Não podemos mexer no ar condicionado, não podemos cruzar as pernas, não podemos atender celular dentro do prédio” (Operador).

“Acho que observar não era suficiente, por isso até colocou uma câmera para fiscalizar ainda mais essas situações” (Operador).

Os operadores não podiam fazer lanches ou mascar chicletes durante o horário de trabalho, exceto nos intervalos e nas pausas. Nos momentos em que não havia chamadas, a única leitura que podiam fazer era a da apostila impressa e/ou digitalizada, que continha informações sobre o trabalho no Hospital F. *“Aqui só tem muita cobrança porque ficamos muito próximo da supervisão”* (Operador).

Consequentemente, não podiam ter **sobre a mesa de trabalho materiais como** lanches, livros, cadernos e outros considerados estranhos aos atendimentos, devendo estes ser colocados nos escaninhos individuais que ficavam na entrada do setor.

“No outro Call Center, eu já cheguei a fazer a unha em horário de trabalho! As supervisoras não olhavam nada! Passavam uma vez e depois se enterravam no PA delas. Aqui pelo amor de Deus, não dá nem para respirar” (Operador).

Diante desses controles, se havia entre os operadores algum sentimento de que os controles eram mais flexíveis no *Call Center* do Hospital F, esse sentimento ia sendo substituído por um sentimento de revolta. Os operadores que trabalharam em outros *Call Centers* passaram a dizer que a supervisão ES “*cobrava*” muito e ficavam comparando as formas de controle com as das empresas em que haviam trabalhado.

“Quando era a Empresa AD era uma bagunça, mas era muito melhor. Não tinha essa cobrança toda” (Operador).

“Tem gente que acha que a Empresa x é pior... Aqui é muito pior! Tem cobrança o tempo inteiro” (Operador).

“Na Empresa y tinha pressão psicológica tipo: olha se você não fizer desse jeito vai acontecer aquilo, mas nunca acontecia ameaça. Aqui não, é cobrança o tempo inteiro, mas você não pode falar nada. Acho muito injusto” (Operador).

“Aqui tudo você assina advertência. Mesmo de coisas que não estão no contrato como a prova. Se você vai mal, tem que assinar advertência” (Operador).

De modo geral, as “punições” aos operadores seguiam uma sequência determinada: primeiro uma advertência oral, depois duas escritas e, em terceiro lugar, demissão por justa causa ou não. As advertências aconteciam quando os atendentes chegavam atrasados, quando faltavam sem justificativa e quando “estouravam” os tempos de pausa. Eles não sabiam se havia um número máximo de advertências e o que era feito com elas.

A supervisão nos disse que as advertências informavam sobre o comportamento de cada operador. Operadores que erravam tentando acertar eram advertidos, mas essas advertências não eram computadas. Mas, os operadores que repetiam o mesmo erro pelo qual já tinham sido advertidos tinham as advertências acumuladas, as quais constituíam causa para a demissão deles.

Quanto à **comunicação superior/subordinado**, verificamos que, pelo fato de a Empresa ES não usar diálogo aberto com os operadores sobre as possibilidades de transformação e de desenvolvimento, eles se afastavam e se tornavam mais alheios às propostas feitas por ela.

A prova de conhecimentos. A falta de treinamentos sistemáticos gerava um aumento das dúvidas entre os operadores e conseqüentemente de solicitações de ajuda. A supervisora ES então resolveu criar uma prova para avaliar o conhecimento dos operadores recém-contratados, com gratificação em dinheiro para os primeiros lugares. E mais uma vez, os operadores se sentiam ameaçados. *“E agora essa prova! Eu não quero que ninguém saiba minha nota!” (Operador).*

A supervisora ES se baseou na hipótese de que as queixas dos usuários sobre o atendimento eram relacionadas à falta de conhecimento dos operadores sobre os produtos, processos e procedimentos do Hospital F. A prova seria um recurso para verificar se eles estariam estudando os manuais. Ela acreditava que os resultados poderiam lhe dar um retorno

sobre o conhecimento dos operadores sobre as informações que deveriam ser repassadas aos beneficiários, e, com esse retorno, ela poderia identificar os temas ou questões apresentados como difíceis ou desconhecidos pelos operadores.

Após a primeira prova realizada no dia 18 de junho de 2010, os operadores estudavam o Manual Rotinas do *Call Center* nos seus tempos de intervalo, mas não entendiam as instruções dele. A linguagem técnica do Manual, esvaziada, distanciada do cotidiano de trabalho, tendo de ser apreendida num ambiente de tensão, só provocava mais angústia e mais insatisfação.

Então, a supervisão lançou uma premiação para os três primeiros lugares com adicional em salário. Além disso, ampliou o espaço de tempo da prova para quarenta minutos.

Num sistema de revezamento coordenado pela supervisão, os operadores marcavam as pausas no sistema e tinham o tempo garantido para responder as questões referentes ao conteúdo do Manual de Rotinas do *Call Center*.

No entanto, os operadores entendiam e diziam que a decisão da Empresa ES não oferecer um treinamento adequado e em tempo suficiente não justificava a implantação de uma prova para avaliação dos conhecimentos a respeito dos dados constantes no Manual. “*A prova devia servir de base para um treinamento efetivo dos funcionários, e isso não acontece*” (Operador).

A avaliação feita no mês de julho também foi elaborada pela supervisão, mas, no mês de agosto de 2010, foram feitas duas propostas para a elaboração da prova. Na primeira, cada grupo de três atendentes elaborava 7 perguntas, das quais 5 seriam escolhidas pela coordenação para compor a prova do turno da noite. Na segunda, cada turno elaboraria uma prova de acordo com tema determinado pela supervisão. A supervisão iria escolher as melhores questões para compor a prova. Os operadores optaram por fazer as sete perguntas, acharam essa opção mais fácil.

No mês de setembro de 2010, em um mural afixado na parede, próximo à porta de entrada do setor, havia um cartaz (ver Figura 22) com a foto de um operador desconhecido, sorridente, anunciando a chegada da prova de conhecimento, com a seguinte mensagem:

O próximo teste está chegando!	
Data: 01/09/2010. Preparem-se!	
<p>Qual o seu limite? Quais os obstáculos que se apresentam em seu caminho? Você é o que faz o seu destino, você é quem estipula seus limites, seus obstáculos, esses existem, mas nunca são intransponíveis, tudo depende de sua motivação pessoal, de seu otimismo em relação à vida.</p>	

Figura 22 - Cartaz prova de conhecimentos

Fonte: *Call Center Empresa ES, 2010.*

Nesse mês, cada “corredor” de operadores ficou responsável por criar perguntas a respeito de um tema específico, relacionado ao trabalho realizado. Depois, a supervisão selecionaria duas perguntas a respeito de cada tema.

Em outubro de 2010, a gerência apresentou o primeiro relatório por meio de gráficos comparativos por turno, ressaltando a melhoria gradativa dos resultados nos testes e nos indicadores de desempenho. Os resultados foram transmitidos pelo diretor da Empresa ES que comentou a diferença significativa do resultado da turma da tarde (resultado ruim) em relação à turma da noite (resultado bom). Os operadores da noite responderam: *“Somos assim porque precisamos ser independentes... Não temos um supervisor o tempo todo com a gente. A gente se ajuda. Às vezes, uma coisa que eu sei e o outro não sabe eu ensino e vice-versa”* (Operador).

A equipe de pesquisa não teve acesso aos gráficos de resultados analisados e apresentados pelo diretor, mas de acordo com sua comunicação, a melhor média mais dos resultados foi a dos operadores do turno da noite, ou seja, eles alcançaram 12,5 pontos em 13 pontos, seguidos pelos operadores dos turnos da tarde, manhã e madrugada. Os “prêmios”, denominados de remuneração variável, eram distribuídos por turno. O turno vencedor receberia os três prêmios.

Alguns operadores ainda tentavam argumentar com o diretor dizendo: *“Esses testes não servem para nada, pois não avaliam a prática. A prática é o mais importante”* (Operador).

E, o diretor, firme em seus propósitos, tentava sensibilizá-los para estudarem mais e conseguirem melhores resultados: *“Vocês confiariam num médico que dominasse apenas 40% do conhecimento necessário?”* (Diretor da ES).

5.5.14 Relações entre pares

Na Empresa AD, inicialmente, o relacionamento entre os operadores, era bom, descontraído. Eles procuravam sentar-se próximos daqueles de que gostavam mais. A empresa só trocava os operadores de lugar quando faziam muito barulho ou quando os colegas reclamavam uns dos outros. Caso contrário, permaneciam lado a lado, de acordo com as próprias escolhas. Os que tinham vindo do Hospital F, por se conhecerem havia mais tempo, frequentavam as casas uns dos outros, conheciam as famílias, falavam sobre os filhos.

Desde que (B) e (C) entraram na empresa, se sentavam perto de (A), na seguinte ordem: (C), (B) e (A). A operadora (A) comentava sobre os três se sentarem juntos: *“Tenho que aguentar esses meninos todo dia”*. O operador (B) comentou: *“Ela é quem pena (sofre) na minha mão”*. E (C) completava: *“Eu tenho que zuar o tempo todo”*. Mais tarde escutamos outra sequência de fala desse grupo: *“Tem que rir aqui, porque se você não rir, você chora”* (C). *“Aqui a gente ganha pouco, mas se diverte”*(A). Enquanto isso, o operador (B) espreguiça e abre a boca, bocejando por várias vezes. *“Nossa, saí ontem à noite, dormi pouco, estou com sono. Uma musiquinha!* (abre um programa de música no computador e fica ouvindo pelo fone). Quando a tela mostra sinal de ligação, ele desliga a música e atende a ligação.

Mas, o grande fluxo de ligações nos turnos da manhã e tarde, e os problemas do dia a dia influenciavam sobremaneira as relações interpessoais, dividindo o *Call Center* em três ambientes comportamentais distintos: o diurno, o noturno e o de final de semana, principalmente sábado à tarde e domingo.

No turno **diurno**, havia fluxo de ligação intenso, muita movimentação, conflitos, problemas, barulho, irritação, controle de supervisores, vigilância dos *scripts*. Nele, havia pouco tempo para conversas informais e, quando elas aconteciam, eram mais superficiais ou ocorriam em forma de brincadeiras de mau gosto muitas vezes, deixavam os colegas *“magoados”*. Em razão de sentimentos de afinidade, os operadores costumavam formar pequenos grupos e fechar-se neles.

“Aqui, a maioria se dá bem, mas existem claramente “panelas”, (referindo-se a grupos de pessoas que se dão melhor umas com as outras. Por exemplo, os operadores que trabalham para o plano desde a Empresa AD são mais fechados entre si. No início todos pareciam muito amigos. Igual a começo de Big Brother, sabe? Com o tempo foram surgindo as preferências, algumas desavenças e fofocas”.

Outras vezes, movidos pela competição, se julgavam injustiçados, como foi o caso da premiação por turno, em vez premiação por melhor operador do turno. *“Como pode? Tem*

gente que fica morcegando aqui e ainda vai ser recompensada da mesma forma que aquelas que se destacam no trabalho?” (Operador).

Observamos que, nesses turnos, os operadores pareciam ansiosos, andavam muito de um lado para outro a fim de resolver problemas, pois precisavam dar um retorno rápido aos beneficiários ou aos prestadores que os aguardavam em ligação telefônica. Quando não conseguiam consultar alguém que respondesse às suas dúvidas, ficavam frustrados.

Mas apesar da tensão do ambiente de trabalho, observamos que eles procuravam estabelecer relação socioprofissional. Alguns conversavam, brincavam e, até, jogavam Adedanha,⁴⁰ com o qual preenchiam os poucos momentos de pausa que tinham. Quando as representantes do Hospital F, a supervisora AD e a líder do turno se ausentavam, os operadores se organizavam, ajudando-se mutuamente, para resolver suas dúvidas.

No entanto, observamos que, se algum procedimento de remoção, internação e parto cesariano fosse solicitado quase no final do expediente, os operadores não gostavam de atender, porque o atendimento podia ser demorado em razão de terem de procurar vagas de internação nas unidades de saúde conveniadas.

No turno **noturno**, estando ausentes os supervisores e sendo menor o fluxo de ligações, os operadores conversavam informalmente como parte da atividade de trabalho entre um atendimento e outro, de forma amistosa, sobre os mais diversos assuntos, tais como faculdade, cursinhos pré-vestibulares, família, relações afetivas. Eles conseguiram criar espaços para as conversas pessoais que permitiam maior descontração no trabalho, facilitando a realização das tarefas.

Uma operadora mais antiga relatou o caso de um dos operadores que por ser professor levava suas provas para corrigir no horário de trabalho, nos momentos em que o volume de ligações era pequeno.

Em um dos momentos, uma operadora se dirigiu à equipe de pesquisa dizendo: *“Você não vai colocar aí que a gente trabalha aqui a noite como se estivesse numa conversa de comadres não né”*.

Mas nem sempre o noturno era tão agradável ou isento de fatores estressantes. Numa ocasião comentamos com um dos operadores: “O ambiente da noite é mais tranquilo”. E ele

⁴⁰ Cada participante desenha uma tabela em uma folha de papel. Em cada coluna escreve-se uma categoria de palavras como alimento, animal, time, cidade, estado, país etc. que deve ser preenchida com nomes iniciados por uma letra resultante do somatório dos dedos dos participantes. Os participantes colocam a mão para trás e ao dizerem **A-de-da-nha**, todos colocam uma das mãos para a frente. Somam-se os dedos, por exemplo, 3 = C. Então, todas as colunas das categorias têm de ser preenchidas com a letra C. Ganha quem fizer mais pontos.

respondeu enfaticamente: “*Mais tranquilo nada! Tem menos ligações! Mas as que tem é só pepino!*”, referindo-se aos casos de gravidade que acontecem como a remoção, a internação, partos de urgência.

Nas situações em que tinham de realizar uma tarefa mais difícil, o clima ameno se tornava de extrema tensão e total empenho, já que não tinham um superior para ajudá-los nas decisões. Normalmente, trocavam ideias uns com os outros e se ajudavam mutuamente na resolução dos casos.

O final de semana. Os operadores que trabalhavam durante a semana no turno noturno, aos sábados à tarde e aos domingos durante todo o dia, diziam gostar do horário e da relação com os colegas.

“Domingo é bom que a gente pode ler, estudar, usar o tempo para outras coisas. Eu por exemplo trouxe um trabalho enorme do curso pra fazer”.

Com a contratação da **Empresa ES** e as demissões dos antigos funcionários, alteraram-se significativamente as relações entre pares. Não se sentiam mais uma equipe. Estavam tensos com a nova mudança. Embora a empresa deixasse as regras bem claras, os operadores falavam alto, levantavam-se muitas vezes para pedir ajuda e frequentemente o ambiente ficava muito confuso, principalmente nas trocas de turnos. Nesses momentos, eles sempre faziam brincadeiras uns com os outros e a supervisão pedia que todos fizessem silêncio. Mas os operadores diziam que conversar e brincar com os colegas era uma das maneiras de **lidar com o estresse** do trabalho.

“Adoro conversar com os colegas do lado porque isso me acalma. Converso sobre tudo com eles nos intervalos das ligações, menos sobre os atendimentos. Na hora do lanche é proibido falar de trabalho. Acho que esse meu jeito, me ajuda a aguentar as dificuldades do trabalho.”

O estilo de gerência mais controladora e a entrada cada vez mais frequente de novos operadores indicavam o fim do “Grupo Hospital F”. Os operadores começaram a se fechar entre eles, a diminuir as brincadeiras e a espontaneidade. Além disso, um sentimento de descrença os atingia fortemente.

“Agora a relação entre as pessoas é muito diferente, antes sentia que as pessoas eram mais amigas e que o relacionamento ia além do ambiente de trabalho, isso fazia com que eu me sentisse mais

à vontade. Aqui, não. Aqui as relações só se resumem ao trabalho, nada mais” (Operador).

Em contrapartida, os “novatos”, como eram chamados os recém-contratados, tentavam “mostrar trabalho” e aos olhos da gerência eram valorizados em detrimento dos antigos, o que aumentava a rivalidade entre os operadores. E, assim, os operadores não conseguiam se constituir como um coletivo no trabalho que realizavam.

“Aqui falta companheirismo e solidariedade com o trabalho do outro” (Operador).

“Às vezes as pessoas mais velhas (um novato se referindo ao operador antigo) são as mais complicadas, elas falam pra gente que falta maturidade, mas eu acho que acima de maturidade, falta bom senso” (Operador).

“A maioria dos problemas de relacionamento entre as pessoas daqui aparece devido à falta de bom senso; por exemplo, se alguém não está satisfeito com sua escala de trabalho, ao invés de questionar o próprio horário, sempre aponta o horário do outro como sendo mais bem beneficiado” (Operador).

“Parece que ninguém entende que o seu modo de trabalhar pode afetar o trabalho do outro. Alguns operadores fazem mal seus atendimentos, o que deixa o cliente mais insatisfeito. Esse cliente insatisfeito desconta sua raiva no operador seguinte, que viera atender outra ligação sua” (Operador).

“Nós temos aqui alguns ‘coleguinhas’ que desligam suas ligações quando são complicadas ou quando estão perto do horário de lanche ou de ir embora. Quando vejo isso acontecer eu faço um ‘feedcréu’, ou seja, converso com a pessoa, em tom de brincadeira, mas mostro para ela que esse tipo de comportamento prejudica a todos nós” (Operador).

Nesse sentido, as formas de controle implementadas (Prova, Avaliação de desempenho a partir do SAC etc.) parecem ter gerado um ambiente de competição entre os trabalhadores, dificultando ainda mais a formação desse coletivo.

“Com o SAC, a competitividade vai aumentar porque as pessoas vão ficar procurando problemas nas outras” (Operador).

*“O trabalho de telemarketing é muito estressante, você não aguenta muito tempo. A gente sofre pressão de todos os lados. Vocês vão ver quando o sistema do SAC for implantado e com ele as ligações aumentarem. **Aí muita gente vai surtar!**” (Operador).*

Percebendo a fragmentação da equipe, a líder do turno da tarde, todos os dias, ao final do expediente, na tentativa de recuperar *“a paz e a harmonia entre os operadores”*(Líder) realizava uma pausa na qual, os operadores faziam a leitura de um texto motivador, davam-se as mãos e rezavam um “Pai Nosso”. Logo após, eram dados os recados do turno. Caberia, no entanto, nos interrogar sobre a eficácia dessa medida.

Mesmo com o aumento do controle da Empresa ES sobre os operadores e apesar dele, o comportamento dos operadores nos turnos da noite e nos finais de semana continuaram mais flexíveis, autônomos e cooperativos.

5.5.15 Relações com usuário

O relacionamento entre o operador e os clientes em geral era marcado por ambiguidades de sentimentos de ambas os lados, havendo, às vezes, manifestações de afeição da parte dos usuários por ter-se o operador envolvido e preocupado afetivamente com as questões deles e, outras vezes, manifestação de raiva por parte do operador devido aos constrangimentos e tensões causados pela agressividade, grosserias e palavras ofensivas que lhe eram dirigidas pelos usuários.

De forma geral, os beneficiários ligavam quando ocorria algum problema na utilização dos serviços oferecidos pelo plano, sendo muitas vezes grosseiros e ameaçadores: *“Como algo deu errado, eles já ligam sendo agressivos, fazendo grosserias e ofensas”* (Operador). *“Tem outros que vem com papinho de advogado”* (Operador). *“Tem uns que ligam e já perguntam qual é o seu nome só para botar medo”* (Operador).

Uma operadora contou que um beneficiário foi a uma consulta médica e o prestador não conseguiu, por falta de dados, fazer os procedimentos que o plano do Hospital F exigia. Em vez de o responsável pela prestação do serviço ligar para o *Call Center* para obter os dados, ele informou ao paciente que seu plano estava com problemas. O beneficiário ligou para o *Call Center* reclamando e culpando o plano.

Apesar disso, alguns operadores compreendiam essas reações dizendo que *“os clientes tinham razão e no lugar deles eu faria a mesma coisa”*. Eles esclareciam, por exemplo, que várias especialidades médicas apresentavam escassez de médicos e, portanto, o cliente, na maioria das vezes, precisava aguardar um longo tempo (vários meses) para ser atendido. Nessas situações, se compadeciam da situação do cliente: *“Fico com dó do paciente, o coração corta.”* (Operador). *“Mesmo que eles xinguem eu fico com dó”* (Operador). *“Nessas*

horas você tem que pegar seu lado humano que reage com raiva e trancar dentro do armário” (Operador).

Por outro lado, em muitos momentos, os clientes os irritavam e eles não conseguiam se controlar e muitos diziam ter “**surtado**” durante algum tipo de atendimento.

Um operador contou sobre um dia em que “**surtou**”. Na ligação em que estava atendendo uma cliente, ele informou sobre quatro laboratórios conveniados com o plano, para que ela pudesse ligar e confirmar se esses laboratórios realizavam os exames que precisava.

A cliente não entendeu que deveria ligar e confirmar com o laboratório. Contrariada, ligou várias vezes para o *Call Center* até reconhecer a voz do operador que a havia atendido. O operador nos relatou: “*Ligou pro Call Center até cair em mim de novo. Ela já estava naquele estado*”. “*Eu já estava nervoso, sem paciência por outros motivos alheios ao trabalho*”.

O fato é que a cliente ligou para uma unidade do laboratório que não fazia seu exame e ela entendeu que o operador não lhe havia dado o número correto e começou a xingá-lo. Ele então respondeu: “*Recomendo que a senhora abaixe o tom de voz para que eu possa ajudar a senhora*”. O atendimento foi finalizado.

Ela, porém, ligou novamente para o *Call Center* e um colega ao lado atendeu. O operador, ouvindo a ligação do colega, reconheceu o nome do laboratório que ele havia indicado à senhora e ficou irritado e disse ao colega: “**Fala com essa égua aí que a autorização dela já foi**”. A cliente escutou o comentário, ligou novamente ao *Call Center* e registrou a reclamação. O operador foi chamado pela chefia. Não recebeu advertência formalizada, mas foi pedido a ele para se acalmar.

Mas os operadores sabiam que deviam ter controle apesar de o cliente os irritar. Eles comentavam que os clientes solicitavam o nome deles durante as ligações para que, depois, pudessem fazer reclamações, no caso de se sentirem mal atendidos: “*O pessoal não tá bobo mais não. Pergunta o nome do atendente e até o número do protocolo, mas aqui não tem número de protocolo*” (Operador).

No entanto, o que observamos na grande maioria do tempo, em todos os turnos, foi que esses operadores atendiam com educação e atenção aos usuários e beneficiários e, quando ficavam constrangidos, ligavam o MUTE para não ouvir as reclamações, ou, se ofendidos, encerravam a ligação com a frase do *script* “**Por falta de comunicação esta ligação está sendo finalizada**”.

Quanto à **relação com os prestadores**. De modo geral, os operadores conseguiam resolver as demandas **dos prestadores**, mas era um tipo de atendimento com grande possibilidade de retrabalho devido ora à falta de dados dos usuários ora a erros dos próprios prestadores ora à ilegibilidade da letra do médico. Assim, havia operadores que preferiam receber as ligações dos prestadores. “*Eu prefiro trabalhar muito, mas com um único cliente*”

(Operador). *“Os prestadores são mais tranquilos e pacientes do que os beneficiários quando ocorre algum tipo de demora no atendimento”* (Operador).

Apesar disso, **havia** operadores que não gostavam de atender chamadas dos prestadores, porque preferiam mais atendimentos, diversidade de problemas e, quando atendiam a um prestador diziam: *“Faço porque sou obrigado!”*.

Mas a grande maioria dizia que a relação com os prestadores era mais amigável, mais cordial, e que exigia menos esforço no atendimento: *“Eles são mais instruídos e geralmente possuem mais informações que os beneficiários”*.

5.6 Condições de trabalho: Empresa AD e Empresa ES

Embora as **Empresas AD e ES** cuidassem do **isolamento acústico**, o ambiente **era livre de ruídos externos**, mas **possuía ruídos internos** causados por diversos fatores: um maior número de pessoas trabalhando no mesmo espaço, o ruído do telefone tocando, dos ruídos de outras cabines, da fala dos operadores nas operações de treinamento carrapato, dos teclados, de operadores chamando supervisor e da movimentação dos teleatendentes para buscar respostas para suas dúvidas.

Por vezes, o ruído era tanto que, em alguns momentos, os operadores não conseguiam ouvir o que estava sendo dito na própria ligação. Como consequência, cada operador aumentava o tom de voz em seu atendimento, aumentando também o esforço vocal e a fadiga da audição e das cordas vocálicas.

Os riscos dessa atividade envolviam **problemas de audição** caso o volume do som do fone não fosse regulado e o operador não trocasse frequentemente de ouvido para ouvir o usuário ou prestador. Observamos que os operadores, absorvidos em suas atividades, não trocavam o *head-set* de ouvido e, quando o ruído externo aumentava, eles ficavam segurando e apertando o *head-set* ao ouvido como uma forma de impedir a entrada do ruído exterior e poder escutar melhor o que estava sendo dito no *head-set*, podendo provocar transtornos auditivos.

No entanto, no turno da noite, nas duas empresas, esse problema não foi observado nem relatado pelos operadores desse turno. Isso estava relacionado com o menor número de pessoas trabalhando no mesmo espaço e com o menor volume de ligações.

A **Empresa AD** apresentou vários problemas em relação às condições de trabalho. Diversos **apoios de braço** das cadeiras estavam quebrados e sem as almofadas, obrigando o

operador a apoiar-se sobre o metal ficando exposto a ferimentos (operadores já tinham sofrido arranhões nos braços). **Faltavam materiais de escritório**, os operadores precisavam de canetas para anotar rascunhos e a empresa não disponibilizava esse material. Uns ficavam pedindo emprestado aos outros, às vezes era preciso deslocar-se até uma PA de um colega distante para conseguirem o empréstimo do material; outras vezes, pediam emprestado à nossa equipe de pesquisa.

A **iluminação** foi apontada como insuficiente pela equipe que trabalhava no período da noite, o que exigia maior esforço para visualização dos dados na tela.

Em todos os turnos, nas **duas empresas**, encontramos reclamações sobre a **temperatura ambiente**. Os operadores levantavam-se de suas PAs e ficavam controlando a temperatura. Eles diziam que “*o resfriamento acontecia de forma desigual. As cabines perto do equipamento ficavam bastante frias, enquanto as mais afastadas ficavam na temperatura ambiente*”. Quando a **Empresa ES** assumiu, ela proibiu essa movimentação e providenciou o controle da temperatura ambiente, mas, apesar disso, alguns operadores ainda continuaram reclamando.

O apoio **de pé** (nas Empresas AD e ES) raramente era usado, parte por causa da necessidade de retirar dúvidas com o colega do lado, quando os operadores mudavam várias vezes a posição do corpo; parte, porque se levantavam muito da PA e o supedâneo acabava sendo empurrado para mais distante do lugar onde o pé pisava. Na maior parte do tempo, eles ficavam assentados de lado, curvados, outras vezes, para consultarem materiais, ficavam apoiados na mesa ao lado da tela e teclavam com o corpo todo “entortado”. Outras porque, segundo eles, “*precisamos relaxar*”.

5.7 Estratégias desenvolvidas pelos operadores

Entretanto, apesar de todos os problemas citados, identificamos, no comportamento dos operadores, o uso de estratégias criativas para solucionar embaraços de suas atividades e para a busca de melhorias no atendimento aos beneficiários.

Um beneficiário ligou com quase todos os dados em mãos, mas o sistema caiu, faltando apenas uma informação para finalizar o registro. Em razão disso, o cliente teve de fazer outra chamada e todo o processo teve de ser retomado desde o início. Os operadores, então, começaram a anotar os dados enquanto os lançavam no sistema e, antes que o sistema caísse novamente, pediam que o beneficiário os anotasse e os transmitisse ao operador seguinte que ia atendê-lo depois. O usuário ligava com as informações e o operador seguinte conseguia finalizar o atendimento. **Essa estratégia funcionou tão bem que foi adotada por**

todos os operadores, alterando a sequência prescrita do passo a passo. Assim, quando os operadores atendiam a uma ligação, eles perguntavam ao usuário: *“O (A) senhor(a) tem em mãos os códigos necessários à solicitação?”* Se a resposta fosse positiva, o operador ia anotando-os em um bloco de rascunho, lançava-os no sistema verificando sua veracidade e o registro da solicitação era finalizado, ganhando tempo e evitando retrabalho para quem atendesse posteriormente o mesmo solicitante.

Alguns operadores alteravam a sequência prescrita ao acessar o histórico de procedimentos do paciente segundo o qual, os operadores precisavam ter em mãos primeiramente todos os dados do cliente para somente depois realizarem a solicitação. Como o sistema caía frequentemente antes de completar o atendimento, o operador seguinte que atendesse a ligação do mesmo cliente tinha de fazer todas as perguntas novamente, porque o sistema não armazenava as informações. Esse retrabalho gerava constrangimentos para o operador, insatisfações e reclamações por parte do usuário. Então, os operadores começaram a **pedir ao cliente que anotasse** durante a ligação alguns dados e códigos, para, no caso de o sistema cair, ele não precisar repetir suas informações.

Outros mudavam a sequência prescrita de preenchimento dos campos do sistema, conseguindo maior agilidade e diminuindo o número de erros por meio da ação de finalizar a marcação da consulta do cliente antes da confirmação de sua disponibilidade. Com essa ação, seguravam a vaga para a consulta e davam tempo para o cliente definir dia e horário. Se o cliente desistisse da consulta, liberavam a vaga, mas, na maior parte das vezes, o cliente aceitava a marcação e eles ganhavam na rapidez e qualidade do atendimento.

Outra estratégia que se tornou coletiva dizia respeito à lista de telefones úteis inserida no Manual de Rotinas do *Call Center*. Os operadores diziam que não usavam as listas com telefones úteis lançados no computador e no site do Hospital F, porque *“elas estavam constantemente desatualizadas e aí a gente gasta mais tempo”*. Então, eles acumulavam em blocos de papel ou mesmo no computador uma lista de telefones atualizados. **De tempos em tempos, eles trocavam uns com os outros os dados dessas listas.** *“Dizem que o retrabalho é incômodo, realmente é, não só para os funcionários, mas também para os solicitantes, que têm de repetir tudo de novo e perder seu tempo novamente, podendo se irritar e até agredir verbalmente a gente”* (Operador).

Essas construções de um coletivo, explicitadas por meio da linguagem eram utilizadas pelos trabalhadores como uma espécie de estratégia coletiva pertinente ao grupo que as vivenciava. Elas são denominadas por Schwartz e Durrive (2007, 2010) como “entidades coletivas relativamente pertinentes” (ECRP) e auxiliavam esses trabalhadores a recompor sua atividade individual diante do confronto entre o prescrito e o real da atividade⁴¹.

⁴¹ “Entidades”, no sentido de que existem fronteiras invisíveis que englobam as pessoas pertencentes a serviços diferentes, pessoas que se conhecem. (...) “Coletivas”, tendo em vista que aí transitam informações – eventualmente nos dois sentidos (entre o que está no polo relativamente individualizado e o que está no polo relativamente universalizado) e, pelas vias mais diversas. (...) “Relativamente” no sentido de que as fronteiras

Os operadores precisavam fazer pesquisas de informações necessárias ao preenchimento de dados no sistema. Os materiais disponíveis para estas pesquisas eram: o Manual do Usuário do Hospital F, Manual do *Call Center*, a planilha atualizada de telefones úteis, a guia de procedimentos, apostilas, contratos de plano de saúde Hospital F. Mas esses recursos eram insuficientes para atender a complexidade dos serviços. Então, eles começaram a preencher os dados no sistema, utilizando uma **tabela informal de códigos de especialidades**, feita a mão por um dos operadores. “*Uma colega fez e xerocou para todo mundo, é mais fácil consultar nessa, tá na mão*” (Operador).

A utilização dessa tabela possibilitava maior rapidez na leitura das informações porque diminuía o número de vezes em que os operadores tinham de entrar nas diversas “janelas” do programa de computador para obterem essas informações. Essa diminuição de tempo ampliava a chance de terminar o registro da solicitação antes que o sistema caísse. Para a resolução do mesmo problema, aqueles que tinham maior facilidade no uso do computador faziam as **anotações no bloco de notas do Windows**, evitando, assim, o retrabalho quando tinham de perguntar a mesma coisa, diversas vezes ao solicitante⁴². Constatamos que o uso de “*recursos materiais de fácil acesso à mão*” (Operador) estava relacionado ao **tipo de estruturação da informação**. As tabelas que se encontravam em sintonia com a atividade real dos operadores eram avaliadas como “suficientes e de fácil consulta”. Logo, tabelas claras, bem organizadas, que apresentassem correlação com a atividade de trabalho, eram ferramentas fundamentais que potencializavam o trabalho do operador; caso contrário, eram desconsideradas e se tornavam inúteis.

Leal (2008, p.38) destaca que se tenta transferir parte do saber dos trabalhadores para o sistema técnico e codificá-lo em regras operatórias, mas as pesquisas empíricas na área da Psicologia do Trabalho mostram que não é possível ainda automatizar a capacidade humana de previsão e decisão em momentos de imprevistos, de emergência e de variabilidade no trabalho (Lima F. & Silva, 1998), como nos mostra a próxima cena.

Durante um atendimento, o usuário ligou para marcar uma consulta, mas não tinha a carteirinha do convênio em mãos e não sabia que precisava do número contido nela para

são variáveis: elas podem mudar em função das pessoas. (...) “Pertinentes” na medida em que são pertinentes para a compreensão de como as coisas andam (Schwartz & Durrive, 2007, p.152).

⁴² Na época, a equipe de pesquisa levantou a hipótese de que a dificuldade em obter informações via sistema digital poderia estar ligada às limitações do operador relativas ao uso de seu instrumento de trabalho. A convivência com esses operadores nos fez verificar que essa hipótese era falsa. Observamos que, quando eles precisavam de informações referentes a procedimentos, consultavam os dados digitais sem nenhum problema, demonstrando competência para a atividade e uso do instrumento.

agendar sua consulta. O operador respondeu: “*Não sabe que tem que ter a carteirinha? E nos falou baixinho, enquanto o cliente foi buscar a carteirinha: Como é que vou saber quem é ele?*”. O cliente voltou, informou o número e pediu que agendasse com a **Dra. Juliana** (nome fictício). No sistema apareceram duas **“Julianas”**, mas nenhuma delas correspondia à especialidade médica que o cliente desejava. O operador começou a digitar a palavra Juliana de várias formas, por exemplo, com dois **“J”** e foi dizendo ao cliente as especialidades que iam surgindo na tela, até que, em dado momento, ele digitou **“Julianna”**, com dois **“nn”** e conseguiu encontrar a médica no sistema. Conversamos com o operador sobre o acontecido e ele nos disse que as pessoas não sabem esses detalhes *“Eu é que tenho que ter percepção”*.

Conforme dito, durante a pesquisa um fator recorrente, citado pelos operadores, era a tensão, o estresse quando tinham de fazer algum tipo de remoção. Todos com que conversamos diziam que preferiam não atender casos de remoção. Um dia, encontramos um operador que nos disse exatamente o contrário.

“Eu não tenho problemas com remoção. Eu tenho um caderno, onde anoto todos os telefones de médicos, de enfermeiros e outros contatos da rede do Hospital F que considero importantes para que eu possa realizar as remoções com mais rapidez. Assim fica mais fácil. Se eu preciso ligo direto para a pessoa. Essa moça, por exemplo, sempre me arruma vaga porque quando ela precisou remover um paciente eu fiz o meu melhor. Então ela sempre me ajuda” (Operador).

Ao reinterpretar as normas, ou seja, quando as renormaliza o trabalhador se apropria do meio no qual trabalha, apesar dos impedimentos reais suscitados na e pela situação de trabalho. Esse processo de renormalização é inerente à atividade e ratifica a tese da inseparabilidade da subjetividade e atividade de trabalho presente nos pressupostos teóricos das Clínicas do trabalho.

Um operador recorria a uma estratégia para retardar em alguns segundos o tempo em que a ligação iria cair no seu sistema. Ao fim de cada ligação, se ele clicasse no ícone do sistema responsável por finalizar a ligação, instantaneamente a ligação seguinte era “puxada”. Se ele não clicasse, por alguns segundos ficava um som repetitivo “tu-tu-tu-tu”, como se o telefone estivesse ocupado, e, durante esse tempinho, a ligação seguinte não caía no seu sistema. Para o barulho não o incomodar, ao final da ligação ele clicava no botão “MUTE”. *“Assim, eu ganho alguns segundos entre uma ligação e outra. Esses segundos fazem uma diferença enorme no final do dia”*.

A fila de espera era considerada um fator de pressão do trabalho. Os operadores podiam obter a informação sobre o número de pessoas que aguardavam para serem atendidas pelo *Easy Call Agent*. Esta possibilidade era vista por alguns operadores como vantajosa. Eles diziam que *“a partir dela podemos acelerar o trabalho para atender mais pessoas”*. Outros, porém, preferiam não olhar para o sistema, pois se olhassem, sentiam que ficavam

mais ansiosos. Essa era uma forma de preservar sua saúde. *“Eu não gosto de ter esse tipo de informação, eu fico mais ansioso. Eu vou fazendo o meu melhor, se eu não estou atendendo mais é porque eu não posso. A fila que espere”*.

Ou, em outros momentos, os operadores desligavam o *plug* e cantavam músicas religiosas enquanto esperavam o sistema processar os dados ou enquanto esperavam o cliente fazer suas reclamações. Ou, se a impaciência os dominasse ao atender o usuário, com o *plug* desligado ou o MUTE acionado, eles liberavam suas emoções, por meio de expressões como:

“Idiota”. *“Grossa (Operador)*.

“Não aguento essas mulher com voz de dói-dói” (Operador).

“Sua lerda, tô falando que mandou é porque mandou” (Operador).

“Odeio quando pergunto o nome no início da ligação e não recebo resposta” (Operador).

“Tá ficando doido, doutor?” (Operador).

“Dr., o senhor é um burro!” (Operador).

Alguns falavam alto, xingavam os usuários, faziam ironias, mas sempre se assegurando de que o cliente não estaria escutando. Dessa forma, extravasam seus sentimentos. No momento seguinte ao desabafo, desligavam a tecla “MUTE” ou ligavam o *plug* e tratavam o cliente com paciência e polidez, como se nada tivesse acontecido.

5.8 Os sentidos atribuídos ao trabalho

Para Bakhtin (2001, p.382),

“o sentido é potencialmente infinito, mas pode atualizar-se somente em contato com outro sentido (o do outro) ainda que seja com uma pergunta do discurso interior do sujeito da compreensão. [...] por isso, não pode haver o primeiro nem o último sentido, ele está sempre situado entre os sentidos, é um elo na cadeia de sentidos, a única que pode existir realmente em sua totalidade”.

As mudanças implantadas com uma gestão que desconsiderava os saberes dos operadores na tomada de suas decisões transformaram o *Call Center* do Hospital F em um centro de informações, de contatos, distanciado dos operadores por meio dos *scripts*, de tecnologias e esvaziando o sentido de trabalho. Assim, de modo geral, os operadores não se reconheciam na atividade que executavam como mostram a cena e as falas a seguir.

<p>Ao acompanharmos um operador no horário da pausa lanche, encontramos outros operadores, que estavam no mesmo local. Um deles perguntou: <i>“Vocês estão aqui para nos analisar?”</i> Respondemos: <i>“Não. Estamos aqui para analisar o trabalho que vocês</i></p>

realizam”. Imediatamente ele questionou: *“Que trabalho? Isso aqui não é trabalho!”* “E o que é?”, retornamos. *“Um trabalho não realizado, porque ficar sentado, seis horas, só falando ao telefone, não é trabalho”*.

E os outros completaram, deixando evidenciar a visão negativa que prevalecia a respeito da atividade que realizavam:

“Se você sair hoje, amanhã tem outro no seu lugar, não faz a menor diferença” (Operador).

“Qualquer um pode fazer isso aqui” (Operador).

“O trabalho em telemarketing é temporário, é transitório” (Operador).

“Um trampolim para alcançar algo melhor” (Operador).

“Aqui não temos oportunidade de crescer, o salário é muito baixo” (Operador).

Alguns se consideravam como uma espécie de “bode expiatório” de todos os problemas vividos pela empresa. *“As pessoas falam mal de Call Center, falam que os operadores atendem mal, que não fazem o serviço, parece que tudo que acontece de errado é culpa nossa”* (Operador). *“Aqui você escuta tudo de ruim da empresa. Eles despejam em nós a raiva que devia ser despejada no dono da empresa”*(Operador).

A operadora mais antiga no Call Center do Hospital F trabalhava ali havia 2 anos e 5 meses. Ela costumava dizer: *“Teleatendente tem prazo de validade. Não aguenta mais que um mês sem surtar!”*. Um dia perguntamos a ela como havia superado esse prazo de validade. Ela respondeu: *“Porque eu já sou doída!”* Ela iniciou um atendimento e ao finalizar continuou:

“Eu gosto de trabalhar aqui, sabe?! O único problema é que o plano do Hospital F é muito fraco e aí tudo cai em cima do Call Center. Pode ser um problema lá no financeiro, como é na maioria das vezes, e as pessoas não sabem e acham que a culpa é nossa. O departamento financeiro erra muito! A sede também, porque eles sempre se esquecem de mandar os procedimentos pra auditoria! Aí o beneficiário liga e eu tenho que fazer tudo de novo e mandar esperar mais...”

Um operador que estava sentado de costas para outro operador se virou e tocou no colega dizendo: *“Você viu?”* E ele respondeu: *“O quê?”* O primeiro continuou: *“Três operadoras acabaram de entrar na sala da supervisão”*. Um terceiro operador que escutava a conversa disse: *“Uai, será que elas vão rodar?”* O segundo operador respondeu: *“Ah! Você acha que tem alguém ligando de ser mandado embora daqui?”*.

E, ainda, apesar de alguns operadores dizerem que o Call Center do Hospital F fazia menor pressão por produção, todos informaram que o conteúdo do trabalho podia trazer dificuldades, devido à responsabilidade que sentiam pela vida do outro.

*“Aqui a gente tem maior estresse emocional que no resto (outros Call Centers). Lidar com o ser humano mexe com a gente. Eu me **sinto com as mãos atadas**. Na primeira semana até chorava, depois a gente vai se acostumando”* (Operador).

*“Quando tem uma situação de urgência aqui no Call Center e o beneficiário é inadimplente, a gente **não pode fazer nada**, não tem como liberar! Fica um peso, uma responsabilidade né, mesmo que a culpa não seja nossa”* (Operador).

*“Fico com muita dó do beneficiário quando **o sistema não libera a senha de autorização** para ele realizar um exame pelo plano de saúde”* (Operador).

*“Esse é o ponto negativo. A **gente não pode fazer nada** para ajudar as pessoas em certas situações”* (Operador).

*“Quando finalmente conseguimos a autorização para a remoção e confirmamos a existência de uma vaga em um hospital da rede conveniada do Hospital F, **temos de assinar um documento assumindo a responsabilidade dessa remoção**. Se algo der errado, eles rastreiam para chegar ao culpado. Não sofremos consequências graves, mas recebemos advertências. **O pior não é a advertência é a culpa que persiste com a gente no caso de um paciente morrer**”* (Operador).

Em uma ocasião, um operador citou um caso, relativamente recente, de um colega que não encontrou vaga em nenhuma maternidade para uma senhora em trabalho de parto. No final, a cliente em questão perdeu seu bebê, gerando muita revolta no pai da criança.

“A pior remoção, pra mim, é a da mulher grávida. Normalmente quando nos ligam, o neném tem que nascer antes do tempo ou a criança tem que ir para o CTI. Como são somente duas opções de maternidades credenciadas, quando não tem vaga, é preciso procurar a vaga em hospital não credenciado, e isso leva tempo, tem que ser autorizado. É muita coisa pra resolver e normalmente o caso é sério, é contra o relógio. Aí fica difícil” (Operador).

*“É ruim saber que a pessoa está precisando e **não conseguimos ajudar**. É muito tenso quando tentamos fazer a remoção em vários lugares diferentes e ninguém pode receber. Aí quando resolve é um **alívio**”* (Operador).

Essa tensão em razão de os operadores não poderem liberar as autorizações para os beneficiários, *“mesmo quando eles (os usuários) têm razão”*, de não conseguirem fazer a remoção de um paciente e/ou a liberação para o beneficiário ser atendido, acrescida de sentimentos de desvalorização por parte da chefia, acabou por construir entre os operadores

um tipo de descrédito em relação à sua atividade de trabalho. “*Estou aqui por falta de opção, ainda não consegui outro, mas assim que conseguir, vou sair*” (Operador). “*O problema é que quem trabalha em Call Center só arruma Call Center*” (Operador).

Um operador, que também trabalhava como professor de história, nos turnos da tarde e noite, comentou que o salário do *Call Center* era muito baixo e, por isso, precisava trabalhar em outros lugares. “*Se não tivesse outro trabalho já teria pulado de cima do viaduto*”. “*Não gosto daqui porque sempre tenho que fazer o que me mandam. Não tenho autonomia nenhuma*”. Mas, apesar de trabalhar em três turnos, esse operador não se sentia sobrecarregado porque fazia distinção entre as duas atividades. “*Dou aula por prazer, não encaro como um trabalho. Trabalho pra mim é uma coisa obrigatória que o sistema impõe para você conquistar status ou bens materiais. A nossa sociedade não olha com bons olhos quem está desempregado. Trabalhar é obrigação da sobrevivência. Meu trabalho é aqui, dar aula é minha alegria.*”

Percebemos claramente que os operadores faziam distinção entre emprego e trabalho. O *Call Center*, como emprego, exercia a função de mantê-los financeiramente para que pudessem realizar outros objetivos.

Para esses operadores, a responsabilidade pela vida do outro provocava impactos em suas subjetividades afetando até sua vida particular, mas eles também encontravam **pequenas compensações** quando conseguiam ser bem sucedidos:

“Tem horas que é bom, eu adoro atender idoso. Porque na maioria das vezes o idoso não entende as coisas direito né? Aí, quando você tem paciência, fala devagar e eles conseguem entender, eles ficam super agradecidos. Acho bonitinho” (Operador).

De modo geral, o senso de utilidade, de ajudar o próximo, amenizava um pouco a tensão do dia a dia. “*Essas pessoas precisam de ajuda*” (Operador). “*Nessas horas meu lado humano fala mais alto, são pessoas que estão precisando e se eu posso fazer, eu faço*” (Operador).

5.9 Sintomas apresentados pelos operadores do Call Center

Na pesquisa inicial, realizada com 15 operadores do Call Center do Hospital F, na época, em um universo de 18 funcionários, Pontes, Cordeiro e Silva (2006) informaram que 39% dos operadores apresentavam algum tipo de **sintoma físico** e 7% deles, além dos sintomas físicos, estavam acometidos por algum tipo de **sintoma psicológico** e todos apresentavam **sintomas relacionados a estresse**, sendo que **73%** apresentavam níveis

significativos de estresse (quase exaustão e exaustão) e os **27%** dos operadores restantes manifestavam sintomas de alerta de estresse⁴³.

Quando esses operadores foram demitidos do Hospital F e passaram a incorporar outro universo de operadores, agora em uma empresa que prestava serviços terceirizados, a AD, tudo indicava que os referidos sintomas se agravaram em decorrência das mudanças do vínculo institucional, do estilo de gerenciamento, da organização do trabalho e dos recursos tecnológicos. Essas mudanças, ocorridas, simultaneamente, em um grupo que já apresentava índices significativos de estresse, trouxeram para os operadores sobrecargas múltiplas que repercutiram em suas áreas social, emocional, cognitiva e física.

Vimos que eles tentaram acompanhar as mudanças, em princípio encarando-as como possibilidades de crescimento, mas, logo em seguida, na medida em que os problemas com a organização do trabalho foram se ampliando, sentiram como se tivessem perdido o “porto seguro”, que era o Hospital F. Algumas vezes, ao se referirem ao “tempo antigo”, era como se naquele tempo tudo estivesse bem, tranquilo, tinham amigos, o ambiente do Hospital era familiar, contradizendo os resultados encontrados por Pontes, Cordeiro e Silva (2006).

Como assim? Será que se esqueceram dos sofrimentos daquela época? Das queixas que fizeram aos pesquisadores? Não. Compreendemos que a situação anterior, realmente era difícil, mas agora, por mais que se esforçassem, não estavam conseguindo evoluir em sua atividade. A diversidade e a intensidade com que eram “bombardeados” com as novas exigências, os deixavam confusos, inertes, sem referência. “Ah! Como era bom o tempo do Hospital F!” Essa frase pode ser traduzida por: “Como piorou nossa organização de trabalho em relação ao tempo do Hospital F” e, ao pensarmos assim, nos preocupava ainda mais, porque aprendemos com Le Guillant *et al.* (2006) que as patologias nesse setor são cumulativas. Nesse caso, eles poderiam estar caminhando em direção a um quadro muito mais grave do que aquele detectado no início da pesquisa.

Ao serem obrigados a mudar novamente de empresa, os problemas se acentuaram ainda mais. Apesar de a Empresa ES ter melhorado a situação e frequência salarial, ser mais organizada e oferecer melhores condições de trabalho, o fato de ter ampliado o controle, aumentado as exigências por produção, as exigências cognitivas, especialmente ao impor uma

⁴³ Essa classificação se refere aos resultados obtidos por meio do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) (Lipp, 2000), que classifica os níveis de estresse em quatro fases: alerta, resistência, quase exaustão e exaustão, além da origem psicológica e/ou física do sintoma. Ver mais detalhes em: Lipp, M.N. & Malagris, L.N. O stress emocional e seu tratamento. In Range, B. (Org.). Psicoterapias cognitivo comportamentais. Campinas: Psy II, 2001. p.475-490.

prova de conhecimento sobre o conteúdo da atividade, ter instalado o SAC, posicionando o cliente como avaliador do trabalho realizado transformou o Call Center em um ambiente insuportável, conduzindo os operadores à demissão em massa.

Nesse contexto, começou a aumentar o número de afastamentos por motivo de adoecimentos. *“Isso aqui pira. Você tem que ter uma cabeça muito boa”* (Operador). *“Um deles, mostrou até um laudo psiquiátrico, o caso era grave”* (Operador).

Muitos operadores estavam aguardando a carência do Plano de Saúde para realizarem consultas visando à **solicitação de licença médica**. *“Quando isso acontecer (o plano for liberado) vai chover atestado”*.

Outro sintoma era o **alto turn over do setor**. Operadores insatisfeitos pediam demissão ou continuavam a trabalhar, mas procurando outro emprego.

Um operador relatou que, por causa dos erros no Saturno, tinha adquirido o **hábito de repetir** em forma de pergunta o que o beneficiário havia falado, para se certificar de que tinha entendido corretamente o pedido. Exemplo: o beneficiário disse que queria marcar uma consulta. O operador então repetia: *“A senhora gostaria de marcar uma consulta?”* E explicou: *“Comecei a me observar e achei que estava começando a adoecer porque estou com mania de falar assim com outras pessoas, fora do trabalho. Minha namorada fica muito irritada quando fico repetindo o que ela está falando”*.

Embora nem ele nem a namorada soubessem explicar o que estava acontecendo, sentiam que algo estava errado, o mundo do trabalho invadia sua vida afetiva. A namorada, se irritava e agia como se estivesse chamando o namorado para a realidade. Enfim, o uso de uma estratégia bem sucedida no contexto de trabalho e fundamental para a atividade (conferir com o outro para evitar glosas), era um desastre no contexto afetivo.

Outros sintomas sinalizadores de estresse eram o **cansaço, a fadiga intensa** que deixavam os operadores com sentimento de vazio e de desmotivação. *“Quando chego em casa, estou tão cansado e estressado, que não tenho vontade de conversar com ninguém. Meu corpo só quer dormir”* (Operador).

Muitos dos sintomas identificados por nós foram citados por Le Guillant *et al.* (2006) como:

- a) **Hiperemotividade e alterações de humor** (irritação, nervosismo, agressividade) interferindo na qualidade dos relacionamentos.

“Eu fico **nervosa** com facilidade e brigo com meu marido por motivos banais” (Operadora).

“A época da mudança de software me trouxe muitos problemas e cobranças. Eu estava mais impaciente, ansioso e agressivo e isso estava **repercutindo na minha vida pessoal**. Cheguei a faltar ao serviço e estava decidido a pedir demissão, mas uma colega de trabalho tirou isso da minha cabeça, **mas não estou aguentando**” (Operador).

“Eu não tinha tempo para respirar e fui ficando muito estressado. **Cheguei a brigar com clientes e xingar palavras**” (Operador).

“Os problemas pessoais de quem liga são negativos para mim. Eles me confundem com psicólogo, ficam chorando. Eu sou muito conselheira. Não tenho muito que fazer em alguns casos, isso é ruim. No dia da moto⁴⁴, **eu chorei**, fico imaginando se fosse o meu próprio filho. Esse trabalho é **sofrido demais**, pois escuto muito sofrimento” (Operador).

“Trabalhar com teleatendimento é **muito difícil**, só quem trabalhou sabe, eu gosto de trabalhar aqui, mas como **tem muito tempo que trabalho com isso eu fico muito estressada**. Só de ouvir a pessoa dizendo que quer marcar uma consulta já fico estressada, **quando começam a reclamar eu perco a noção**” (Operadora).

Uma operadora chegava ao serviço agitada, teclava com bastante força e frequentemente alterava o tom de voz com os clientes, aparentando estar sempre nervosa. Ela comentou que fazia tratamento com psiquiatra havia muitos anos e fez acompanhamento psicológico por 2 anos e meio. “*Interrompi porque achei que não precisava mais, mas agora retomei novamente*”. “*O que mais me deixa nervosa são os clientes reclamando na minha cabeça e os prestadores quando reclamam solicitando auditoria*”.

Outra operadora que havia trabalhado em outros *Call Centers* disse que saiu em função de uma “**crise de nervo**” (para explicar, mencionou uma crescente irritabilidade e falta de apetite que culminaram em um episódio de dor de cabeça aguda e intensa, acompanhada de vômitos, levando-a a um pronto atendimento). Ela não tinha clareza quanto à relação entre essa crise e sua atividade de trabalho. Voltou a trabalhar no *Call Center* assim que se sentiu melhor. “*A doença é minha, e não do trabalho*”.

Em outra situação, o operador (B) ficou impaciente e falava com mais vigor com o usuário, que solicitava uma autorização, aumentando o tom de voz e sendo ríspido. Os atendentes que estavam sentados ao seu lado (A e C) se espantaram com a reação de B e comentaram: “*Começou cedo*”. Em outra ligação, o atendente B também se alterou com o cliente dizendo a ele: “*Deixa eu falar, você só me escuta. (...) Então tá, pode falar rápido, mas fala alto*”.

⁴⁴ Uma criança foi atropelada por uma moto. O pai, desesperado, ligou para o *Call Center* solicitando ajuda para liberação dos procedimentos que poderiam salvar a vida do filho.

Enquanto conversávamos com um operador, percebemos uma operadora próxima a nós. Ela estava um pouco receosa de falar que estava fazendo tratamento psiquiátrico. Um colega, localizado na PA ao lado, ouvindo a conversa, também teve a mesma percepção e reagiu dizendo: *“Pode falar sô, todo mundo aqui vai ao psiquiatra mesmo”*. E continuou: *Aqui, a tendência é todo mundo **ficar louco mesmo**. Você precisa ficar repetindo a mesma coisa quando o cliente fica reclamando. Aí, ele vira e fala para você: Você é burra? Você já falou isso um monte de vezes, não é isso que eu quero saber. E o que eu posso responder, tenho de continuar respondendo a mesma coisa. **Isso estressa a gente**”*.

- b) **Hipersensibilidade ao ruído.** *“Quando saio do trabalho, geralmente com dores de cabeça, os **barulhos dos carros e as conversas me incomodam**”*. *“Gosto de chegar em casa e **ficar** durante um tempo em um **local silencioso**, sem barulho de telefone ou televisão”*.
- c) **Distúrbios do sono.** Uma operadora começou a ter insônia noturna. Foi ao clínico geral, fez exames de rotina, mas os resultados ainda não estavam prontos na data do relato. Ela informou ao clínico que trabalhava num *Call Center*. O médico disse que esse sintoma era típico de teleatendentes, mas que ele precisava aguardar os resultados dos exames para confirmar o diagnóstico. Mas, como não conseguia dormir, consultou um psiquiatra e ele lhe **receitou Rivotril**. Ela passou a tomar todos os dias.

*“É para eu conseguir dormir. Além do Rivotril eu ainda tomo outro remédio para a ansiedade, mas eu não me lembro do nome dele não. Eu tomo esses remédios **há cinco meses**, mas não está adiantando, então, resolvi procurar **uma psicóloga** no posto de saúde e, desde julho, estou indo lá. Vamos ver se eu melhoro, eu preciso dormir. Estou **cansada do trabalho em teleatendimento**. Trabalho **há 9 meses** no Hospital F. Não gosto quando nos chamam a atenção para não entrarmos em páginas da internet de assuntos diferentes do trabalho. Eu nunca vi isso em empresa nenhuma”* (Operadora).

- d) **Sintomas Psicossomáticos:** Uma queixa encontrada foi a de **dor no estômago**, mas sem confirmação diagnóstica. Uma operadora comentou que havia feito uma endoscopia, pois tinha frequentes dores no estômago, mas *“não deu nada no resultado. Eu acho que é nervosismo mesmo”*.

Outro operador relatou que, no ano anterior, teve **herpes** pelo corpo todo e teve de ficar afastado do trabalho por três dias. *“Essa doença foi de fundo emocional. A gente devia ter aqui um serviço de psicoterapia para os operadores. Tem muita gente afastada”*.

Um operador havia consultado um neurologista por estar sentindo **fortes dores de cabeça**, as quais persistiam durante quase 20 dias no mês. Fez ressonância magnética e o médico diagnosticou enxaqueca. *“O médico me passou um remédio, mas eu não me lembro do nome dele agora. A dor fica mais intensa quando estou com fome, cansado e ansioso.*

Outro operador disse sentir **dores de cabeça** havia bastante tempo, mas percebeu que se **intensificaram após ter vindo trabalhar no teleatendimento**. *“Procurei um oftalmologista porque me disseram que podia ser das vistas. E, realmente o médico me receitou óculos para usar durante o trabalho. Ele disse que os óculos vão ajudar a diminuir as dores de cabeça”.*

Uma operadora nos disse ter feito tomografia devido a fortes **dores de cabeça**. O diagnóstico foi enxaqueca. O médico informou que a iluminação, o fato de “ficar fixada” numa tela de computador por 6 horas, além do estresse, agravavam o problema. Ele depois arrematou: *“Se você quer sarar, estuda e arruma outro emprego porque se continuar no Call Center não vai melhorar não”.*

Ainda outro operador disse de forma enfática: *“Saio daqui todo dia com dor de cabeça”.*

Esses dados confirmam os estudos de Le Guillant *et al.* (2006) a respeito da etiologia e dos sintomas da síndrome da “neurose das telefonistas” no que se refere ao processo cumulativo dessa síndrome, no qual o organismo do trabalhador bem como o sujeito como um todo não conseguem se desvencilhar dos danos causados pelo trabalho. Após um afastamento, sendo “retomado o trabalho”, os sintomas também reaparecem.

Enfim, fosse sob a gestão da Empresa AD, fosse sob a gestão da Empresa ES, vários sintomas identificados, coincidem com os citados por Le Guillant *et al.* (2006) isto é **alterações de humor e caráter, hipersensibilidade aos ruídos** de maneira geral, **distúrbios no sono e manifestações somáticas**.

Além desses sintomas, acrescentamos o uso funcional e disfuncional de drogas “lícitas” (Lima M., 2010) e sintomas físicos. Para Lima M. (2010), as drogas lícitas ou ilícitas podem ser usadas como "ferramentas" de trabalho no sentido de possibilitar uma melhora nos sintomas, possibilitando ao trabalhador executar suas atividades, sendo, portanto reforçado seu uso funcional no ambiente laboral.

Era o caso de muitos operadores, que tomavam várias “drogas lícitas”, como remédios para dores, antidepressivos, relaxantes musculares, para que pudessem continuar trabalhando sem dores. Dados os efeitos dessas substâncias, o trabalhador passava a utilizá-las com maior frequência, o que poderia ser-lhe prejudicial a longo prazo ou mesmo comprometer seu desempenho profissional. Constatamos que a maioria dos operadores usava um tipo qualquer de droga para obter certo alívio do estresse do trabalho ou para suportar as dores. “*Tomo remédio para aguentar a pressão do trabalho e ao mesmo tempo as dores nas mãos, dedos e punhos*” (Operador).

Assim, embora não fosse possível afirmar que a causa dos afastamentos tivessem relação com o excesso de medicamentos, podemos afirmar que essas “drogas” passaram a fazer parte dos recursos utilizados por esses trabalhadores para sustentá-los em seu trabalho.

Sintomas físicos: Uma operadora nos informou que consultou um ortopedista porque estava com **dores nas mãos, dedos e punhos**. “*Eles costumam inchar e ficar bastante doloridos, sinto dor quando carrego objetos e quando digito*”.

Outra operadora estava em pé atendendo os telefonemas. Perguntamos a razão disso e ela nos disse que não estava se sentindo muito bem e que **ficar em pé aliviava-lhe as dores na coluna**.

Uma operadora reclamou: “*Há um mês, reapareceram minhas dores nos ombros. O meu braço direito dói muito e perde a força*”. As dores nos ombros apareceram pela primeira vez quando trabalhava em outro *Call Center*. Na época, o médico diagnosticou um cisto no punho direito, que não exigia ato cirúrgico. Ela fez fisioterapia, mas as dores só desapareceram no período em que ficou sem trabalhar, **afastada do Call Center por dois anos**, os sintomas desapareceram. **Voltou a trabalhar e as dores voltaram**.

Assim, seja por meio de sintomas já identificados por Le Guillant *et al.* (2006), seja pelos novos sintomas surgidos a partir das inovações tecnológicas introduzidas no setor (Lima, M., 2000), o grupo de operadores do Call Center do Hospital F revelou um padrão de desgaste importante e, em todo caso, bem incomum em uma população tão jovem. Esses achados confirmaram, de uma forma mais contundente, o primeiro estudo realizado no setor.

5.10 Discussão dos resultados do *Call Center*

De modo geral, esse campo nos mostrou que, quanto às condições de trabalho duas queixas maiores foram encontradas: a) o sentido da ventilação do ar condicionado que

determinava uma temperatura abaixo do nível ideal, gerando reclamações dos operadores pelo desconforto provocado pela temperatura ambiente; b) o excesso de ruído nos turnos da manhã e da tarde decorrente do próprio atendimento ao usuário e das solicitações constantes de informações junto à supervisão ou aos colegas, além das dificuldades com o Saturno.

Quanto à organização do trabalho, foram detectados fatores patogênicos significativos que, pareciam decisivos no comprometimento da saúde dos operadores, conforme descrito a seguir.

Para acompanhar as demandas, para permanecer no mercado, concorrendo com outras empresas, o setor de *Call Center* do Hospital F, em menos de dois anos, realizou três mudanças vitais: a saída da sua sede, a terceirização de seus serviços e a inserção de tecnologias mediadas pela informática – a telemática. Essas mudanças provocaram alterações na organização do trabalho, como o aumento da pressão, a exigência de maior esforço de atenção e a exigência de novas competências envolvendo processos cognitivos complexos para lidar com atividades sobrepostas em um mesmo tempo cronológico.

Os operadores foram também impactados por um aumento de controle de gestão na passagem do Hospital F para a Empresa AD e, aumento maior ainda, quando foram contratados pela Empresa ES, como ocorreu com a escuta sistemática das ligações, a obrigação de assinarem as folhas relativas aos comunicados, as trocas de turnos, a maior rigidez com relação a horários, descontos de faltas e atrasos no salário e o *lay out* das PAs separado por divisórias, o que favorecia o isolamento e dificultava toda forma de comunicação entre os pares.

Para Venco (2006, p.10), esse tipo de controle pode levar à “precarização das relações de trabalho, propicia a intensificação do trabalho e a individualização dos comportamentos, neutralizando a mobilização coletiva e generalizando ‘o silêncio’ e o ‘cada um por si’” (Venco, 2006, p.10).

Acrescentem-se ainda aos tipos de controle, a repetição e a prescrição de normas, “baseadas em pressupostos segundo os quais o cliente teria um raciocínio linear”, (Sznelwar, Abrahão, & Mascia, 2006, p.104), determinando o controle dos scripts, que, segundo a gerência, tinham como objetivo nivelar a linguagem para garantir o cumprimento das metas de produtividade e qualidade. Mas, para os operadores, essa rigidez os deixava “robotizados”, dificultando a relação com o cliente (Calderon, 2005), principalmente quando tinham de atender o mesmo cliente várias vezes no turno, não havendo espaço para as articulações

necessárias, para lidar com as variáveis de cada situação, o que provocava nos operadores sentimentos de irritação, impotência, descrença em relação à gerência e, sobretudo, a impressão de não estarem realizando um bom atendimento.

Assim, “para bem atender, era preciso transgredir” (Abrahão & Torres, 2004, pp. 74-75). Os operadores recorriam, então, a estratégias, como começar atendendo de acordo com o script, fugindo dele durante o atendimento e voltando a ele para finalizá-lo. Além disso, conversavam com os colegas para tirarem dúvidas; mas essas estratégias acabaram sendo impedidas pelas filmagens realizadas por meio de câmeras distribuídas de maneira estratégica no local para monitorar o ambiente de operações. Essas filmagens permitiam à supervisão acompanhar em tempo real as atividades. As filmagens eram armazenadas e utilizadas nas conversas de *feedbacks* e avaliação de desempenho, tornando-se mais uma fonte de sofrimento para o operador que se sentia invadido, constrangido em sua liberdade de expressão, além de contrariar o prescrito na NR 17.

Em contrapartida, os recursos oferecidos aos operadores para eles lidarem com as variáveis patogênicas do trabalho, decorrentes do excesso de controle e exigências, eram insuficientes como, por exemplo: a capacitação, por meio de treinamentos basicamente teóricos e rápidos denominados pela chefia de “treinamentos relâmpagos”, era inadequada; e os treinamentos ditos práticos, como, por exemplo, o clássico “treinamento carrapato”, eram feitos em um único dia, ou máximo, dois, com o objetivo de o operador novato apenas visualizar e conhecer os itens dos *softwares* na tela.

Clot (2010, p.147) reforça que a “experiência profissional não deve apenas ser reconhecida, mas deve ser transformada” e que, “a transmissão da experiência, quando se realiza efetivamente, confere uma história possível a essa experiência, ampliando seu poder de ação ao conseguir servir-se de sua experiência, para fazer outras experiências”. No caso desses operadores, a transmissão da experiência anterior, do operador mais experiente, que poderia minimizar os impedimentos da atividade, praticamente não era compartilhada com os “novatos” e, assim, o movimento de transformação de experiências em outras experiências ficava em suspenso.

E ainda, a ginástica laboral não era uma demanda dos operadores, nem “compatibilizada com as exigências do trabalho” (Soares, Assunção, & Lima F. 2006, p.159)

e, portanto, representava mais um dos momentos de constrangimento, em que as atividades eram interrompidas e geravam mais filas nos atendimentos⁴⁵.

Tudo isso, reduziu cada vez mais a possibilidade de se constituir no *Call Center* um verdadeiro coletivo de trabalho. Isto porque, além dessas mudanças, a gerência cerceava a criatividade dos atendentes, não escutava as sugestões deles, fazia o rodízio de lugares para evitar comunicação entre eles, conseqüentemente afastando e dificultando a possibilidade das trocas socioprofissionais e as soluções fecundas que delas poderiam surgir.

Esses controles, considerados ferramentas de gestão pela gerência, eram considerados excessivos pelos operadores, além de se constituírem em “fatores nocivos determinados pela organização do trabalho” (Assunção, Marinho-Silva, Vilela, & Guthier, 2006; Le Guillant *et al.*, 2006).

Assim, a forma de organização e o modo de gestão do *Call Center* criavam “injunções paradoxais” (Sznelwar, Abrahão, & Mascia, 2006, p.99) na medida em que impediam as relações com o usuário e, sobretudo, a manifestação de qualquer tipo de envolvimento, como, por exemplo, no caso que uma beneficiária se despediu da operadora dizendo: “*Deus te ajude!*” E a operadora foi repreendida por ter respondido espontaneamente “*Amém!*”.

A gerência, ao cercear esses tipos de “expressões necessárias à interação, inerente ao processo de comunicação humana”, dificultava a “relação de serviço, pois o diálogo com o cliente não era favorecido” (Sznelwar, Abrahão, & Mascia, 2006, p.99), indo em direção contrária à própria “natureza do trabalho que diz respeito à interação usuário-teleatendente” (Jackson Filho & Assunção, 2006, p.4).

Sznelwar, Abrahão e Mascia (2006, p.99) ressaltam essa contradição entre o discurso da gestão quando diz que “o relacionamento com o cliente é a chave para a atividade” e os comportamentos de controles, contradizem a importância do estabelecimento de uma relação intersubjetiva e, até, provocam uma “certa *desumanização* das relações de serviço, visto que o trabalho do atendente deve ser o mais próximo possível de algo, de um objeto passível de reprodução e de controle”.

⁴⁵ Excetuando o fato de que, os momentos da ginástica laboral, para alguns operadores, serviam para desviar a atenção e a tensão da atividade, porque achavam engraçado, podiam falar e brincar com o colega. No entanto, não encontramos dados que pudessem comprovar os efeitos da ginástica laboral como recurso de prevenção de doenças relacionadas ao trabalho. Esse resultado coincide com os de Soares, Assunção e Lima F. (2006).

Ficava evidente que aqueles operadores queriam trabalhar, produzir, agir, e que os processos de controle inerentes a esse tipo de organização do trabalho impediam sua atividade, além de dificultar as formas de regulação que eles próprios desenvolviam. Nesse contexto, citamos os termos de Sznelwar, Abrahão e Mascia (2006, p.102): “da maneira como foi concebido o trabalho, não havia espaço para o reconhecimento do papel mediador do atendente”. Era como se os trabalhadores não fizessem parte do processo. Esse excesso de prescrição, não era nada favorável ao alcance dos resultados almejados pela própria empresa.

Acrescentamos a todos esses entraves para a realização da atividade o fato de os operadores antigos não terem tido tempo hábil para se adaptarem, aprenderem e desenvolverem as novas competências exigidas para o uso do Saturno. Encontramos, na pesquisa realizada por Sznelwar, Abrahão e Mascia (2006, p.107), situações idênticas, relacionadas ao fato de não serem consideradas de maneira adequada, a “racionalidade técnica representada por sistemas operacionais de difícil utilização e compreensão” e a “racionalidade do cliente e a do operador”, sendo que, “a racionalidade do operador deve ser modelada nesse papel de mediador entre o sistema e o cliente”. Os autores ressaltam ainda, a possibilidade das contradições entre a racionalidade técnica e a racionalidade do cliente. Diante dessa possibilidade, “os atendentes se encontram, então, em uma situação paradoxal e, mesmo sabendo que o cliente tem razão, ele é obrigado a seguir o determinado pela empresa”. [...] “Isso impõe aos atendentes o uso de várias habilidades, como a rapidez de raciocínio e a flexibilidade para procurar seguir o prescrito e ao mesmo tempo atender de maneira adequada os clientes” (Sznelwar, Abrahão & Mascia, 2006, p.105).

Foi o que aconteceu no *Call Center* do Hospital F, onde quem idealizou e colocou em prática o sistema operacional não escutou quem iria operacionalizar o sistema. E, mais, desconsiderou o fato de que a “racionalidade do operador devia ser *modelada* no papel de mediador entre o sistema e o cliente”, como parte da natureza de sua atividade, ou seja, ele, o operador, era quem iria lidar diretamente com o cliente. (Sznelwar, Abrahão, & Mascia, 2006, pp.100-101).

Como consequência disso, quando o sistema ficava lento, inoperante, era o operador quem “acalmava o cliente”, lidava com a irritação e o mau humor de outros, gerenciava os problemas decorrentes da longa fila de espera. (Sznelwar, Abrahão, & Mascia, 2006,). Para dar conta dessa defasagem entre o prescrito e o real, esses trabalhadores, apesar da dificuldade de assimilarem o novo estilo de gestão, de não saberem lidar com os recursos da telemática, tentavam numa espécie de ensaio e erro, mudar sua forma de trabalhar, ajudando os colegas

novatos e criando novas práticas e repassando-as uns para os outros, num esforço coletivo de minimizar os problemas para os usuários. “*Eles reclamam, mas eles (os clientes) têm razão*”, diziam os operadores.

Para isso, os operadores criaram um banco de dados, planilhas, listas, recursos paralelos ao do sistema de informática para terem a resposta mais rápida nas pesquisas de dados; instruíam os beneficiários sobre como registrar os dados para no caso de a ligação cair auxiliá-los numa outra ligação. Tudo indicava que, confrontado com essa situação, não restava ao operador outra saída senão “elaborar estratégias operatórias para tentar minimizar as dificuldades encontradas na execução das tarefas, procurando manter a qualidade e produtividade” (Sznelwar, Abrahão, & Mascia, 2006, p.99; Abrahão & Torres, 2004; Gubert, 2001), mas, ao fazê-lo, imprimia sua marca no trabalho, num esforço para continuar vendo sentido no que fazia.

Além disso, o operador ainda tinha de se haver com “sistemas operacionais diversos, construídos a partir de linguagens diferentes” (Sznelwar, Abrahão, & Mascia, 2006, p.103). Os operadores diziam: “*O SPS não conversa com o Saturno*”. “*O Saturno não entende e não processa os dados que estavam lançados no SPS*”. Diante disso, eles criavam estratégias para “dar tempo aos sistemas de resolverem seus conflitos” e, enquanto isso, aumentava a pressão dos beneficiários e prestadores sobre eles.

Acrescentem-se a tudo isso as interrupções frequentes por parte da gerência para informar alterações do prescrito nos procedimentos e/ou processos. Para Leal (2008), a interrupção do fluxo da atividade exige um esforço consciente de atenção sobre a tarefa, gerando uma perturbação que pode conduzir a erros. Assim, a realização de duas tarefas simultâneas, de natureza diferente e complexa (como é o caso em que os operadores têm de escutar o cliente, responder as suas demandas e, ao mesmo tempo, ouvir a informação passada pela supervisora), envolve o fenômeno da atenção dividida conforme foi explicitado na teoria dos recursos da atenção de Sternberg (2000). A ideia é a de que as pessoas têm uma quantidade fixa de atenção, que decidem distribuir de acordo com o que a tarefa exige.

Segundo Leal (2008, pp.42-47), quando as tarefas “competidoras” – aquelas que simultaneamente estão disputando a atenção do foco da consciência – são de modalidades diferentes, os indivíduos conseguem dividir melhor a atenção, sem perderem o foco da consciência; mas o foco pode ser prejudicado quando as tarefas “competidoras” são semelhantes ou da mesma natureza. Exemplo: o operador consegue ouvir o beneficiário, digitar e falar simultaneamente, porque as três tarefas possuem modalidades diferentes; mas,

quando tem de ouvir simultaneamente a informação passada pela supervisora e o beneficiário e, ainda, dizer “*um momento, por favor*”, sua atenção é dividida entre as palavras da supervisora ou do beneficiário devido à competição que se estabelece entre elas, pois ambas são tarefas verbais, ou seja, da mesma modalidade. Nesses momentos, os focos da atenção, a partir de uma mesma modalidade, competem entre si e comprometem a capacidade de fixação do conteúdo do que está sendo informado.

Isso, porque o operador precisava, com a atenção dividida, manter, simultânea e temporariamente, a informação passada, retê-la em suspensão, voltar a atender o cliente e depois retomar a informação para poder processá-la e interpretá-la. Sem o tratamento adequado da informação e sem a atribuição de significado à ela, ou seja, sem a interpretação apropriada, ele não conseguia dar sentido ao registro inicial da informação sensorial, dificultando sua rememoração posteriormente.

Por outro lado, se a mudança para a empresa ES melhorou as condições de trabalho na busca de aumentar a agilidade do atendimento, uma vez que a nova gerência se preocupava em colocar água para minimizar os danos com a voz, incentivava e alertava a troca frequente de ouvido no qual o som do aparelho era incorporado, controlava constantemente a regulação do volume desse som para evitar lesões no aparelho auditivo, incentivava os exercícios laborais na tentativa de prevenir as lesões por esforços repetitivos e por postura, ela também acirrou os mecanismos de controle.

Assim, podíamos ver um local físico bem mais adequado, organizado, enfeitado, aparentemente alegre, festivo, mas que, do ponto de vista da organização do trabalho, parecia ter piorado. A atividade parecia ficar cada vez mais fragmentada e esvaziada de sentido, o que ocasionava do ponto de vista operacional, aumento de retrabalho, reforçando a tese de Abrahão e Torres (2004, p.75-76) quando dizem que “um rígido código de conduta limita a elaboração de respostas criativas dos operadores”. Diante desse paradoxo organizacional, como não adoecer?

As expressões de sofrimento estavam nas falas dos operadores. Os antigos sofriam porque viam seus “*planos e história de vida na empresa sendo demolidos*” (Operador). Eles queriam sair, mas ao mesmo tempo, tentavam defender o Hospital F com o qual tinham desenvolvido uma relação de afeto e gratidão. Como consequência, percebemos as diversas maneiras de lidar com as novas frustrações, fosse por meio da criação de estratégias para driblar os fatores estressantes e adoecedores do trabalho, fosse construindo sintomas.

Quando um coletivo profissional já não consegue executar o trabalho de organização, que é a única maneira de preencher o fosso entre a organização oficial do trabalho e a vida, a desregulação da ação individual nunca está muito longe; além disso, os contragolpes psicológicos dessa anemia simbólica, raramente, se fazem esperar (CLOT, 2010, p.89).

Em decorrência disso, vimos aumentar as queixas e problemas relativos à saúde ou comportamentos que sinalizavam, no mínimo, um mal-estar com a atividade como nos casos de afastamento do serviço, pedidos de demissão (aumentando a rotatividade do setor), manifestação de cansaço. As queixas mais frequentes eram: fadiga intensa, estresse, dores físicas (mãos, dedos, punhos), hiperemotividade (irritação, nervosismo, agressividade, distúrbios na relação interpessoal), alterações de humor, hipersensibilidade ao ruído, distúrbios do sono e manifestações somáticas (dor de estômago, dores de cabeça, herpes). Esses problemas vieram acompanhados de muitos conflitos internos, desconfianças, inseguranças, sentimentos de perseguição, de injustiças e de menosvalia.

Vimos os antigos operadores perdendo, pouco a pouco, seus empregos e surgindo uma nova geração na empresa, com melhor currículo (estudantes universitários), que buscava um emprego temporário, com fim exclusivamente financeiro, visando a realizar outros objetivos, e que, atendia mais prontamente às exigências da chefia. O trabalho de *Call Center* para essa nova geração, significava o primeiro emprego ou apenas um *Call Center* a mais.

Ficou evidente que as mudanças introduzidas no teleatendimento do Hospital F, em relação ao perfil dos serviços clássicos de atendimento telefônico, modificaram não só as relações de trabalho mas também ampliaram as exigências necessárias para a realização da atividade, alterando também o perfil do operador. Todos esses fatores contribuíram para distanciar cada vez mais a possibilidade de atendimento às reivindicações dos antigos operadores junto à gerência, culminando na demissão de grande parte deles. Apesar disso, mesmo demitidos, voltaram ao setor para ajudar os novatos, por “*amor ao Hospital F*”.

Toda a situação vivida pelo setor, parece ter afetado a própria equipe de pesquisadores. Quando chegávamos ao *Call Center*, principalmente quando se mudava de um semestre para o outro, não sabíamos o que iríamos encontrar, se poderíamos continuar ou não, se havia mudado a chefia, se os trabalhadores seriam os mesmos. Durante as reuniões de supervisão era comum falarmos da desmotivação em relação a esse campo, da repetitividade do trabalho, do nosso sentimento de “impotência” diante dos graves problemas com os quais nos defrontávamos.

Chegamos mesmo a levantar a hipótese de que esses afetos eram suscitados pela vivência dos próprios operadores que, de certa forma, nos “contaminavam” com aquilo que sentiam no seu cotidiano de trabalho. As supervisões foram fundamentais para tomarmos a distância necessária e transformar esses sentimentos, vendo melhor a riqueza de dados que o campo nos mostrava.

E, para nós, ficou a marca desse sentimento, carregado de significado simbólico, revelado pelos antigos trabalhadores e ressignificados pelos novatos que adoeceram ao retornar ao trabalho. Essa marca confirma a tese de que os fatores potencialmente patogênicos da atividade estão predominantemente na organização do trabalho e não nas condições de trabalho, conforme pretendemos argumentar nas conclusões desta tese.

PARTE IV – A TANATOPRAXIA E NECROMAQUIAGEM

Neste capítulo, abordaremos o trabalho de pesquisa realizado por nossa equipe no setor de Tanatopraxia do Hospital F.

VI CAPÍTULO - CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O SETOR DE TANATOPRAXIA

Talvez tenha sido Ramazzini (2000) quem fez a abordagem mais remota da atividade dos trabalhadores que lidavam com os mortos e suas consequências para a sua saúde.

Ao falar da “doença dos coveiros”, Ramazzini (2000) descreveu como eram realizadas as atividades de “pompas fúnebres” ao mesmo tempo em que alertou os leitores para os riscos de morte para os trabalhadores que realizavam tais atividades, em razão da contaminação pelo ar proveniente da putrefação dos cadáveres.

O autor ressaltou que, antes de 1700, os corpos eram lavados, untados, cremados e suas cinzas eram guardadas em urnas, mas, a partir dessa época, os corpos passaram a ser levados aos templos ou aos cemitérios, onde eram sepultados por coveiros. Ao falar de sua experiência na Itália ele disse que as famílias possuíam tumbas “nas mais nobres igrejas”, mas

a plebe, nas suas paróquias, põe seus mortos amontoados em promiscuidade, dentro de grandes sepulcros; quando os coveiros descem a esses antros fétidos, cheios de cadáveres semipútridos, para depositarem outros mortos que trazem, expõem-se a perigosas doenças, como febres malignas, morte repentina, caquexia⁴⁶, hidropisias⁴⁷, catarros sufocantes, e outras doenças mais, muito graves; apresentam face cadavérica e aspecto amarelado, como quem vai trabalhar no Inferno (Ramazzini, 2000, p.101).

Ramazzini (2000, p.102) acrescentou: “Não vi um coveiro chegar à velhice” porque uma das atividades desses trabalhadores era levar o corpo para o lado de dentro do sepulcro, e, enquanto descia à cova, respirava “uma atmosfera pestilenta”.

⁴⁶ A caquexia é um tipo de desnutrição aguda que leva ao emagrecimento repentino, perda de massa muscular, fraqueza, cansaço em indivíduos que não estão fazendo nenhuma dieta. Este súbito emagrecimento geralmente é causado por alguma doença infecciosa, distúrbios, intoxicação ou doença degenerativa. Muitas vezes, devido ao seu baixo peso, o indivíduo é descrito como caquético. <http://www.tuasaude.com/caquexia/>

⁴⁷ **Hidropisia**, do latim, *hydropisis*, e da língua grega: *hýdrops* (*ὑδρωσις*, de *ὑδωρ* = “água”), é a acumulação anormal de fluido nas cavidades naturais do corpo ou no tecido celular. O termo pode ser usado como sinônimo de edema. Historicamente, hidropisia, como doença, designava a causa principal dos edemas generalizados, a saber, a insuficiência cardíaca congestiva. Diz-se “hidrópico” o indivíduo que sofre da doença. A hidropisia é causada por distúrbios na circulação do sangue. A hidropisia pode ter uma distribuição generalizada, ocorrendo em quase todas as partes do corpo, ou pode ser local, isto é, apresentar-se em uma parte apenas do corpo. À hidropisia geral dá-se o nome de **anasarca**. A hidropisia é mais comum no abdome, no peito, no encéfalo, nos rins, nas pernas e em torno dos olhos. Pode ser reconhecida pela formação de pequenas depressões que persistem quando se faz pressão sobre a parte afetada. <http://pt.wikipedia.org/wiki/Hidropisia>

Segundo o autor, em decorrência das possibilidades de doenças e morte, as tarefas de embalsamadores, carregadores e cremadores de cadáveres eram realizadas pelos “homens da mais vil plebe” (Ramazzini, 2000, p.101) ou, antes deles, pelos “escravos públicos, com as cabeças meio raspadas, ‘chamados inscritos’” (Ramazzini, 2000, p.102).

Ramazzini (2000) e Ariès (1981) citam que, na antiguidade e nos primitivos anos da Religião Cristã, os corpos eram depositados em sarcófagos abertos, envoltos em um lençol (sudário), sendo que “nos templos só se enterravam os corpos dos mártires” (Ramazzini, 2000, p.102).

Ariès (1981) comenta que na tradição pagã, antes do Cristianismo, era comum o ato de depositar objetos junto com o corpo, dentro dos sarcófagos (feitos de cobre na forma de cofres para transportar os mortos). Essas oferendas eram levadas aos mortos para impedi-los de voltar à casa dos vivos. A tradição judaica desconhecia este ato e o cristianismo o aboliu.

A partir do século XII, a vigília, o luto e o cortejo passaram a ser função da igreja. A vigília era realizada com a exposição do corpo por um tempo na porta da casa. Depois de um tempo, as pessoas em forma de cortejo, levavam o corpo com o rosto descoberto e deixado à mostra no local de inumação. O rito era celebrado com água benta. Terminada a cerimônia, o corpo era descido ao fundo do sarcófago e este era coberto com pedras e/ou terra. Jogava-se novamente água benta sobre o túmulo.

Ainda segundo Ariès (1981), no século XIII, os sarcófagos começaram a ser substituídos pelos ataúdes de chumbo e em seguida por ataúdes de madeira e passaram a ser chamados de caixão, mas mantinham as funções de transportar o corpo envolvido em um pano e no momento do enterro eram retirados e depositados em uma fossa. Só os mais ricos eram enterrados dentro de um caixão.

No século XVIII, era comum depositar o corpo sobre cinzas ou palha por algum tempo e/ou lavar o corpo em um lavatório “de 6 a 7 pés, cavado cerca de 7 ou 8 polegadas de profundidade, com um travesseiro de pedra formando uma peça só com a bacia e um orifício do lado dos pés, por onde se escoava a água depois de lavar o morto” (Ariès, 1981, p.173).

Com o tempo, os corpos (independentemente da condição econômica e/ou social) passaram a ser enterrados juntamente com os caixões. E a prática de expor o rosto ou a parte superior do corpo do morto no caixão se tornou comum, exceto nos casos de traumatismos ou deformações graves. Ainda persiste, em muitos ritos fúnebres, o costume de expor uma

imagem do morto sobre o túmulo, principalmente nos cemitérios que possuem túmulos de família considerados como memorial do histórico desta família.

O momento de despedida do corpo, fosse em forma de descida do sarcófago, fosse em forma de cortejo e sepultamento, sempre foi considerado como a parte mais solene das pompas fúnebres. Hoje, no século XXI, principalmente, nas grandes cidades, em função do tempo de disponibilidade das pessoas e das dificuldades de realização de cortejos, em muitos funerais, a descida do sarcófago retomou seu lugar de momento mais solene.

Por outro lado, a maneira como os povos tratam seus mortos, os lugares determinados socialmente para o sepulcro, a concepção de durabilidade ou não, as diversidades das religiões e o aprimoramento das tecnologias e ciências contribuíram para que o homem fosse lentamente se afastando do contato direto com o morto.

As homenagens passaram a ser feitas por monges e padres, as lamentações foram substituídas pela leitura de ofícios religiosos.

Uma dor demasiadamente visível não inspira pena, mas repugnância; é um sinal de perturbação mental ou de má educação, é mórbida. Dentro do círculo familiar ainda se hesita em desabafar, com o medo de impressionar as crianças. Só se tem o direito de chorar quando ninguém vê ou escuta: o luto solitário e envergonhado é o único recurso (Ariès, 1981, p.87).

Ao final do século XX, quase não se admitia que a pessoa morresse em casa, na presença da família e dos amigos. As crianças eram mantidas longe do fato, como se a morte não existisse. As pessoas passaram a morrer sozinhas nos hospitais ou em Centros de Tratamentos Intensivos.

A morte recuou e deixou a casa pelo hospital; está ausente do mundo familiar de cada dia. O homem de hoje, não a vê com muita frequência e muito de perto, esqueceu-a; ela se tornou selvagem e, apesar do aparato científico que a reveste, o perturba mais o hospital, lugar de razão e técnica, que o quarto da casa, lugar dos hábitos da vida quotidiana (Ariès, 1981, p.293).

Para Ariès (1981), esse afastamento pode ser explicado de modo geral pela inserção de tecnologias e discursos higienistas que afirmam que os hospitais são lugares seguros para nascer e para morrer (questão de saúde pública). Neste sentido, os médicos encaram a morte como uma derrota e usam de todos os recursos disponíveis da ciência para manter a pessoa viva a qualquer custo. A morte precisa ser vencida porque ela é sinal de fraqueza, incompetência, falta de controle, aos olhos de quem a vê, de quem a presencia.

Ousar falar de morte, admiti-la nas relações sociais já não é como antigamente permanecer no quotidiano, é provocar uma situação excepcional,

exorbitante e sempre dramática. Antigamente, a morte era uma figura familiar, e os moralistas deviam torná-la horrenda para amedrontar. Hoje, basta apenas enunciá-la para provocar uma tensão emocional incompatível com a regularidade da vida cotidiana (Ariès, 1981, pp.241-242).

Os serviços de tanatopraxia e necromaquiagem encontraram espaço para se desenvolver nesse momento histórico, social e de evoluções tecnológicas, partindo do pressuposto de que “não se vende bem o que não tem valor por ser demasiado familiar e comum” (Ariès, 1981), isto é, não se podiam “vender” pompas fúnebres quando os atos de velar, cuidar e enterrar representavam um valor comum e familiar para um determinado grupo social.

Se a Tanatopraxia fosse implantada em outro momento, talvez tivesse sido recusada, acusada de práticas maléficas. Mas o afastamento das situações de morte fez com que o homem, ao se afastar, temesse o que desconhece (Ariès, 1981). Nesse contexto, ter alguém para cuidar e zelar do corpo morto é reconfortante, “higiênico” e minimiza sofrimentos.

Assim, com o passar dos tempos, a explicitação ostensiva do luto foi sendo gradativamente eliminada ora “como recusa em admitir a morte” ora “como um sentimento de resignação ora como um “signo dramático à maneira romântica” (Ariès,1981, p.95) e fomos vendo surgir um comércio no qual a morte se torna objeto de lucro.

Apresentaremos, a seguir, um pouco das origens e desenvolvimento da tanatopraxia até tornar-se uma profissão regulamentada e socialmente aceita.

6.1 Introdução

A prática de embalsamamento é antiga. Uma pesquisa realizada por Boneto (2011, p.61) encontrou o registro de uma múmia egípcia, apelidada de "Ginger", no ano 3.300 A.C. Os egípcios, visando à proteção da beleza e à preservação do corpo de personalidades de destaque, como faraós e sacerdotes de alto grau, “introduziam bálsamos” em seus cadáveres para restituir ao corpo o seu “vigor” (senefer), na crença de que o “espírito do morto” poderia ter um lugar no qual pudesse viver (Bonneto, 2011).

Da introdução de bálsamos surgiram então, as primeiras práticas de “embalsamamento” na forma conhecida como múmia. Primeiramente, o corpo era limpo, desinfetado e perfumado. Em seguida, retiravam-lhe as suas vísceras, exceto coração e rins, as quais eram lavadas, embrulhadas e colocadas em recipientes, “vasos cânopos”, que continham vinho de palmeira e outras substâncias assépticas.

Depois, o corpo era novamente lavado e suas cavidades abdominal e torácica eram preenchidas com azeites, resina, cera fundida e outros conteúdos antissépticos. As vísceras então eram recolocadas no corpo. Finalizados esses procedimentos, o corpo ficava submerso, por 70 dias, em uma substância com carbonato e sulfato de cálcio. Após esse tempo, era retirado da submersão e envolvido por bandagens de linho embebidas em azeite, goma e substâncias com poder antibacteriano (Bonneto, 2011, p.61).

Na Europa e nos Estados Unidos, o embalsamamento foi praticamente desconhecido até o século XVIII, ganhando reconhecimento e destaque depois da Guerra Civil Americana (1861-1865), durante a qual Dr. Thomas Holmes (1818-1900), considerado o pai do embalsamamento moderno, criou uma técnica para embalsamar os corpos dos soldados mortos (na época, quatro mil e vinte e oito), de modo que eles pudessem suportar o tempo das viagens até suas famílias. A divulgação do uso das técnicas de embalsamamento em períodos de guerra incentivou o seu desenvolvimento e conseqüentemente sua aplicação em casos, por exemplo, de autópsias em que se exigia a identificação da causa da morte.

Quanto às autópsias realizadas para fins forenses, ressaltamos aquela realizada no corpo do Imperador romano Júlio Cesar (44 a.C.), assassinado por um grupo de senadores com 23 facadas no tórax. A autópsia revelou que as facadas que atingiram o tórax foram responsáveis pela morte do imperador. Esta parece ser uma das primeiras descrições forenses registradas em livro (Bonneto, 2011, p.60).

Desde 1226, a literatura destaca os relatos ligados à autopsia com fins forenses. Citam-se: o livro “*A Collection of Vindicated Cases*”, de origem chinesa (1250), as produções realizadas entre os anos de 1266 e 1302, na Universidade de Bologna; as pesquisas de Antonio Benivieni (1440-1502) e Ambroise Paré (1510-1590), autor do livro “*La Méthode de traicter les playes faites par les arquebuses et autres bastons à feu*” publicado em 1545 (Liceé Ambrois Paré, 2012).

Outro sentido dado às autópsias diz respeito à prevenção de doenças. Esse foi o caso de Napoleão Bonaparte (1769-1821), que, pressentindo que já iria morrer, solicitou ao seu médico, Francesco Antommarchi, que após sua morte realizasse uma autopsia em seu corpo e que os resultados fossem comunicados de maneira pormenorizada ao seu filho. Solicitou também que o médico indicasse ao filho quais remédios ou modo de vida ele teria de buscar para evitar sofrimentos. Segundo Napoleão Bonaparte, o filho apresentava sintomas muito parecidos com os dele. Sua solicitação foi atendida e a autópsia revelou um câncer gástrico (Bonneto, 2011).

Esses trabalhos e constatações da utilidade da autópsia contribuíram sobremaneira para o estabelecimento de princípios da investigação médico-legal moderna e da Tanatopraxia expressos nos Códigos de Bamberg (1507), de Caroline (1532), de Theresian (1769), no Decreto Austríaco de 1855 e no “*Code of Public Law*” (1860) dos Estados Unidos. O código de 1860 é o responsável pela formalização da presença de um médico legista (um “*coroner*”, denominação que teve origem na Inglaterra, na Idade Média, onde três cavaleiros - os “*crowners*”- eram eleitos, em nome da coroa, para verificar as causas de uma morte natural) no momento da autópsia.

Cada vez mais, nos centros acadêmicos de medicina da Europa e dos Estados Unidos, eram fundados departamentos de Patologia. As autópsias se tornaram mais frequentes e pôde-se constatar, no século XIX, um refinamento das técnicas de embalsamamento e uma exploração sobre as condições estéticas que descreviam como deveriam ficar os cadáveres, ou seja, “como se estivessem dormindo”. Essas descobertas passaram a ser divulgadas por meio de publicação em manuais.

Finalmente, no século XX, a atividade de patologista forense foi reconhecida como especialidade profissional e se desenvolveu nos Estados Unidos de maneira diversa da especialidade em anatomopatologia clínica (Bonneto, 2011, p.61).

Em 1992, foi criada a *Cincinnati School of Embalming*, em Ohio, especializada na arte de embalsamar, considerada como a pioneira nos Estados Unidos, sob a coordenação do Dr. C.M. Lukins, da *Pulte Medical College*. E, após uma moção da *Funeral Directors National Association of the United States* (NFDA), foi criado o cargo de “Diretor Funerário”, entre os empresários do ramo funerário.

Enfim, a origem da Tanatopraxia (enquanto processo de legalização profissional) está relacionada à história da autópsia e seus fins médicos, acadêmicos e forenses (Bonetto, 2011, pp.58-61). Hoje, a Tanatopraxia é uma técnica científica padronizada, bem aceita pela sociedade em geral e obrigatória quando da necessidade de translados de corpos por meio de transportes aéreos, marítimos ou terrestres (Fiuza, 2012). E, cada vez mais, essa profissão é divulgada nos meios midiáticos, conforme já foi dito. É o caso, por exemplo, da preparação do corpo do Papa João Paulo II (18 de maio de 1920 – 2 de abril de 2005), a qual teve repercussão mundial devido ao tempo em que ficou exposto em velório para que as homenagens póstumas pudessem ser realizadas.

Assim, respeitadas as variações de produtos, instrumentos e tecnologias, as práticas de higienização e embelezamento do corpo morto conduziram, desde a antiguidade, os trabalhos relativos à necromaquiagem. No entanto, no Brasil, somente por volta dos anos 90 foi que a atividade de tanatopraxia surgiu em sua dimensão técnico-profissional, em Curitiba (Paraná), Botucatu (São Paulo) e em Belo Horizonte (Minas Gerais) (Fiuza, 2012).

A Classificação Brasileira de Ocupações (2012) expõe que os serviços funerários são responsáveis pelas tarefas referentes à organização de funerais. São elas: “registros de óbitos e demais documentos necessários (...) liberação, remoção e traslado de cadáveres (...) preparativos para velórios, sepultamentos (...) cadáveres em urnas” e as ornamentações. A “conservação de cadáveres” deve ser feita “por meio de técnicas de tanatopraxia ou embalsamamento, substituindo fluidos naturais por líquidos conservantes” e, no embelezamento dos cadáveres, devem ser utilizados “cosméticos específicos” (MTE, CBO, 2012, p.1).

Os procedimentos prescritos pela CBO (2012) estão descritos na Figura 23.

- a) Conferir a identificação do corpo.
 - b) Comunicar ao médico responsável e aguardar sua presença.
 - c) Preparar-se adequadamente para o procedimento, usando o material de proteção individual: gorro, máscara, óculos, luvas, avental, bota de borracha.
 - d) Colocar o corpo na mesa adequada de trabalho.
 - e) Planejar via de acesso para infusão de líquido (cervical ou femoral).
 - f) Proceder à incisão (abertura com bisturi, no local planejado).
 - g) Isolar a artéria e a veia dessecadas (cervical, artéria carótida, veia jugular, femoral, veia femoral, artéria femoral).
 - h) Realizar a abertura da veia com bisturi e introduzir a pinça drenadora em seu interior para escoamento de sangue e fluidos.
 - i) Realizar abertura da artéria com bisturi e introduzir com sua luz a cânula de infusão de líquido em direção ao coração e fixá-la com a pinça adequada.
 - j) Preparar o tanatofluido adequado dentro da bomba de infusão de líquidos na proporção de 4 litros de água para meio litro de tanatofluido.
 - k) Ligar a bomba para proceder à infusão do líquido até sua saída pela veia drenadora.
 - l) Durante a infusão, proceder à massagem da superfície corporal usando sabão detergente.
 - m) Após infusão, retirar a cânula e a pinça drenadora.
 - n) Realizar incisão mediana anterior torácica abdominal no corpo (no caso de necropsiado retirar a sutura).
 - o) Dissecar e rebater as vísceras torácicas a abdominal em bloco.
 - p) Colocar as vísceras dentro de um saco plástico duplo, juntamente com o tanatofluido de cavidades e amarrá-lo bem após deixar sair o ar do seu interior.
 - q) Colocar o saco contendo as vísceras dentro da cavidade torácico-abdominal.
 - r) Promover a sutura de fechamento das incisões realizadas.
- A essas funções acrescentam-se as específicas do auxiliar de tanatopraxia.**
- a) Introduzir a vara trocadora conectada a uma bomba aspiradora na cavidade abdominal próxima à cicatriz abdominal.
 - b) Proceder à aspiração do conteúdo da cavidade torácica e abdominal.
 - c) Após aspiração, infundir solução conservante na cavidade.

Figura 23 - Procedimentos prescritos pela Classificação Brasileira de Ocupações
Fonte: MTE, CBO, 2012.

Na reparação simples, o corpo precisa estar em bom estado de conservação para ser higienizado e tamponado. Nas tanatopraxias, embalsamamento e somatoconservação, “os cadáveres humanos são submetidos a tratamento químico” para “destruir bactérias existentes” e “estabelecer um ambiente asséptico capaz de resistir a uma invasão microbiana”, melhorar a aparência e manter sua conservação (CVS/SP, 2011, p.4) ⁴⁸. A somatoconservação somente é realizada por médico ou sob sua supervisão direta. Durante a pesquisa não presenciamos esse tipo de serviço.

A necromaquiagem, ou tanatoestética, complementa os serviços de tanatopraxias, utilizando-se de técnicas de camuflagem cosmética (os produtos possuem maior densidade de textura para cobrir com maior eficácia as imperfeições da pele) que empregam conhecimentos de Dermatologia e de Cosmetologia (Parente, 2010) para “embelezar o cadáver, a fim de proporcionar uma aparência o mais próximo de quando em vida através da aplicação de cosméticos” (CVS/SP, 2011, p.4).

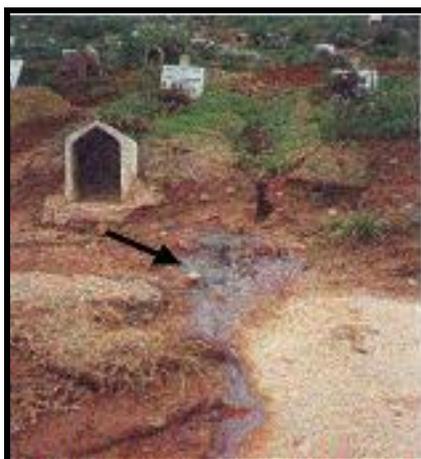


Figura 24 - Necrochorume.
Fonte: Matos & Pacheco, 2001.

As empresas prestadoras desses serviços são obrigadas a implantar um Programa de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) em cumprimento da Resolução da Diretoria Colegiada n^o306 (RDC/ANVISA, 2004), com a finalidade de evitar a contaminação de lençóis freáticos pelos líquidos (necrochorume, ver Figura 24) gerados no processo de decomposição (que ocorre em média 2 anos e meio) de um cadáver, e para prevenir danos à higiene e à saúde pública (Santos, R. 1998).

O PGRSS impõe a criação de cursos técnicos avançados, com aulas teóricas e práticas, sob supervisão do Ministério do Trabalho e Emprego, ministrados aos trabalhadores dessas

⁴⁸ Conforme procedimentos descritos na Resolução da Diretoria Colegiada n^o 68 (RDC/ANVISA, 2007), na Lei n^o 6.938 (1981), e na Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente n^o 358 (CONAMA, 2005).

empresas para capacitar mão de obra especializada. Dentre as habilidades e competências exigidas ressaltamos “transmitir confiança, dar provas de paciência, ouvir e agir com discrição, manter sigilo, identificar pessoa adequada para conversar, evitar preconceitos, controlar-se emocionalmente, administrar o estresse” (Brasil, MTE, 2012).

As coletas dos resíduos, que são de caráter preventivo, são realizadas por empresas especializadas, portadoras de licença ambiental, em cumprimento do prescrito nas leis e regulamentos pertinentes do país, para o recolhimento, tratamento e destinação final do material coletado. Todas essas regulamentações visam à preservação da saúde pública e da qualidade do meio ambiente, à minimização de riscos ocupacionais nos ambientes de trabalho e à proteção da saúde do trabalhador e da população em geral. Mas, na realidade, o processo exige ações integradas entre os órgãos federais, estaduais e municipais de meio ambiente, de limpeza urbana e de saúde, diante da necessidade de aprimoramento, atualização e complementação dos procedimentos contidos na Resolução CONAMA nº 283 (2001; DOU, nº 84, 2005, pp. 63-5).

TANATOPRAXIA – Procedimento padrão

- VERIFICAR O PEDIDO E A AUTORIZAÇÃO DE TANATOPRAXIA. NUNCA INICIAR UM PROCEDIMENTO SEM A DEVIDA AUTORIZAÇÃO
- CONFERIR O NOME DO CORPO NA ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO. NÃO INICIAR O ATO SE HOVER ALGUMA DÚVIDA NA IDENTIFICAÇÃO.
- Após a devida autorização e identificação, colocar o corpo na mesa.
- Planejar o acesso aos vasos (dar preferência aos vasos cervicais – carótida e jugular, do lado direito. Não sendo o mais recomendado, acessar os vasos femorais).
- Dissecar os vasos escolhidos com bisturi. Após alcançá-los fazer uma pequena perfuração em cada um deles.
- Introduzir a cânula de infusão na artéria e a pinça drenadora na veia. Pinçar a artéria com a cânula para que a mesma não se desloque.
- Iniciar a infusão de tanatofluido laranja diluído em cerca de 10%. O sangue venoso começará a escoar pela veia.
- Durante a infusão, massagear a superfície corporal para facilitar a drenagem do fluido. Interromper o processo quando houver saída de fluido pela veia. Iniciar a fase de aspiração.
- Fazer uma perfuração no abdômen para introdução da vara trocadora de ponta perfuro-cortante.
- Ligar a bomba e iniciar a aspiração com movimentos de “vai e vem” em todas as direções (360 graus).
- As alças intestinais devem ser perfuradas para aspirarmos seu conteúdo sólido, líquido e gasoso.
- Após aspiração, infundir solução conservante (verde) na cavidade.
- Por fim, suturar os locais de incisão e encaminhar o corpo para ornamentação e maquiagem.

Observações:

O procedimento acima é realizado em corpos “normais”.

Em corpos necropsiados (abertos) procedentes do IML, ou de hospitais universitários, proceder à inspeção da cavidade abdominal e torácica juntamente com o médico de plantão, infundir o tanatofluido em uma artéria da cavidade (aorta, de preferência) e fazer a aspiração a “céu aberto”. É necessário fazer a perfuração das alças intestinais.

Terminado o ato, preencher o relatório, a ata e anotar o procedimento no caderno de entrada de serviços. Em caso de dúvidas, não hesitar em consultar a apostila ou o médico de plantão.

Figura 25 - Tarefas de tanatopraxia da funerária, Belo Horizonte, 2010.

Fonte: Nunes, Vieira, & Ferreira, 2010, p.17.

A funerária do Hospital F., em referência, iniciou suas atividades em 1900, utilizando a técnica da necromaquiagem, mas, somente em 2001, implantou a técnica de tanatopraxia, tornando-se uma das “mais bem equipadas do País” (Santos M, 2010, p.139). O prescrito para os serviços de tanatopraxia está explicitado na Figura 24 e para os de embalsamamento na Figura 26).

EMBALSAMENTO – Procedimento padrão

- VERIFICAR O PEDIDO E A AUTORIZAÇÃO DO EMBALSAMENTO. NUNCA INICIAR UM PROCEDIMENTO SEM A DEVIDA AUTORIZAÇÃO
- CONFERIR O NOME DO CORPO NA ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO. NÃO INICIAR O ATO SE HOVER ALGUMA DÚVIDA NA IDENTIFICAÇÃO.
- Após a devida autorização e identificação, colocar o corpo na mesa.
- Planejar o acesso aos vasos (dar preferência aos vasos cervicais – carótida e jugular, do lado direito. Não sendo o mais recomendado, acessar os vasos femorais).
- Dissecar os vasos escolhidos com bisturi. Após alcançá-los fazer uma pequena perfuração em cada um deles.
- Introduzir a cânula de infusão na artéria e a pinça drenadora na veia. Pinçar a artéria com a cânula para que a mesma não se desloque.
- Iniciar a infusão de tanatofluido laranja diluído em cerca de 10%. O sangue venoso começará a escoar pela veia.
- Durante a infusão, massagear a superfície corporal para facilitar a drenagem do fluido. Interromper o processo quando houver saída de fluido pela veia. Iniciar a fase de aspiração.
- Fazer uma incisão na região toraco-abdominal anterior (em caso de corpo necropsiado, retirar as suturas).
- Dissecar e remover as vísceras em bloco.
- Colocá-las em saco plástico duplo com solução conservante (verde).
- Fechar o saco plástico com nó bem apertado, tomando-se o cuidado de retirar o ar do seu interior previamente.
- Recolocar as vísceras (já no saco plástico) novamente dentro da cavidade toraco-abdominal.
- Preencher os espaços vazios com material inerte (algodão ou serragem).
- Suturar os pontos de incisão.

Observações:

O procedimento de embalsamento é realizado em casos onde há maior necessidade de preservação do corpo (velórios prolongados, traslados longos ou por via aérea, etc). Existem na literatura várias formas de se fazer embalsamentos;

POR DEFINIÇÃO DO SERVIÇO, O PADRÃO ACIMA DEVE SER ADOTADO EM TODOS OS CASOS (SE POSSÍVEL A PARTIR DE JANEIRO DE 2002).

CASO AS VÍSCERAS NÃO POSSAM SER RECOLOCADAS NA CAVIDADE, AS MESMAS

SERÃO SEPULTADAS DENTRO DA URNA, JUNTO AOS PÉS DO CORPO.
EM CASO DE TRASLADOS VIA AÉREA, OU DE IMPOSSIBILIDADE DE
SEPULTAMENTO DAS FORMAS DESCRITAS ACIMA, AS VÍSCERAS DEVEM SER
SEPULTADAS EM SEPARADO DO CORPO, MEDIANTE SOLICITAÇÃO DO MÉDICO
RESPONSÁVEL PELO EMBALSAMENTO.

Terminado o ato, preencher o relatório, a ata e anotar o procedimento no caderno de entrada de serviços. Em caso de dúvidas, não hesitar em consultar a apostila ou o médico de plantão.

Figura 26 - Tarefas de embalsamamento da funerária, Belo Horizonte, 2010.

Fonte: Nunes, Vieira, & Ferreira, 2010, p.17.

Durante uma pesquisa bibliográfica realizada em novembro de 2012, constatamos a escassez de pesquisas sobre o objeto específico desta tese, ou seja, a atividade de trabalho de tanatopraxistas e os impactos dessa atividade na saúde mental dos profissionais que a realizam. Primeiro, como recurso inicial para a elaboração do estado da arte do tema, tentamos encontrar os termos praxitanatologia, tanatopraxia, tanatopraxista e somatoconservação (termos obtidos a partir da empiria) entre os Descritores da Saúde (DeCS) pertencentes à Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) (Castro, 2001, p.52), mas não os encontramos.

Buscamos ainda, entre os DeCS, outros termos com os quais pudessem estar correlacionados. Encontramos indexado o termo **embalsamamento** (*embalming*). Com esse descritor, a BVS revelou a existência de **9** artigos na fonte de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), **286** na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e **2** no Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS), mas os artigos encontrados nessas fontes descreviam e explicitavam a **técnica de embalsamar, sem correlação com os processos de subjetivação inerentes às atividades de trabalho do tanatopraxista.**

Diante de tal contexto, lançamos esses descritores em sites de procura não comprometidos com indexação científica. Para o termo **praxitanatologia** encontramos um livro intitulado “O diplomata e o agente funerário”, de Jacinto Rego Almeida; para o de **tanatopraxia**, **192** links, entre os quais o livro “Amortebeijoparasempre”, de Wallace Fauth (2008); artigos relacionados à tanatologia; relatos de tanatopraxistas descrevendo a tarefa e **não a atividade de trabalho**; funerárias fazendo propaganda de seus serviços.

Todos os artigos estavam voltados para a gestão de resíduos sólidos e perigosos, relacionados às normas de biossegurança em decorrência da Lei nº 6.938, de 31 de agosto de 1981 que dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação (Brasil, 1981), à Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) nº 358, de 29 de abril de 2005, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final

dos resíduos dos serviços de saúde, e à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 306, de 07/12/2004 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. Ao lê-las encontramos referências **aos trabalhadores dos serviços funerário**, codificados com o número 5165 pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e, quando eles exercem as atividades de agente funerário, **agente funerário-tanatopraxista**, atendente funerário e auxiliar de funerária, recebem uma subcodificação de número 5165-05 (MTE, CBO, 2012).

Então começamos a procurar por **agente funerário-tanatopraxista e tanatopraxista**. Encontramos **5.540 links** nos quais aparecem as funerárias propagando seus serviços, por meio de vídeos e fotos, revelando os procedimentos técnicos, oferecendo empregos, descrevendo cargos e salários. Para os termos **somatoconservação, 4.730 links, somatoconservação de cadáver, 3.040 links; tanatopraxia e somatoconservação de cadáver, 32 links**, que ressaltavam a técnica de embalsamamento, faziam referência aos resíduos dos serviços de saúde e às normas de biossegurança. O termo tanatologia foi excluído por não tratar da atividade de trabalho e sim do estudo da teoria, filosofia e doutrina da morte.

Enfim, de modo geral, encontramos material técnico, ofício codificado, leis, resoluções que, entretanto, não evidenciavam a relação entre o trabalho daqueles trabalhadores que o exerciam e os processos de subjetivação pelos quais esses trabalhadores passavam e, os impactos de tal atividade na saúde mental dos trabalhadores. Desse modo, os conhecimentos produzidos nesta tese, podem contribuir, de alguma forma, para a conscientização/divulgação relativa às vivências desses profissionais em suas relações de trabalho (Bendassolli & Soboll, 2011, p. 4).

6.2 Tempo de pesquisa no setor de Tanatopraxia

No Quadro 10 relatamos o tempo em que permanecemos no serviço de Tanatopraxia do Hospital F. No ano de 2009, foram realizadas 71 visitas, que correspondem a 133 horas de observação. No ano de 2010, retornamos ao campo 92 vezes, num subtotal de 191 horas de observação. Totalizando 163 contatos realizados em 324 horas numa média próxima de 2 horas por visita.

	1º sem/contatos	1º sem/horas	2º sem/contatos	2º sem/horas
2009	36	64h	35	69h
2010	51	98h	41	93h
Subtotal	87	162h	76	162h

Quadro 10 - Total de horas de observações e número de contatos realizados no setor de Tanatopraxia e Necromaquiagem do Hospital F de Belo Horizonte, Minas Gerais, entre março/2009 a novembro/2010.

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

6.3 Sujeitos da pesquisa

De um universo de 41 (100%) trabalhadores, 37 (90,24%) participaram do estudo, sendo 11 (26,83%) do sexo feminino e 26 (63,41%) do sexo masculino. Não participaram 4 (9,75%) afastados por motivo de incapacidade para o trabalho, estando assegurados pelo Instituto Nacional de Seguro Social, sendo dois do sexo feminino e dois do masculino (ver Quadro 11). Quanto ao grau de escolaridade, 4 (9,75, %) trabalhadores tinham o primeiro grau e pertenciam ao CTO e os outros 37 (90,25%) tinham o segundo grau completo.

Sexo	Universo		Participantes	
	CTP	CTO	CTP	CTO
Feminino	3 (7,32%)	10 (24,39%)	3 (7,32%)	8 (19,51)
Masculino	16 (39,02%)	12 (29,26%)	15 (36,58%)	11 (26,83%)
Sub total	19 (46,34%)	22 (53,65%)	18 (43,90%)	19 (46,34%)
Total	41= 100%		37 = 90,24%	

Quadro 11 - Sujeitos da pesquisa no setor de Tanatopraxia e Necromaquiagem do Hospital F de Belo Horizonte, Minas Gerais, março/2009 a novembro/2010.

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Pesquisando o percurso profissional desses trabalhadores destacamos alguns motivos que os levaram à decidir trabalhar como tanatopraxistas ou necromaquiadores. Um grupo contou que se interessava pela morte desde a infância, que gostavam de frequentar cemitérios e ir a velórios, *“mas, hoje é a realização de um sonho”* (Tanatopraxista).

O outro grupo era formado por pessoas que trabalhavam como faxineiros, ambulantes, manicures, categorias profissionais com salários insuficientes e que procuraram a funerária em razão de uma possibilidade de ganho maior e maior estabilidade. Embora não haja uma estabilidade formal para esses trabalhadores, trata-se de uma mão de obra escassa, portanto, dificilmente perdem o seu emprego. Além disso, esse grupo valoriza o fato de ter um registro formal de emprego e, em consequência usufrui dos direitos trabalhistas.

VII CAPÍTULO - O SETOR DE TANATOPRAXIA DO HOSPITAL F

Neste capítulo o setor de Tanatopraxia será apresentado respeitando-se as categorias já adotadas na apresentação do Call Center, ou seja, a organização do trabalho (jornada, pausas, horas extras, divisão de tarefas, as atividades de trabalho, o ritmo, a remuneração, benefícios, férias, treinamentos, promoções, formas de supervisão e controle, relação entre pares, conteúdo do trabalho, ginástica laboral) e condições do trabalho (ambiente físico, químico, biológico, e condições de higiene e de segurança). Falaremos também sobre os sintomas mais frequentes apresentados pelos tanatopraxistas, as estratégias de regulação desenvolvidas por eles e o sentido que eles atribuem ao trabalho que realizam.

7.1 A organização do trabalho

De início, esse setor se mostrou como extremamente complexo. Diante de tal fato, foi necessário ampliar nossos contatos, ir aos setores (ver Figura 27) que faziam conexão com a realização da tanatopraxia para poder compreender a(s) relação(ões) existente(s) entre a atividade de trabalho, os constrangimentos, as estratégias e os efeitos sobre a saúde do trabalhador.

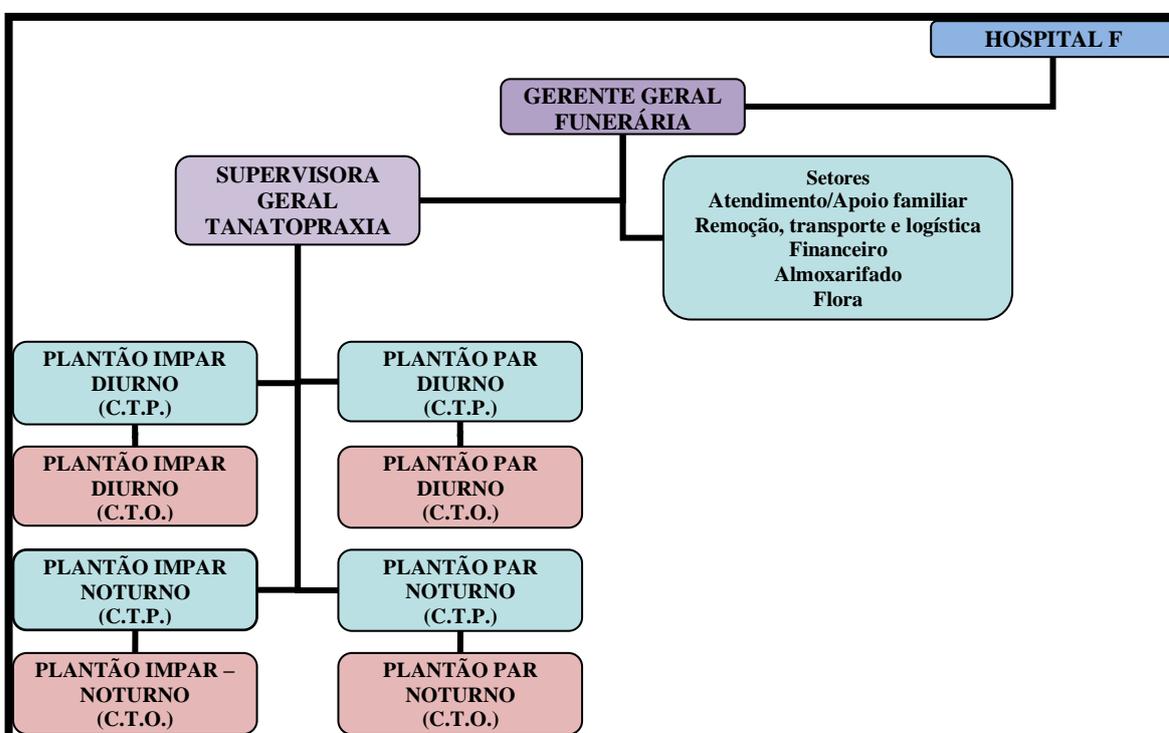


Figura 27 - Organograma da organização do trabalho da Tanatopraxia do Hospital F

Fonte: Dados da pesquisa, 2009-2010.

Conforme pode ser identificado na Figura 28, cabia ao **Gerente Geral** da funerária coordenar o desenvolvimento dos setores **Atendimento/apoio familiar, Remoção Transporte e Logística, Financeiro, Almojarifado, Flora, Centro Técnico de Preparação (CTP) e, Centro Técnico de Ornamentação (CTO) e responsabilizar-se por eles.** Importante salientar que a Flora estava alocada em frente à funerária e que os setores de Remoção Transporte e Logística, Almojarifado, (CTP) e (CTO) embora fizessem parte da mesma construção se situavam em lotes separados. Assim, se estivéssemos no setor de Atendimento era preciso atravessar uma porta, descer um nível do terreno, passar pelo estacionamento de clientes, abrir mais uma porta, descer mais um nível do terreno, passar pelo almojarifado e setor de logística, para chegar ao CTP, CTO e pátio, onde ficavam os veículos que faziam a remoção e o transporte.

O gerente geral, contava com a ajuda de cinco supervisores que gerenciavam os cinco primeiros setores.

- a) **Atendimento/Apoio familiar** – O Hospital F oferece esse serviço na funerária de sua matriz, na rede de hospitais interligados ao Hospital F e também em postos que não se submetem à sua gerência e localizados em onze entre os grandes hospitais de Belo Horizonte.

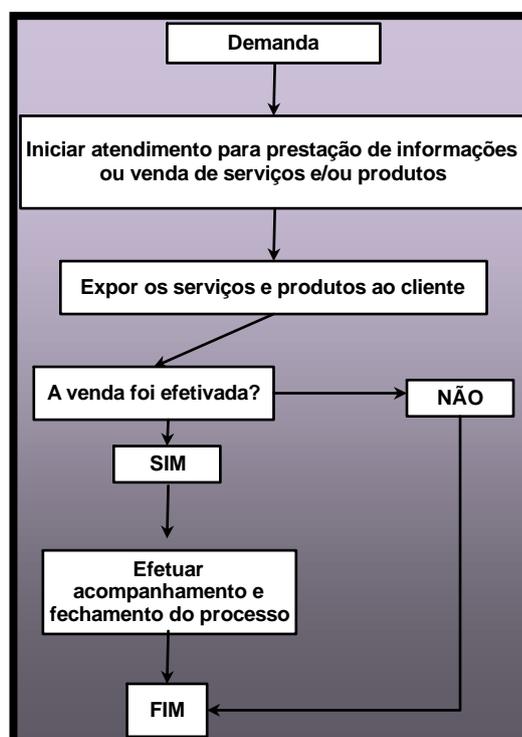


Figura 28 - Fluxograma setor Atendimento funerária Hospital F.
Fonte: Dados da pesquisa, 2009-2010.

Os trabalhadores desse serviço são denominados de “agentes funerários”, mas no espaço físico onde trabalhavam eram designados de “apoio familiar”. Eles tinham como tarefa vender planos funerários e/ou vender os produtos relacionados ao processo de sepultamento com a utilização do acolhimento ao(s) cliente(s)/parente(s), da orientação sobre os aspectos materiais e legais relativos aos ritos funerários. Dentre os produtos, encontravam-se caixão, flores, coroas, ornamentação, faixas, serviços de cuidados com o corpo (banho, barba, cabelo, maquiagem, manicure, pedicura, vestuário) e tipos de tratamento para o corpo (reparação simples, tanatopraxia simples/padrão, tanatopraxia para necropsiados, tanatopraxia avançada, embalsamamento, embalsamamento internacional).

Essa era a porta de entrada de todo processo. Nela, o familiar/responsável procurava informações sobre os serviços oferecidos pela funerária e decidia realizar ou não os serviços fúnebres pela Funerária do hospital F. Caso decidisse pelo sim, encomendava o que queria a partir de uma lista de produtos.

Uma vez contratado o serviço, iniciavam-se os procedimentos de preparação da documentação e pagamento. Enquanto isso, as demandas para flora, almojarifado, traslado do corpo eram negociadas e o corpo era deslocado para o Centro Técnico de Preparação (CTP) e, em seguida, para o Centro Técnico de Ornamentação (CTO).

Os agentes funerários ganhavam uma comissão sobre o que vendiam. Eles eram distribuídos nos postos de atendimento de acordo com uma avaliação de produção. Maior produção/venda, melhores postos. Esse procedimento gerava competição entre eles, além de sensações de desconforto, de mal-estar. Os agentes entravam em constantes conflitos decorrentes do debate entre normas (vender produtos mais caros = comissão elevada) e valores (o cliente mobilizado emocionalmente cedia às ofertas, endividava-se, pedia dinheiro emprestado, sofria por não ter como pagar) (Schwartz & Durrive, 2007, 2010).

Para entender essa realidade e seguindo sugestão dos responsáveis pelos setores, acrescentamos ao nosso planejamento inicial as observações nos postos de atendimento da funerária, que estão localizados em outros hospitais da região metropolitana de Belo Horizonte.

Nesses postos, constatamos que a competição ainda era maior e que o risco à saúde mental dos agentes funerários aumentava. Neles, a venda era realizada por qualquer tipo de profissional (enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, policiais). Assim que sabiam da morte de um paciente, esses profissionais se apressavam em obter telefone e/ou endereço para entrarem em contato com a família, parentes e/ou responsável pelo corpo morto. Conseguindo o contato, procuravam convencer a pessoa a adquirir, de qualquer forma, os produtos ofertados pelas funerárias. Quando conseguiam, ganhavam comissões. Esses atos tornaram-se comuns nesses espaços e para esses profissionais era uma forma de ganhar dinheiro, aumentar o salário⁴⁹.

Mas qual é a importância desse breve relato para nosso objeto de pesquisa? Constatamos que a atividade dos tanatopraxistas era atingida em função desse comércio, porque eles eram obrigados, por exemplo, a se submeterem à escolha do consumidor. Essa escolha seguia uma lógica, que nem sempre era a adequada ao cadáver. Por outro lado, os agentes funerários, para não perderem o negócio, buscavam vender os produtos da funerária mesmo que não fossem adequados à condição física apresentada pelo cadáver.

Assim, os tanatopraxistas, ao receberem o corpo, tinham de atender o “pedido” e realizarem o que fosse possível conforme procedimentos legalmente previstos (novamente se encontram em debate normas e valores) para que o corpo não entrasse em decomposição antes do horário determinado para o enterro. Caso a decomposição ocorresse, todos seriam responsabilizados, o que gerava mais constrangimentos, mais conflitos.

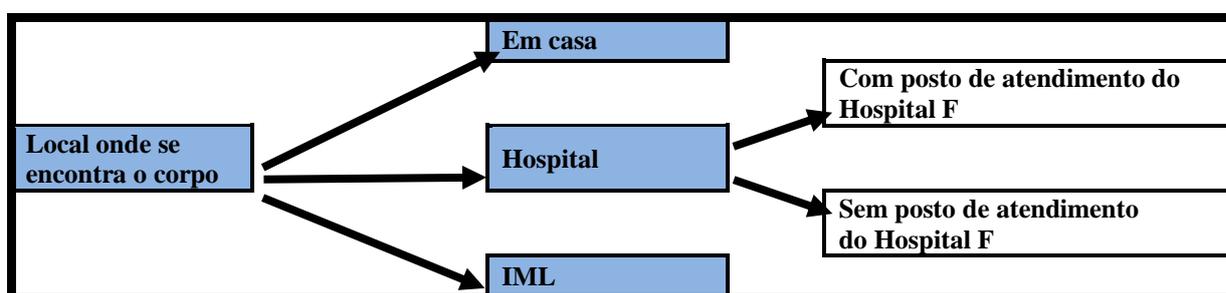


Figura 29 - Fatores de especificidade no atendimento funerário.

Fonte: Funerária do Hospital F, 2010.

⁴⁹ Neste estudo, não aprofundaremos sobre essas questões para não nos desviarmos do nosso objeto, mas ele fará parte de uma publicação coletiva do Grupo de Trabalho e Saúde da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP).

A definição dos procedimentos acima referidos estava relacionada a fatores variáveis como o local onde o corpo se encontrava, por exemplo, (ver Figura 29). Então era preciso acionar o setor de Remoção Transporte e Logística.

- b) Dependendo do local, o setor de **Remoção, transporte e logística**, planejava horários, deslocamentos, buscando fazer coincidir entradas e saídas de corpos para que não houvesse congestionamento no setor nem atrasos na entrega dos corpos, aos respectivos lugares onde seriam sepultados. Os serviços prestados pelos trabalhadores desse setor eram terceirizados, mas seguiam as diretrizes da gerência geral em sintonia com os demais setores. Cabia aos trabalhadores buscar o cadáver em casa, no hospital em que ocorria o óbito ou no Instituto de Medicina Legal (IML), e levá-lo para a funerária do Hospital F. Quando os procedimentos na funerária terminavam, o pessoal da remoção levava o corpo até o local onde iria ocorrer o velório e/ou enterro. O velório podia ser realizado no espaço próprio da funerária do Hospital F, caso os interessados solicitassem.

E, ainda, de acordo com a condição econômica dos familiares, do responsável ou, no caso de moradores de rua e abandonados, era preciso providenciar a documentação necessária para o sepultamento (ver Figura 30).

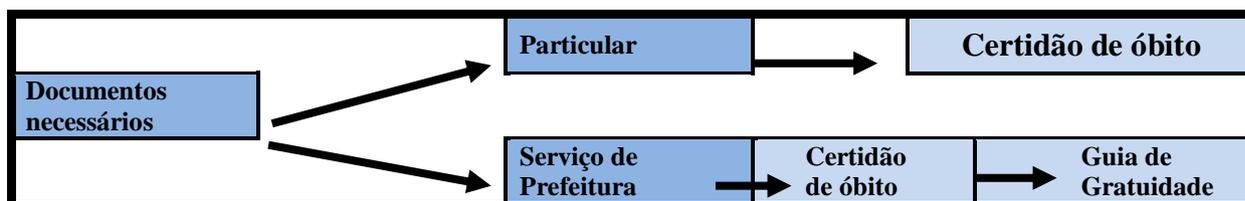


Figura 30 - Documentos necessários para o funeral

Fonte: Funerária do Hospital F, 2010.

- c) **Financeiro** – Verificadas todas essas variáveis, acionava-se o setor financeiro para que os clientes/familiares/parentes acertassem o pagamento dos produtos escolhidos. O pagamento podia ser realizado por meio de cartões de crédito, cheques, seguro de vida e planos da própria funerária. O pedido feito era encaminhado simultaneamente para o almoxarifado, para a flora e para o Centro Técnico de Preparação (CTP). Num sistema de entrega rápida, os setores atendiam às demandas dos pedidos. Problemas com o setor financeiro geravam atrasos, aglomeração de familiares na funerária e aumento de reclamações.

- d) **O almoxarifado** – Cabiam ao setor a compra e a distribuição de materiais utilizados nos diversos serviços (caixão, véus, velas, suportes, grampos para

grampear o papelão que prende o corpo ao caixão, etiquetas, líquidos utilizados na Tanatopraxia, EPIs, material de limpeza, de higienização etc.).

Por vezes, surgiam problemas de compra principalmente relativos à qualidade e aparência do material e do serviço, afetando o acondicionamento apropriado do corpo, causando reclamações na hora do enterro e problemas de vistorias relacionadas à segurança e à saúde do trabalhador. Exemplos: problemas nas alças dos caixões; problemas com produtos, isto é, o cliente comprou pela lista (fotos) e o produto entregue era diverso do comprado; problemas com o tamanho do caixão: o caixão entregue era menor do que o comprado e não comportava o corpo do defunto.

- e) **A flora** – Cabia ao setor prover os serviços funerários de produtos como flores, folhas, faixas etc., para a realização da ornamentação dos corpos e do local do enterro. Presenciamos retrabalho devido à troca de flores. Exemplo: a família reclamou que o arranjo não tinha sido feito de acordo com a encomenda, a ornamentação foi refeita; o corpo teve de passar por “reparos”, o que ocasionou deslocamento dos trabalhadores da tanatopraxia e a entrega de outros corpos foi protelada.
- f) **Centro Técnico de Preparação (CTP)** – É o local de preparação do corpo para o velório ou funeral. Esse serviço é feito por meio de técnicas de preparação, higienização e conservação do cadáver, como tamponamento, higienização simples, higienização necropsiado, infusão de líquidos 1 e 2 e técnicas específicas avançadas (abertura ou reabertura (necropsiados) das cavidades tóraco- abdominal e craniana). Essas técnicas, embora se baseassem nos mesmos conhecimentos egípcios de embalsamamento e dos conhecimentos das áreas de Patologia e Química (Fiuza, 2012), diferiam entre si quanto às suas respectivas especificidades, que serão explicitadas adiante.
- g) **Centro Técnico de Ornamentação (CTO)** – Preparação do corpo para os momentos do velório e do sepultamento. Objetiva-se o “embelezar o cadáver, a fim de proporcionar uma aparência o mais próximo de quando em vida, por meio da aplicação de cosméticos” (CVS-SP, 2011, p.4). A preparação era feita por meio da ornamentação, maquiagem, serviços de recuperação estética e outros que se fizessem necessários à minimização do impacto visual para os familiares.

Esclarecemos que, a necromaquiagem foi incluída no estudo por se constituir como complemento fundamental à atividade de tanatopraxia. Na funerária do Hospital F, os dois setores trabalhavam no mesmo local físico e os funcionários muitas vezes se revezavam nas atividades, auxiliando o colega quando o número de corpos era maior do que fora previsto na divisão de tarefas. Enfim, eles estavam mutuamente interligados quando o produto final era o rito funerário. Por isso, não foi possível, estudar uma atividade isolada da outra, embora fossem distintas.

Ressaltamos que essa ligação era específica da funerária do Hospital F e podia ser explicada pelas posturas da gerência geral e da supervisora geral bem como dos funcionários, por terem conseguido implantar o trabalho como uma categoria coletiva, como veremos a seguir.

Os procedimentos de Tanatopraxia variavam de acordo com o destino ou condições do corpo como mostra a Figura 31

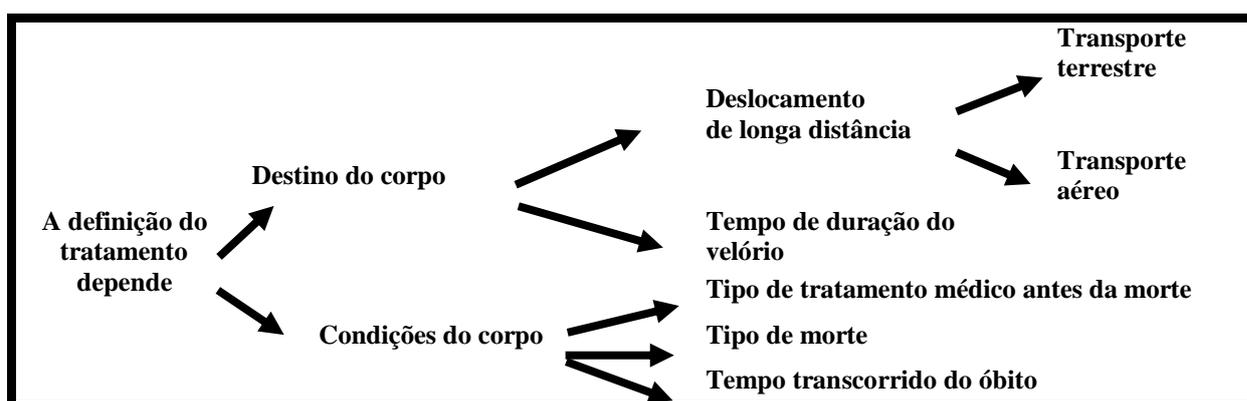


Figura 31 - Variáveis que interferem no tipo de tanatopraxia definida.
Fonte: Funerária do Hospital F, 2010.

No entanto, na prática, observamos que às vezes, em função das condições financeiras dos responsáveis, era preciso se optar pela realização de uma reparação simples do corpo e acelerar os rituais de sepultamento. Nos casos, sob a responsabilidade da prefeitura, ou seja, de indigentes, os corpos não reconhecidos por nenhum tipo de responsável recebiam procedimentos de acordo com o estado físico que apresentavam e eram sepultados em caixões mais simples, padronizados para essas ocasiões.

Entraremos agora no campo onde se encontra, especificamente, o nosso objeto de estudo. Começaremos descrevendo o papel da Supervisora geral do CTP e dos responsáveis pelos turnos, seguindo-se, os dados relativos à organização e condição de trabalho específica desse objeto.

A supervisora geral era responsável pelas atividades do CTP e do CTO. Ela era subordinada ao gerente geral e, portanto, o CTP e o CTO também estavam sob a

responsabilidade dessa gerência. Mas, na prática, o que observávamos era uma confiança recíproca, uma sintonia e autonomia entre supervisão e gerência geral.

A supervisora geral bem como os responsáveis pelos turnos vistoriavam, supervisionavam, acompanhavam, sugeriam e executavam as atividades desenvolvidas pelo CTP e CTO como se fossem os próprios donos da empresa.

7.1.1 A jornada de trabalho

Todos os funcionários trabalhavam em regime de turnos de 12 por 36 horas, em dias ímpares e pares e turnos diurno e noturno (ver Quadro 12).

SUPERVISORA GERAL - Feminino	
CENTRO TÉCNICO DE PREPARAÇÃO DE CORPOS (C.T.P.)	
PLANTÃO IMPAR - DIURNO	PLANTÃO PAR - DIURNO
RESPONSÁVEL A - Masculino	RESPONSÁVEL B - Masculino
Feminino	Masculino
Masculino	Masculino
Masculino DOBRA 2'. QUINZENA	Masculino DOBRA 1'. QUINZENA
Masculino AFASTAMENTO INSS	
PLANTÃO IMPAR - NOTURNO	PLANTÃO PAR - NOTURNO
RESPONSÁVEL C - Masculino	RESPONSÁVEL D - Masculino
Masculino (FÉRIAS)	Masculino
Masculino	Masculino
Feminino	Masculino (LICENÇA MÉDICA)
CENTRO TÉCNICO DE ORNAMENTAÇÃO (C.T.O)	
PLANTÃO IMPAR - DIURNO	PLANTÃO PAR - DIURNO
Feminino	Feminino
Feminino	Feminino
Feminino	Masculino
Masculino	Masculino
Masculino	Masculino
Masculino	Masculino (FERIAS)
PLANTÃO IMPAR - NOTURNO	PLANTÃO PAR - NOTURNO
Feminino	Feminino
Feminino	Masculino
Masculino	Masculino
Masculino	Masculino
	Feminino (AFASTAMENTO INSS)
	Feminino (AFASTAMENTO INSS)

Obs: OS 4 FUNCIONÁRIOS RESPONSÁVEIS, TEM DIREITO A GRATIFICAÇÃO MENSAL NO VALOR DE R\$ 150,00.

Quadro 12 - Escala de plantão – Funerária Hospital F - julho/2009.

Fonte: Hospital F., 2009.

7.1.2 As pausas

O tempo de pausa era definido pelos próprios trabalhadores em razão do fluxo de corpos ou da necessidade de cada um deles, ou seja, quando o trabalhador, por algum motivo pessoal, decidia que era o momento de fazer a pausa.

Mas, frequentemente, quando o fluxo de corpos era menor, entre um corpo e outro, os operadores iam para uma área externa à funerária, ficavam conversando, fumavam, brincavam uns com os outros.

Nesse espaço havia uma televisão, alguns assistiam, outros preferiam a conversa. Falavam da vida, de estudo, de novidades, mas raramente escutamos algo sobre o trabalho em si. Quando falavam sobre esse assunto era para ajudar a algum colega, quando este apresentava algum tipo de sentimento depressivo ou quando pressentiam que algo não ia bem com um deles, por exemplo, quando falavam que estavam vendo fantasmas, quando relatavam brigas recorrentes em casa, quando o colega se distanciava.

7.1.3 Horas extras

A supervisora geral não aprovava horas extras para os trabalhadores. Segundo ela, o serviço já era penoso demais para que eles ainda ficassem mais horas trabalhando. No entanto, quando o fluxo de corpos era maior, as equipes pares e ímpares se uniam e uma ou outra vinha em socorro dos colegas, havendo pagamento pelas horas extras.

7.1.4 A divisão de tarefas

O CTP era responsável por coordenar os plantões de todos os turnos. Em média, as tarefas dos setores eram divididas entre 4 funcionários por turno para o CTP, 2 alocados nos dias ímpares, respectivamente nos turnos da manhã e da noite, e 2 nos dias pares, também alocados nos turnos manhã e noite, e 6 funcionários por turno para o CTO, 3 alocados nos dias ímpares, respectivamente nos turnos da manhã e da noite, e 3 nos dias pares, também alocados nos turnos da manhã e da noite, conforme exposto no Quadro 1.

Aos tanatopraxistas cabia realizar o seu trabalho como tanatopraxista: conferir se o corpo coincidia com a documentação e com a solicitação do serviço a ser realizado (para que não houvesse trocas de corpos), manter a organização e higienização do setor, identificar e solucionar algum tipo de pendência como, por exemplo, falta de material e documentação dos corpos, preencher os formulários e relatórios relativos (Anexo 4 e Anexo 5) aos corpos e verificar o trabalho dos necromaquiadores.

Aos necromaquiadores cabia realizar os serviços de necromaquiagem: manter a organização e higienização do local; receber, classificar e preparar, por pedido, as flores para serem colocadas na urna bem como as vestimentas que seriam usadas no defunto; identificar, solicitar e/ou comunicar ao responsável do turno as pendências ou irregularidades que surgissem; conferir a documentação do corpo com a solicitação do serviço a ser realizado.

Apesar da divisão hierárquica de tarefas e funções, o que se observou foi que cada um era especialista em sua função e se colocava em sua posição, mas, se o momento exigisse

“cortar flores”, “arrumar o corpo na urna funerária”, os tanatopraxistas prestavam ajuda aos colegas necromaquiadores; do mesmo modo, os necromaquiadores se punham sempre à disposição dos tanatopraxistas nas atividades destes, como a de “lavar o corpo” do cadáver.

Todos ajudavam todos, para conseguirem, ao final, a “liberação do corpo”. O clima de parceria era tão contagiante que mesmo nós, da equipe de pesquisa, muitas vezes ajudamos na preparação das flores em dias de intensa movimentação de corpos.

7.1.4.1 As atividades da Tanatopraxia

Os cadáveres chegavam ao Centro Técnico de Preparação (CTP) acomodados em recipientes de aço, envoltos em diversos tipos de roupagens (roupas próprias, roupas de hospital, envoltos em lençóis) geralmente revelando sua procedência, residências particulares, hospitais, Instituto Médico Legal.

Tipos	Características
Tamponamento	Aspiração e das cavidades nasal e oral. Introdução de algodão nestas cavidades.
Higienização simples	Banho com sabão degermante, inclusive couro cabeludo com shampoo.
Higienização necropsiado	Higienização simples + Reforço nas suturas procedentes do Instituto Médico Legal, para composição estética.
Aspiração Tóraco-abdominal	Aspiração das cavidades torácica e abdominal por via transcutânea.
Infusão de líquidos 1	Injeção de líquido conservante nas cavidades torácica e abdominal.
Infusão de líquidos 2	Injeção de líquidos conservantes por via muscular, de forma maciça.
Abertura ou reabertura 1 (necropsiados) das cavidades tóraco-abdominal e craniana (se necessário)	Retirada e tratamento das vísceras ocas abdominais (alças intestinais) com solução conservante. Acondicionamento em saco plástico e recolocação das mesmas no interior do corpo.
Abertura das cavidades tóraco-abdominal 2	Retirada de todas as vísceras. Elas são abertas, lavadas, tratadas com solução conservante, acondicionadas em recipiente plástico e recolocada no interior do corpo ou no caso de translados longos podem ser colocadas na urna, junto aos pés do corpo. Se houver solicitação médica, elas podem ser sepultadas em separado. Nestes casos, as cavidades são preenchidas com algodão embebido em solução conservante.

Quadro 13 - Tipos e características do preparo de corpos

Fonte: Nunes & Vieira, & Ferreira 2010, pp.18-19.

O preparo do corpo era feito por meio de técnicas de reparação simples, tanatopraxias ou praxitanatologias, embalsamamento e somatoconservação, complementadas pela necromaquiagem. Nessas técnicas eram utilizados os procedimentos especificados no Quadro13. A definição de procedimentos e técnica dependia do estado do corpo e do tempo

em que o corpo ficaria exposto para ser sepultado. Essas atividades se utilizavam dos mesmos conhecimentos egípcios de embalsamamento e dos conhecimentos das áreas de Patologia e Química (Fiuza, 2012), mas diferiam entre si quanto às suas respectivas especificidades:

- a) **Reparação simples** (tamponamento + higienização). Indicada apenas para corpos em bom estado de conservação. Sepultamento no máximo em 2 horas após o procedimento. A restrição era que esta técnica não ajudava a melhorar a congestão facial relacionada ao ‘*post mortem*’ e o rosto ficava mais escuro num tom lilás; além de não diminuir a possibilidade de ‘inchaço’ do corpo durante o velório.
- b) **Tanatopraxia simples/padrão** (tamponamento + higienização + aspiração tóraco-abdominal). Indicada para corpos em bom estado de conservação. Sepultamento a partir de 2 a 24 horas após o procedimento. Como a anterior, não melhorava a congestão facial relacionada ao ‘*post mortem*’, mas o procedimento de aspiração ajudava a evitar a formação de gases no abdômen e tórax, diminuindo a possibilidade de ‘inchaço’ do corpo e vazamentos durante o período de velório.
- c) **Tanatopraxia avançada/completa** (tamponamento + higienização + aspiração toraco-abdominal + injeção de líquidos conservantes). Indicada para corpos em bom ou moderado estado de conservação. Sepultamento a partir de 6 a 16 horas, em média ou para velórios mais demorados (24 a 70 horas). Melhorava significativamente a congestão facial relacionada ao ‘*post mortem*’ e adiava o ‘inchaço’ do corpo e possíveis vazamentos de necrochorumes. Indicada para viagens terrestres curtas. Não era indicada para viagens aéreas devido à possibilidade de vazamentos de necrochorumes.
- d) **Tanatopraxia específica para necropsiados** (tamponamento + higienização + aspiração toraco-abdominal + injeção de líquidos conservantes nas cavidades + infusão de líquidos conservantes por via vascular, de forma maciça). Indicada para corpos em bom ou moderado estado de conservação. Como a anterior, a congestão facial relacionada ao ‘*post mortem*’, ao ‘inchaço’ do corpo, e os vazamentos de necrochorumes eram tratados, possibilitando uma manutenção da qualidade do corpo por maior tempo. Indicada para viagens terrestres não muito longas e para fins estéticos. Sepultamento a partir de 2 horas até 24 horas após o procedimento.

- e) **Embalsamamento com tratamento de vísceras tóraco-abdominais** (tamponamento + higienização + aspiração toraco-abdominal + injeção de líquidos por via vascular, de forma maciça + abertura das cavidades toraco-abdominal 2 + ressutura de todas as incisões). Indicada para corpos em bom ou moderado estado de conservação. Sepultamento entre 2 horas a 72 horas. Esta técnica e a seguinte eram as mais invasivas ao corpo morto, mas garantiam que o corpo chegasse ao seu destino mais bem conservado em sua forma. Ela era utilizada em casos de viagens aéreas, terrestres longas ou para velórios mais demorados.
- f) **Embalsamamento com tratamento toraco-abdominal e craniano** (tamponamento + higienização + aspiração toraco-abdominal + injeção de líquidos por via vascular, de forma maciça + abertura das cavidades toraco-abdominal 2 e craniana + ressutura de todas as incisões). Indicada para corpos em bom ou moderado estado de conservação. Sepultamento entre 2 horas a 72 horas. Procedimento obrigatório para viagens aéreas internacionais.

Apesar de a técnica ter sido definida pelo agente funerário e a família no momento do atendimento, a equipe do CTP “*escutava o corpo*”. Segundo os tanatopraxistas, “*o corpo é quem dizia o que ele precisava*”. E, independentemente do tipo de contrato fechado, eles faziam o que podiam para conservar o corpo em sua forma. Os documentos eram checados e uma vez identificados (etiqueta escrita, presa na perna esquerda) e submetidos aos protocolos legais (Anexos 4 e 5).



Figura 32 - Mesas de tanatopraxia do CTP
Fonte: Nunes, Vieira, & Ferreira 2010, p.17.

Os corpos eram colocados em uma mesa de Tanatopraxia (ver Figura 32) para início do preparo do corpo. O acesso aos grandes vasos era planejado (ver Figura 33).

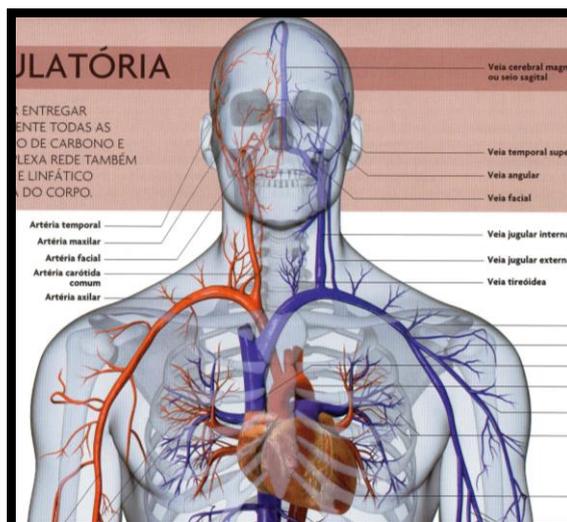


Figura 33 - Acesso aos grandes vasos
Fonte: Parker, 2012, p. 114.

Devia-se dar preferência⁵⁰ ao acesso da veia jugular pelo lado esquerdo e artéria carótida pelo lado direito do pescoço do corpo (ver Figura 33). A drenagem venosa pela jugular era mais fácil, além de possibilitar o melhor escoamento do sangue e veiculação do tanatofluido, fundamentais para o estado de conservação do corpo e, conseqüentemente, para melhorar a congestão facial relacionada ao ‘*post mortem*’ e o tom lilás do rosto.

A pele da região cervical anterior, à direita, era incisada com lâmina de bisturi em trajetória transversal ao eixo da coluna, cerca de 1 cm acima da junção entre as estruturas ósseas denominada Clavícula e o Manúbrio de Esterno. Esta incisão era prolongada por aproximadamente 04 centímetros (ver Figura 34).

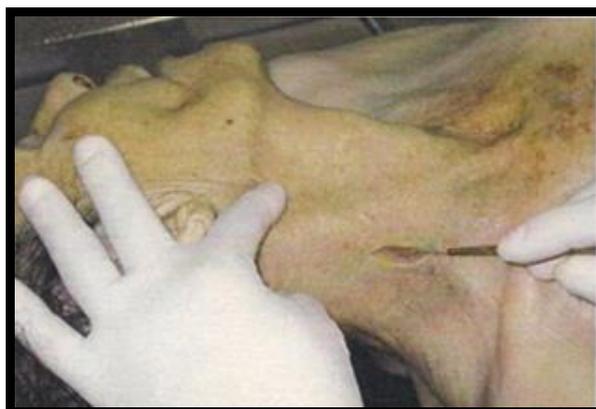


Figura 34 - Incisão com lâmina de bisturi
Fonte: Nunes,Vieira, & Ferreira 2010, p. 9.

Através da incisão e com o auxílio de uma pinça “drenadora” (ver Figura 35) a veia

⁵⁰ Em alguns casos, devido a procedimentos médicos já realizados nessa região, esse acesso aos vasos arteriais e venosos poderia ser feito na região anteromedial da coxa através da dissecação da artéria e da veia femoral, e poderia ser realizada em qualquer um dos lados do corpo.

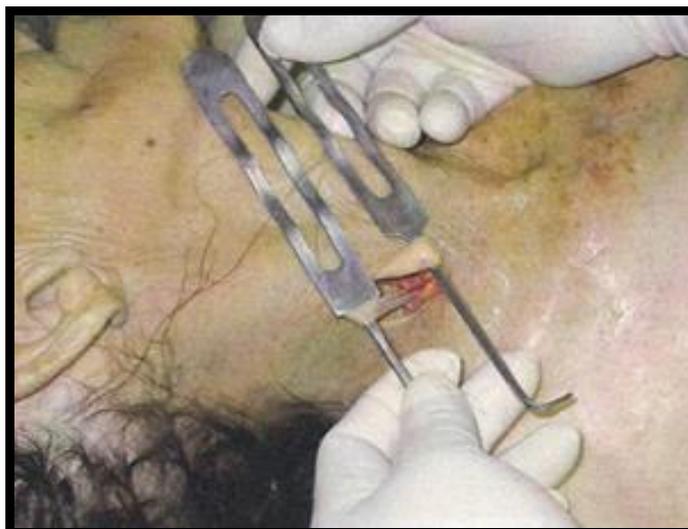


Figura 35 - Pinça "drenadora"
Fonte: Nunes, Vieira, & Ferreira 2010, p.9.

jugular era movida para a parte externa do corpo e sua visualização permitia ao tanatopraxista manipulá-la durante suas atividades. Em seguida, a veia jugular era cortada e o sangue venoso começava a ser escoado. Enquanto ocorria a drenagem venosa, a parte da artéria carótida que ia para a região superior do corpo era isolada com pinças e, na parte que ia para a região inferior do corpo (em sua extremidade distal), introduzia-se a "cânula de infusão" (ver Figura 36) para que o tanatofluído arterial pudesse ser injetado no corpo por meio de uma "bomba injetora" (ver Figura 37).



Figura 36 - Cânula de infusão
Fonte: Nunes, Vieira, & Ferreira 2010, p.9.

O processo de infusão de líquidos através do sistema arterial impulsionava a drenagem sanguínea corporal, isto é, o líquido injetado por meio da bomba injetora empurrava para fora do corpo o sangue contido no sistema venoso.

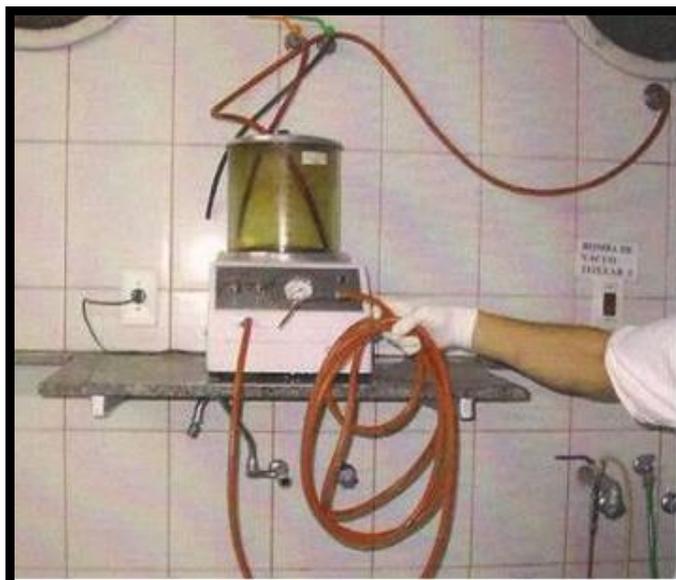


Figura 37 - Bomba Injetora(CTP)

Fonte: Nunes,Vieira, & Ferreira 2010, p.7.

Em média, para cada corpo eram injetados 10 litros de fluido. Esse fluido era fundamental para a paralisação momentânea do processo de decomposição e conseqüentemente contribuía para que o corpo chegasse ao seu destino (processo de sepultamento) em bom estado. A receita era: para cada litro do produto (tanatofluido arterial), adicionavam-se 09 litros de água.



Figura 38 - Massagem para facilitar a microcirculação

Fonte: Nunes,Vieira, & Ferreira 2010, p.9.

Durante esse procedimento, o tanatopraxista executava uma massagem (ver Figura 38) na superfície das partes externas do corpo (pernas, braços, mãos e face) com o objetivo de facilitar a drenagem do sangue por meio de movimentos que acionavam a microcirculação dos líquidos e possibilitavam a substituição do sangue pelos líquidos fixadores do tecido (tanatofluido arterial).

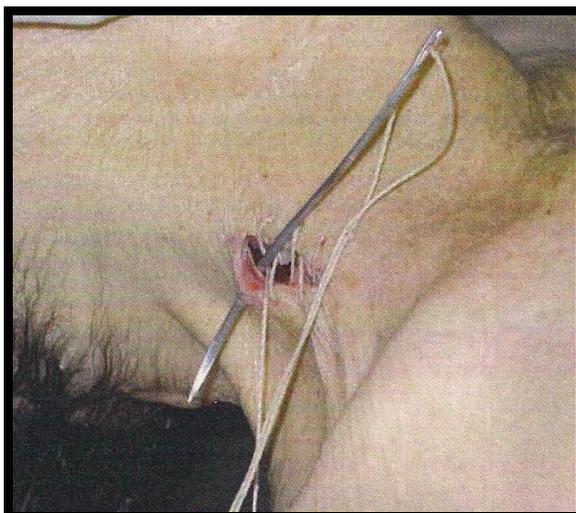


Figura 39 - Sutura com fio de seda encerado
Fonte: Nunes,Vieira, & Ferreira 2010, p.10.

Após o término da drenagem de sangue do corpo e o início da saída de fluído arterial pela jugular, o processo era interrompido, a pinça drenadora e a cânula de infusão eram retiradas e a pele era hermeticamente fechada por sutura contínua (ver Figura 39) com fio de seda encerado.



Figura 40 - Vara trocadora nº 16
Fonte: Nunes,Vieira & Ferreira 2010, p.17.

Com auxílio de uma “vara trocadora nº 16” de ponta perfurocortante (ver Figura 40),



Figura 41 - Sucção da cavidade abdominal utilizando a vara trocadora nº 16
Fonte: Nunes,Vieira, & Ferreira 2010, p.9.

era realizada a perfuração lateral à cicatriz umbilical (se a perfuração fosse feita sobre a cicatriz umbilical ocorria o vazamento de secreções ou gases para o exterior da cavidade). A vara era então introduzida na cavidade abdominal (ver Figura 41) e conectada a uma bomba aspiradora do tipo “bomba-d’água”.

Com movimentos do tipo “vaivém”, a vara ia aspirando (ver Figura 42) os líquidos que se encontravam na cavidade abdominal.



Figura 42 - Sucção da cavidade abdominal utilizando a vara trocadora nº 16
Fonte: Nunes, Vieira, & Ferreira, 2010, p.9.

No entanto, para minimizar as possibilidades de putrefação, era necessário perfurar as vísceras internas e sugar os conteúdos líquidos, sólidos e gasosos que pudessem ser encontrados. Para isso, a vareta era introduzida várias vezes na cavidade abdominal e em todas as direções (360° graus). Logo em seguida era realizada a sutura da cavidade abdominal (ver Figura 43).

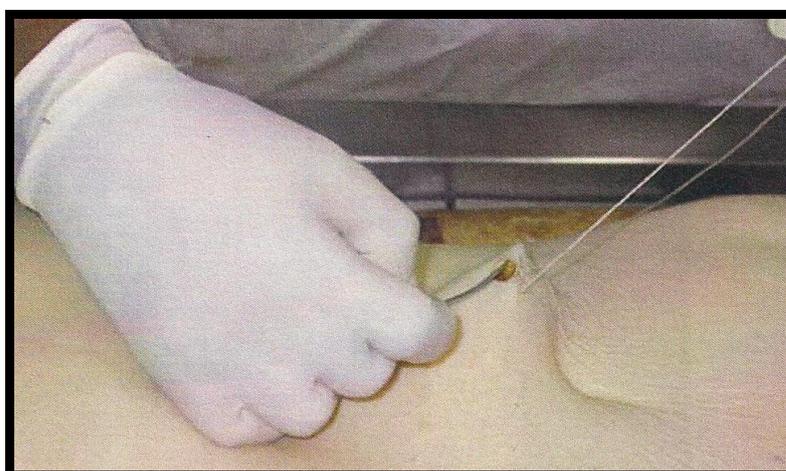


Figura 43 - Sutura da cavidade abdominal
Fonte: Nunes, Vieira & Ferreira 2010, p.17.

Após este procedimento, realizava-se a aspiração das narinas e boca(ver Figura 44) por meio de cânulas apropriadas(ver Figura 45).



Figura 44 - Aspiração das narinas e boca
Fonte: Nunes,Vieira & Ferreira 2010, p.17.



Figura 45 - Cânula para a aspiração das narinas e boca
Fonte: Nunes,Vieira, & Ferreira 2010, p.10.

Limpas, narinas e boca eram tamponadas com chumaços de algodão (ver Figura 46).



Figura 46 - Tamponamento das narinas
Fonte: Nunes,Vieira, & Ferreira 2010, p.10.

Em seguida, todo o corpo era lavado, penteado, barbeado e tamponado. Sob essas condições o corpo era retirado da mesa de Tanatopraxia, colocado em uma maca e transportado para o Centro Técnico de Ornamentação (CTO), na sala vizinha ao CTP.

7.1.4.2 As atividades dos Necromaquiadores

No CTO, o corpo passava pelos procedimentos finais apresentados resumidamente no Quadro 14. Os ornamentadores secavam o corpo, terminavam o tamponamento com algodão (anus, vagina, boca, nariz, ouvidos), realizavam os curativos necessários (enchiam de cola os furos feitos por incisões, procedimentos, acidentes), penteavam os cabelos já lavados no CTP, costuravam partes do corpo se fosse necessário, realizavam restaurações quando possível (utilizando técnicas de reparação facial e necromaquiagem) e ainda realizavam atividades solicitadas no pedido inicial como, por exemplo, pintar unhas, barbear.

-
1. Limpar e organizar as flores e o local de trabalho
 2. Secar o corpo
 3. Terminar o tamponamento com algodão (anus, vagina, boca, nariz, ouvidos)
 4. Realizar curativos
 5. Pentear cabelos
 6. Vestir os corpos
 7. Providenciar enchimento da urna
 8. Colocar o corpo na urna.
 9. Fazer a Reparação facial e necromaquiagem.
 10. Realizar atividades solicitadas no pedido como, pintar unhas, pinçar, barbear, refazer sobrancelhas.
 11. Ornamentar a urna: Simples (Orvalho, Aurora, Primavera) ou Luxo (Sublime, Tâmis, Crepúsculo, Nuvem).
-

Quadro 14 - Atividades de necromaquiagem, Hospital F., 2010.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Após o corpo ter sido restaurado, a parte frontal era coberta com um plástico fino transparente para evitar o vazamento de líquidos e manchas na roupa. O recebimento das roupas deixadas pelos familiares e/ou responsáveis estava sujeito a um horário predeterminado (já ocorreu de o familiar/responsável não chegar com a roupa a tempo e o enterro ser transferido para outro dia) e à efetivação do protocolo, que precisava vir acompanhado da assinatura legível de quem as recebeu e de quem as entregou.

Todas as peças de roupas que possuíam frente e costas eram cortadas na parte traseira, no sentido vertical, para facilitar o processo de vestir. Paralelamente, ou não, ao processo de vestir o corpo (isso por causa do número de corpos no setor), a equipe de CTO preparava a urna na qual ia deitar o corpo, forrava-a com um plástico grosso também para evitar o vazamento de líquidos corporais; por cima desse plástico, colocava jornal e/ou papel

umedecido e/ou talos das flores, a fim de que a temperatura se mantivesse amena e retardasse o processo de decomposição e ainda para que o corpo se localizasse em uma altura razoável dentro do caixão e não ficasse solto.

Havia um artefato de madeira para medir a altura ideal de modo que a tampa pudesse ser fechada sem provocar lesões no corpo. Para que isso ocorresse, a urna tinha de ser solicitada pelo setor de atendimento à família, paga no setor financeiro, que por sua vez enviava o pedido, no qual estavam descritos o tipo, a qualidade, o tamanho do caixão, ao almoxarifado, que o liberava para o CTO, de acordo com a solicitação. Se houvesse urna disponível e estivesse presente o responsável para liberá-la, era possível cumprir o prazo, caso contrário era necessário negociar os tempos.

Enfim, dentro do CTO, cada urna era identificada pelo nome do falecido e, na medida em que respectivamente “urnas preparadas” e “corpos restaurados” estavam prontos, os trabalhadores davam início ao processo de colocar o corpo na urna: ajeitavam-no de modo a deixá-lo numa posição “confortável”, colocavam-lhe travesseiro de papel sob a nuca, centralizavam-no vertical e horizontalmente, arrumavam e esticavam as roupas, colocavam algum tipo de adereço que a família tivesse solicitado.

Assim, com movimentos específicos para cada parte do corpo, os trabalhadores iam emoldurando o corpo com a roupa, primeiro enfiando os membros (superiores e/ou inferiores), depois estendendo-a na frente do corpo, arrumando-a esteticamente, fechando botões, fazendo laços, nós nas gravatas, arrumando colarinhos, golas etc.

Logo após esses procedimentos, o corpo era tamponado do peito para baixo com um papelão grosso, resistente, cortado nos moldes do caixão. Nesse papelão era feita uma dobra nas bordas para permitir seu grampeamento no caixão.

Esses atos eram necessários para impedir e/ou minimizar a possibilidade de movimento do corpo dentro da urna, principalmente quando esse corpo precisava ser deslocado por vias terrestres, marítimas e/ou aéreas para o velório e enterro. Esse grampeamento era feito por uma máquina de alta intensidade, presa ao teto do CTO, que produzia um som de martelada a cada grampo colocado e um solavanco no braço de quem grampeava.

Em seguida, sobre esse papelão era colocada uma espécie de algodão sintético, sobre o qual eram depositadas as flores. A ornamentação da urna era classificada em: simples

(Orvalho, Aurora, Primavera) e luxo (Sublime, Tâmisa, Crepúsculo, Nuvem), de acordo com o tipo das flores e a complexidade dos arranjos-desenhos.

Cada um desses procedimentos exigia, por parte dos funcionários, força, técnica, senso estético e delicadeza. Força para suportar o peso dos corpos, técnica para não machucá-los, não causar lesões, fraturas, hematomas; para que o belo fosse alcançado, para que as cores fossem adequadas ao tipo de pele, para que a maquiagem correspondesse à idade e à personalidade de cada corpo (os familiares, em sua maioria, diziam como - em vida - a pessoa falecida gostava de se maquiar, como usava o cabelo - partido ao meio, para trás, para o lado - qual lado. Levavam produtos para serem utilizados pelos ornamentadores).



Figura 47 - Corpo feminino antes e depois de ser preparado no CTO
Fonte: Nunes, Vieira, & Ferreira 2010, p.10.

E, ainda, delicadeza para tapar (com cola) os pequenos furos provocados pelos procedimentos médicos, para não borrar a maquiagem, para fazer traços finos, para passar base maquiadora, para reparar “defeitos”, para não amassar as flores, para colocá-las em ordem (fazendo os desenhos) (ver Figura 47).

O serviço de maquiagem era feito tanto em homens quanto em mulheres. No caso dos homens (ver Figura 48), usava-se um creme vitaminado na pele do rosto e, caso a família solicitasse, fazia-se a barba e usavam-se outros tipos de maquiagem. Já nas mulheres, de forma geral, usavam-se os cremes vitaminados e cosméticos como base, sombra, batom.

Os necromaquiadores utilizavam também uma massa reparadora para fazer reconstituições e um creme preto usado nas peles negras. Modelavam a face com a ajuda de algodão, passavam, com um pincel fino, uma tinta escura dentro das narinas, colavam os olhos, costuravam a boca por dentro evitando sua abertura e, passavam uma fina linha de cola nos lábios. Esses procedimentos auxiliavam a manter a forma do rosto por um período maior

de tempo. Logo em seguida, era feita a maquiagem de acordo com a solicitação da família. Muitas vezes, a família ia até o setor verificar o trabalho, se não gostasse, tinham de refazer a maquiagem. Quando a família não ia até o setor, a funcionária ia até o velório, levava a maleta de maquiagem e, se a família não gostasse, retocava a maquiagem no próprio local.



Figura 48 - Corpo masculino antes e depois de ser preparado no CTO
Fonte: Nunes, Vieira, & Ferreira 2010, p.11.

A funcionária relatava que fazia maquiagens mais “leves” porque havia mais chances de as famílias gostarem. Apesar disso, disse que havia famílias “muito exigentes”.

Além de todos esses detalhes, a eficácia desse processo dependia ainda da qualidade das flores e, portanto, dos serviços terceirizados, que eram demandados de acordo com os pedidos dos clientes e da rapidez dos trabalhadores para limpar as flores quando elas chegassem. Delas eram retiradas as partes velhas e escurecidas.

Os talos e folhas eram cortados e acondicionados em recipientes e se transformavam em material para preenchimento dos caixões. As flores boas eram colocadas em uma caixa de plástico retangular, rasa, que servia de base para os ornamentadores.

Enquanto o arranjo era feito, um trabalhador responsável pela maquiagem (geralmente mulher) completava os procedimentos estéticos como maquiagem, unhas, colocação de adereços e outros específicos a cada caso. Do CTO o cadáver era encaminhado para os responsáveis pelo traslado.

7.1.5 O ritmo de trabalho

Todo esse processo era controlado e avaliado em cada tipo de cadáver, pela aplicação adequada desses procedimentos e pela mensuração dos tempos e ritmos da execução da atividade de trabalho (ver Quadro 15).

Técnica executada	Tempo Máximo	Tipos de procedimentos	Tempo
Reparação simples	20'	1. Tamponamento	10'
		2. Higienização simples	10'
Tanatopraxia simples/padrão	35'	1. Tamponamento	10'
		2. Higienização simples	10'
		3. Aspiração Tóraco-abdominal	15'
Tanatopraxia avançada/completa	60'	1. Tamponamento	10'
		2. Higienização	25'
		3. Aspiração Tóraco-abdominal	15'
		4. Injeção de líquidos 1	10'
Tanatopraxia específica necropsiados	80'	1. Reabertura das cavidades tóraco-abdominal e craniana (se necessário)	05'
		2. Tamponamento	10'
		3. Higienização necropsiado	20'
		4. Aspiração Tóraco-abdominal	15'
		5. Injeção de líquidos 1	10'
		6. Injeção de líquidos 2	10'
		7. Ressutura de todas as incisões	10'
Embalsamamento (tratamento vísceras tóraco-abdominal)	80'	1. Tamponamento	10'
		2. Higienização	15'
		3. Aspiração Tóraco-abdominal	15'
		4. Injeção de líquidos 2	10'
		5. Abertura das cavidades tóraco-abdominal 2	20'
		6. Ressutura de todas as incisões	10'
Embalsamamento (tratamento tóraco-abdominal + craniano)	90'	1. Tamponamento	10'
		2. Higienização	25'
		3. Aspiração Tóraco-abdominal	15'
		4. Injeção de líquidos 2	10'
		5. Abertura das cavidades tóraco-abdominal 2 + craniana	20'
		6. Ressutura de todas as incisões	10'

Quadro 15 - Tempo prescrito para realização da reparação de cadáver, funerária, Belo Horizonte, 2010.
Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

No CTO, não foi possível definir tempo para cada atividade separadamente devido à variabilidade do meio, relativa às condições dos corpos (tamanho, peso, número de intervenções necessárias à recomposição, como tipo de roupa, tipo de maquiagem), à relação número de trabalhadores e número de corpos e ao tipo de ornamentação.

No entanto, havia entre os necromaquiadores uma previsão de que, com número suficiente de funcionários, para uma ornamentação simples, o tempo gasto era de 50 minutos e, para uma ornamentação de luxo, era de 90 minutos. Esses prazos podiam ser dilatados se houvesse algum tipo de pendência. Assim, os setores CTP e CTO tinham um prazo máximo total de **180 minutos** para liberar o corpo para sepultamento. A contagem do tempo que marcava o início do tratamento do corpo era efetivada a partir do momento em que o técnico recebia a autorização de procedimento e declaração de óbito do falecido. O horário do

recebimento era protocolado com assinatura legível de quem recebia e entregava os documentos e o tempo finalizava no momento no qual o corpo era acondicionado no carro que o transportaria ao cemitério.

O fluxo de trabalho variava de acordo com época de festas, chuvas, nos finais de semana prolongados, onde frequentemente o número de acidentes era maior, conseqüentemente, maior número de vítimas. Vimos, muitas vezes, nessas ocasiões, os funcionários acelerarem o ritmo, mas sempre por causa da condição do corpo, para evitar que ele entrasse em estado de putrefação, mas nunca em relação a algum tipo de forma de controle por parte da chefia.

Pelo contrário, nesses momentos, a própria supervisora, assumia a função de tanatopraxista e trabalhava de igual para igual com os demais e estava sempre atenta para o caso de algum deles mostrar algum sinal extra de cansaço. Ela dizia: “*Vá lá, descansa, depois você volta!*”. Alguns iam, outros ficavam dizendo: “*Pode deixar, estou bem*”.

7.1.6 Remuneração, adicional de insalubridade, férias e benefícios

A média aproximada de salário está explicitada no Quadro 16

Cargo	Salário
Ornamentador	R\$600,00
Auxiliar de Embalsamamento (auxiliar de tanatopraxia)	R\$1.000,00
Embalsamador (tanatopraxista)	R\$1.500,00
Embalsamador Responsável pelo Plantão (líder do turno)	R\$1.800,00

Quadro 16 – Salários, Funerária Hospital F, julho/2009.

Fonte: Hospital F, 2009.

A política da empresa apoiava o adicional de insalubridade e seu cálculo era feito sobre 40% do salário mínimo vigente na época.

Quanto ao regime de férias, aumento de salários, décimo terceiro etc seguiam as leis trabalhistas do país.

O esquema de férias era organizado antecipadamente, considerando caso a caso.

Dentre os benefícios encontramos: redução na taxa de pagamento do Plano de Saúde do Hospital F, vale transporte, vale refeição e lanche (composto por pão de sal com manteiga, café, leite).

7.1.7 Treinamentos

Para ser um tanatopraxista, o candidato precisava fazer o curso de Tanatopraxia coordenado pelo Hospital F. O custo do curso na época era de R\$1.300,00 (um mil e trezentos reais). Durante uma semana, os alunos faziam 40 horas de ensino teórico e depois, durante mais uma semana, faziam a parte prática do curso.

Na parte prática do curso, o aluno era observado em seu manejo com o corpo e nas suas reações consigo próprio. Ele era avaliado em sua linguagem verbal e não verbal, em sua técnica, em seu julgamento e tomada de decisão, em sua relação interpessoal com as equipes do CTP e CTO, em sua iniciativa e em suas reações emocionais, e, como dizia a supervisora geral, ele também tinha de passar no teste “*do olhómetro da prática*”. Ao falar desse teste, ela dizia que, no período do curso teórico, não era possível detectar se o aluno poderia ou não trabalhar com a tanatopraxia sem riscos de dano à sua saúde, mas, quando as aulas práticas começavam, ela “*batia o olho*” e sabia quem “*dava para o negócio*” ou não.

Se o aluno fosse aprovado, ele recebia o certificado do curso. Essa certificação possibilitava o trabalho na área. Caso a equipe do curso, auxiliada pelas avaliações das equipes do CTP e CTO, julgasse o aluno inapto à função, ele recebia um certificado de conclusão da parte teórica do curso com a ressalva de que aquele aluno ainda não estava apto para exercer a função de tanatopraxista.

7.1.8 Promoções

O plano de carreira do setor passava pelos serviços de CTO e CTP, responsável de turno e supervisão geral do setor. Para ser tanatopraxista era necessária a aprovação no curso. Para ser responsável do turno, além do curso, era necessário domínio das técnicas, mas, sobretudo ser capaz de liderar, conduzir e apoiar as equipes, ser reconhecido em sua liderança, ter equilíbrio emocional diante das situações problemas, demonstrar estabilidade emocional nas situações fora do ambiente de trabalho. Para o cargo de supervisor geral do setor além de todas as características mencionadas, o profissional devia ter graduação escolar de nível superior.

7.1.9 Formas de supervisão e controle

A funerária do Hospital F seguia as normas trabalhistas da categoria e os controles relacionados às normas de biossegurança, traslado de cadáveres e descarte de resíduos no

meio ambiente, em aplicação da Lei nº 6.938 (1981), da Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente nº 358 (CONAMA, 2005), das Resoluções da Diretoria Colegiada nº 68 (2007) e nº 306 (2004) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC/ANVISA). Essas regulamentações visavam à preservação da saúde pública e da qualidade do meio ambiente, à minimização de riscos ocupacionais nos ambientes de trabalho e à proteção da saúde do trabalhador e da população em geral.

A legislação exigia que todos os órgãos viscerais fossem enterrados com os corpos, para evitar dúvidas referentes aos procedimentos. Todo o processo de trabalho era filmado e arquivado para ficar devidamente registrado o que foi realizado no corpo. Essas informações também eram anotadas nos livros de registro, assim como o horário do início e término do procedimento e o estado em que o corpo chegara à instituição funerária.

Além desses controles, havia roteiros de vistoria (Anexo 6 e Anexo 7) checados frequentemente. Segundo os trabalhadores, essa checagem era necessária não somente para manter a qualidade dos serviços. A aprovação dessas vistorias era fundamental para manter um *“lugar de prestígio”* entre as empresas concorrentes do ramo, mas também para as auditorias realizadas pela Vigilância Sanitária e para a própria saúde dos trabalhadores.

Assim, as atividades de trabalho eram permeadas de formalidades, regras, controles e burocracias no processo de preparação, ornamentação e liberação do corpo. Nenhuma atividade podia ser desenvolvida com o corpo sem a documentação necessária: liberação da família, declaração de atestado de óbito, do contrário, os funcionários podiam ser processados judicialmente por violação de cadáver.

No entanto, todo esse prescrito priorizava a realização da tarefa e não a relação superior/subordinado na hierarquia. As normas e as regras foram incorporadas pela equipe como forma de proteger esses trabalhadores, principalmente quanto à contaminação do ambiente, dos corpos e também proteger a empresa nos casos de fiscalização.

A supervisora geral, ao chamar a atenção de um funcionário, agia com foco na realização da atividade e não para repreendê-lo; por exemplo: *“você está segurando com muita pressão a artéria e por isso ela está escapando, tente senti-la primeiro, depois faça uma leve contração com as pontas dos dedos e em seguida perfure-a”*. E ficava ao lado, aguardando o funcionário fazer o que lhe havia ensinado. Se ele acertasse, incentivava-o, escutava as explicações dele por não ter conseguido acertar antes. Se ele não conseguisse, ela fazia junto com ele, com toda calma, pegando na mão do funcionário quase como uma

extensão do corpo dela, e, juntos, iam fazendo os movimentos e conferindo: “*Sentiu?*”, “*agora pressione*”. E, os dois, lentamente, iam realizando a atividade. Ao final, vibravam, comentavam o feito com outros colegas.

Em relação aos corpos, a supervisora geral nos expôs sua preocupação quanto à liberação de “necrochorumes” no meio ambiente em razão da localização de cemitérios. Ela dizia que os cemitérios deviam ser construídos fora das vias de água utilizadas para a alimentação de animais e seres humanos e ressaltava: “*Já que não posso alterar essa realidade, posso contribuir realizando o tratamento dos corpos, minimizando, assim, os danos que a liberação desses “necrochorumes” poderia causar*”.

Para ela, o objeto de trabalho da tanatopraxia não era a morte, era o cadáver, porque como dizia: “*Eu não conheço a morte, eu não sei os caminhos da morte. Eu pego em um corpo sem vida, uma pessoa que faleceu. Mas o que é a morte? Eu não sei.*”

Ela sempre dizia à sua equipe que era preciso “*deixar o corpo em condição de velório, com uma aparência suave, de tranqüilidade*”. “*Chegou a hora de partir. Então, cabe a nós prepará-lo para esta viagem da melhor maneira possível*”.

7.1.10 Relação entre pares

Em geral, existia um bom relacionamento entre os funcionários dos dois plantões observados. Havia um clima de muita camaradagem e descontração entre eles, sendo recorrentes as brincadeiras durante o período de trabalho. Não havia quem não brincasse, quem não interagisse; e, se alguém ficava muito tempo quieto, seu comportamento chamava a atenção dos outros, que tentavam entender o que estava acontecendo.

Tudo indica que essa interação constante os ajudava a tirar o foco do trabalho e de seu conteúdo. Isso pode ser fundamental para nos ajudar a entender como era possível trabalhar naquele setor sem desenvolver doenças. Parece que agindo assim, o ambiente em volta deles ganhava outro significado, ficava em segundo plano.

7.1.11 Relações com os usuários: o corpo morto e seu responsável

O corpo morto. A relação desses profissionais com o corpo morto variava em razão de os traços físicos dele estabelecerem ou não pontos de identificação com a história de vida que eles tiveram até então.

Todos os ornamentadores deviam, em regime de escala, buscar os corpos em suas residências, hospitais ou IML e levá-los aos velórios. Quando iam às residências deviam carregar uma pequena maca dobrável e junto com o motorista transportavam o cadáver do local onde ele estivesse, até o carro da funerária, para que fosse levado ao CTP. Quando a busca era feita em hospitais, normalmente havia os movimentadores que levavam o corpo até o necrotério do hospital, de onde ele seria transportado até o carro da funerária. Quando o hospital não possuía necrotério, o corpo devia ser recolhido no próprio leito onde ocorreu o óbito. Já no IML, eles tinham de obter o reconhecimento do corpo por algum responsável da família, antes de retirá-lo e desloca-lo para o carro da funerária.

Assim, nem sempre conseguiam evitar o contato com a família deparando-se com as questões da **morte** e, isso trazia uma série de implicações para os processos de subjetivação desse trabalhador, nem sempre negativas, mas sempre significativas.

Em tal situação, levantamos a hipótese de que a vivência desses momentos possibilitava-lhe uma reflexão sobre a vida e o viver e, ao elaborá-la, podiam saía mais íntegro e fortalecido dessas situações.

Algumas vezes, essa identificação, aparecia em forma de alucinação, isto é, o trabalhador envolvido pelo corpo morto-vivo relatava que via, ouvia o morto se comunicar com ele. Quando isso acontecia, a supervisora geral e o líder do turno ou mesmo um colega diziam para ele ir para casa, dar um tempo. *“O meu maior desafio é fazer com que os trabalhadores não misturem crenças religiosas com o trabalho. Eu não discuto, não questiono religiões, mas aqui todos têm de estar com o pé na realidade, senão eles adoecem”*. (Supervisora Geral).

Em decorrência da possibilidade dos agravos à sua saúde, **o relacionamento deles com o responsável e/ou familiares** era o mais formal possível. No entanto, sempre ficavam curiosos e perguntavam ao colega que havia ficado responsável por realizar a entrega do corpo aos familiares como havia sido a reação deles? E raramente acontecia algum tipo de reclamação sobre os serviços realizados.

7.1.12 Ginástica Laboral

Não havia programa formal de ginástica laboral inserido em suas atividades. Quando os funcionários sentiam algum tipo de necessidade de se exercitarem, faziam-no livremente.

A política da empresa era deixá-los decidir o melhor momento e o local para se relaxarem, para fazerem as pausas, devido à impossibilidade de fazer-se o controle do fluxo das atividades e os limites do trabalhador.

7.2 Condições de trabalho

Como dito antes, os serviços de Tanatopraxia e ornamentação ficavam localizados na parte inferior da funerária. Os corpos chegavam e eram encaminhados ao necrotério onde aguardavam, em macas de ferro, até que fosse liberada a documentação e o tratamento a ser feito fosse contratado pela família. Lá também ficavam as padiolas (caixas de ferro utilizadas para transportar os corpos) empilhadas em um canto da sala.

Destacamos o aspecto físico com que esses corpos chegavam. Os de origem hospitalar, que vinham acompanhados de atestado de óbito e os de origem domiciliar, que conseguiam o atestado de óbito com médicos particulares, chegavam mais rapidamente ao necrotério e geralmente mais compostos, vestidos, mais limpos, e em melhor condição física. Os de origem do Instituto Médico Legal (IML), geralmente por causa do processo de biópsia pelo qual passaram, chegavam cortados, costurados, sujos de sangue, desarrumados, muitas vezes em pedaços (caso de acidentes de trânsito) e, por vezes, com um mau cheiro insuportável devido aos gases que exalavam em razão do processo de decomposição iniciado.

Conforme a NR 09 que regula o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (MTE, 1994), é preciso primeiro buscar a adaptação de ambiente ao trabalhador que deve ser preservado dos elementos prejudiciais à sua saúde. Se a adaptação não é possível, os riscos à saúde do trabalhador precisam ser completamente afastados através do uso de tecnologias ou equipamentos de proteção coletiva e, em último caso, usam-se equipamentos de proteção individual (Machado, Soratto, & Codo, 2010).

A funerária buscava recursos para minimizar essas situações penosas, mas ainda eram insuficientes para a saúde do trabalhador, por exemplo, a construção de tratamento de resíduos diminuiu significativamente o odor próximo ao local em que era feito o descarte dos efluentes. Todas as segundas-feiras o técnico responsável ia fazer o tratamento.

7.2.1 Ambiente físico

Ao lado do necrotério, estava o Centro Técnico de Preparação (CTP), onde eram realizados os procedimentos da Tanatopraxia. Nesta sala ficavam dispostas, lado a lado, três mesas de metal onde os corpos eram preparados (ver Figura 49)



Figura 49 - Centro de Técnico de Preparação (CTP)
Fonte: Nunes, Vieira, & Ferreira 2010, p.7.

Nesta sala havia ainda um armário onde eram guardados os materiais utilizados em suas atividades, como luvas, toucas, máscaras, algodão, lâminas de bisturi, barbeadores. Havia ainda uma mesa com um telefone, um computador, na qual ficavam os livros de anotação dos procedimentos que eram realizados em cada corpo. Havia um exaustor com a função de diminuir o mau cheiro do ambiente.

Dentro do CTP, separada por uma divisória, ficava a sala da coordenadora geral. Esta sala não possuía janela para o lado de fora e era refrigerada por ar condicionado, possuía uma mesa, computador e um armário. Havia uma grande janela de vidro interna por onde se podia observar o que acontecia no setor.

Na sala ao lado do CTP e separada por uma porta de correr encontrava-se o Centro Técnico de Ornamentação (CTO). No CTO, o corpo era colocado dentro do caixão e ornamentado.

O ambiente do CTO era constituído de uma bancada onde as flores eram cortadas e separadas, um contêiner onde estavam armazenados os jornais úmidos e os galhos finos e um

armário onde eram colocados os materiais utilizados no setor, como faixas, plástico-filme, tesouras, agulhas e linha, maquiagem, pinças.

No canto da sala encontrava-se uma mesa onde também havia um livro em que era anotado o tipo de ornamentação que foi feito e as roupas entregues pela família. Havia também, em uma bancada menor, um computador.

No teto do CTO encontrava-se um grampeador pneumático (ver Figura 50), utilizado para grampear o papelão que prende o corpo ao caixão. Neste ambiente sempre havia um rádio ligado, pertencente a algum funcionário.



Figura 50 - Grampeador pneumático
Fonte: Loja de vendas do produto, 2013.

O CTO possuía duas portas para o ambiente externo. A primeira dava acesso a uma área coberta onde ficavam os escaninhos individuais de cada funcionário, e a outra área, também coberta, onde ficavam estacionados os veículos destinados ao traslado dos corpos. Assim, quando os procedimentos na ornamentação terminavam, o corpo saía por essa porta diretamente para o veículo que o conduziria ao velório. Normalmente, nessa hora, um parente/responsável verificava a qualidade dos serviços. Podiam ocorrer retrabalhos nesse momento, por causa da maquiagem, de arranjos nas roupas ou por outros motivos.

A segunda porta ficava em frente ao almoxarifado onde os caixões ficavam empilhados sob o controle de um despachante. Esse funcionário era responsável pelo encaminhamento ao CTO dos caixões comprados pelas famílias, como também pela liberação dos corpos que seriam entregues nos cemitérios e pela orientação aos motoristas sobre o local onde buscar os corpos a serem preparados.

O fato de o almoxarifado estar localizado num espaço próximo ao CTO agregava logisticamente valor ao processo de trabalho, uma vez que o caixão saía diretamente do

estoque para a sala, não havendo complicações de traslado à primeira vista. Este setor ficava dentro do grande galpão onde estava todo o serviço e era cercado por uma tela de arame grosso.

Sob o grande galpão e perto da porta do necrotério, no local onde os carros funerários ficavam estacionados, havia uma televisão pequena, três cadeiras de plástico e uma cadeira giratória com o assento quebrado. Ali os funcionários e motoristas costumavam permanecer quando não havia serviço a fazer. Era um espaço aberto onde eles conversavam, assistiam à televisão e fumavam. Havia um mínimo de conforto, parecendo um ambiente improvisado para esses fins.

No CTP e no CTO, as paredes eram revestidas por azulejos brancos e o chão era de cimento. Como havia perigo de contaminação, as pessoas varriam, limpavam o ambiente, bem como usavam luvas, óculos e avental continuamente.

Além desses espaços, os funcionários tinham à sua disposição uma cantina onde havia duas mesas para refeição, com cadeiras de madeira pouco confortáveis e antigas. Havia uma geladeira e um forno microondas. Havia também um banheiro/vestiário masculino e feminino.

7.2.2 Ambiente químico

Encontramos alta probabilidade de contaminação no ambiente de trabalho desses profissionais por causa da manipulação de objetos contaminados, de produtos químicos à base de formaldeído e de gases tóxicos exalados dos corpos e nocivos à saúde humana⁵¹.

Em decorrência dos gases tóxicos, a sala de Tanatopraxia era equipada com um sistema de exaustão de ar com o objetivo de evitar a concentração de vapores de formaldeído que pudessem se acumular no ambiente com o passar do tempo e causar efeitos adversos à saúde humana. Em suas paredes e produtos, encontravam-se cartazes e rótulos com símbolos de possibilidade de carcinogenicidade (ver Figura 51).

⁵¹ Segundo a *International Agency for Research on Cancer*, o formaldeído é classificado como Grupo 2A - provável agente carcinogênico para humanos (IARC, 1995), e, pelo *Globally Harmonized System of Classification and Labelling of Chemicals United Nations* (GHS, 2003), é considerado 1B – possível agente carcinógeno pela via inalatória (WHO/IPCS, 1989, 1991).



Figura 51 - Símbolo de substância tóxica com possibilidade de carcinogenicidade
 Fonte: Brady, 2012.

Além do sistema de exaustão de ar, era ligado frequentemente um ventilador para dispersar o ar contaminado pelo formol. Os objetos perfurocortantes eram manuseados com a máxima atenção possível para evitar acidentes.

Nos procedimentos eram utilizados dois produtos químicos com a finalidade de preservar os corpos durante o tempo necessário do traslado e sepultamento. São eles: o fluido arterial e o fluido visceral (ver Figura 52).

1º) **Fluido arterial**: apresenta em sua composição uma substância chamada aldeído fórmico, comercialmente conhecida como formol. Normalmente esse produto é comprado no mercado em concentrações 40% p/p (peso por peso), é uma substância volátil (evapora com facilidade). Em produtos de tratamento de corpos ou peças anatômicas é utilizada uma solução cuja concentração gira em torno de 4% a 10%. Podem ser destacados os seguintes riscos à saúde:

- Irritação das mucosas (vias aéreas superiores – nariz e garganta);
- Irritação dos olhos, lacrimação;
- Tosse, irritação pulmonar;
- Ataca a camada mais externa da pele das mãos podendo descascar (Dermatite); o formol, em contato com feridas, provoca ardência das mesmas e pode provocar úlceras;
- O formol em altas concentrações (igual ou superior a 40%) pode com o passar dos anos atuar como agente cancerígeno.

2º) **Fluido visceral**: da mesma forma que o fluido arterial, possui formol em sua constituição além de uma substância de caráter básico, hidróxido de sódio. O hidróxido de sódio que se encontra presente em baixas concentrações exige um maior cuidado no sentido de se evitar contato com a pele e olhos, não apresenta riscos em relação ao sistema respiratório por não ser um produto volátil.

Figura 52 - Produtos químicos utilizados nas tanatopraxias e embalsamamento
 Fonte: Nunes, Vieira, & Ferreira 2010, p.24.

De acordo com a *Hazard Substances Data Bank* (HSDB⁵²), o formaldeído pode ser absorvido pelas vias oral, dérmica e inalatória, apresentando elevado potencial de irritabilidade local e, em exposições crônicas, potencial de carcinogenicidade (HSDB, 2006).

Todos os recipientes que armazenavam os produtos químicos utilizados no CTP e CTO continham a simbologia universal de risco de contaminação (ver Figura 53, Figura 54, Figura 55).



Figura 53 - Substância Tóxica (T) ou Muito Tóxica (T+)
Fonte: Nunes, Vieira, & Ferreira, 2010, p.25.



Figura 54 - Substância Irritante (Xi) ou substâncias Irritantes (Xn)
Fonte: Nunes, Vieira, & Ferreira, 2010, p.25.



Figura 55 - Substância corrosiva (C)
Fonte: Nunes, Vieira, & Ferreira, 2010, p.25.

⁵² HSDB é um banco de dados sobre toxicologia da *Toxicology Data Network* (TOXNET). Este banco de dados contém informações sobre a toxicologia dos produtos químicos potencialmente perigosos, organizadas nos seguintes grupos: efeitos sobre saúde humana; tratamento médico de emergência; estudos sobre toxicidade em animais; farmacocinética; farmacologia; risco de exposição ambiental e outras informações correlatas. Todos os dados são referenciados e obtidos a partir de livros, documentos governamentais, relatórios técnicos e periódicos primários previamente selecionados. Os registros do HSDB expostos no Painel Científico Review (SRP) são constantemente revisados e atualizados por uma comissão de especialistas nas principais áreas científicas.

7.2.3 Ambiente biológico

O conteúdo do trabalho relacionado com diversos motivos das mortes era potencialmente causador de contaminação por vírus, bactérias, parasitas, fungos. Devido a essas causas todo o setor era classificado pela ANVISA (2004) no grupo de **RISCO A**⁵³ (ver Figura 56).

GRUPO A: resíduos que apresentam risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente devido à presença de agentes biológicos. Enquadram-se neste grupo, dentre outros: **sangue e hemoderivados**; animais usados em experimentação, bem como os materiais que tenham entrado em contato com os mesmos; **excreções, secreções e líquidos orgânicos**; meios de cultura; tecidos, órgãos, fetos e peças anatômicas; filtros de gases aspirados de área contaminada; resíduos advindos de áreas de isolamento; restos alimentares de unidade de isolamento; resíduos de laboratórios de análises clínicas; resíduos de unidade de internação e de enfermaria e animais mortos a bordo dos meios de transporte. Além desses ainda fazem parte deste grupo, os **objetos perfurantes ou cortantes**, capazes de causar punctura ou corte, tais como **lâminas de barbear, bisturi, agulhas**, escalpes, vidros quebrados etc., provenientes de estabelecimentos prestadores de serviços de saúde.

Figura 56 - Classificação de risco biológico

Fonte: Nunes, Vieira, & Ferreira 2010, p.27; ANVISA, 2004.

7.2.4 Condições de higiene

O CTP e o CTO eram higienizados constantemente. A cada entrada e saída de corpo da mesa de Tanatopraxia era realizado o procedimento de higienização. Os funcionários se revezavam na manutenção do local limpo. Eles utilizavam uma solução de hipoclorito de sódio (1.000 ppm(mg/l) de cloro ativo. Para cada dez litros da solução, eles colocavam 100ml de hipoclorito de sódio a 10% de cloro ativo e completavam com água.

Todo acondicionamento e embalagem de formulações à base de cloro eram vedados e protegidos contra fontes de luz e calor. Eram verificados constantemente os prazos de validade desses produtos. Os equipamentos de limpeza (vassouras, escovas, rodos etc.) passavam por desinfecção (com a solução de cloro) após cada hora de jornada.

Os materiais descartáveis utilizados no procedimento de Tanatopraxia eram eliminados imediatamente após o término do processo de acordo com as normas da ANVISA (2004) para resíduos do GRUPO A (ver Figura 56), isto é, os resíduos que apresentavam risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente devido à presença de agentes biológicos.

Os trabalhadores de cada turno, ao final de cada plantão, eram responsáveis pela limpeza das salas e da caixa onde eram descartados os dejetos.

⁵³ Estávamos no setor (2009) quando começaram a ocorrer as mortes por causa da gripe suína, doença causada pelo vírus influenza A H1N1. Diante desse fato, os cuidados e controles foram ampliados conforme descrito no item Condições de Segurança.

7.2.5 Condições de segurança

Os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) utilizados nos procedimentos eram: máscara facial com filtro para vapores orgânicos ou máscara autônoma e luvas de procedimento (mais finas) ou luvas de borracha (ver Figura 57).

Caso houvesse contato de solução de formaldeído com a pele ou mesmo de produtos contendo formaldeído na composição, podiam surgir dermatites de contato (HSDB, 2006).

A inalação de altas concentrações de vapores de formol podiam causar: laringite, bronquite, broncopneumonia, hiperemia (aumento da quantidade de sangue circulante num determinado local, ocasionado pelo aumento do número de vasos sanguíneos funcionais) da mucosa nasal e da conjuntiva, lacrimejamento e coriza abundante, dificuldade de respirar podendo em alguns casos apresentar crise de asma (HSDB, 2006).



Figura 57 - Equipamentos de Proteção Individual
Fonte: Nunes, Vieira, & Ferreira 2010, p.27.

De acordo com HSDB (2006), a ingestão da solução de formaldeído causava severa irritação do trato gastrointestinal, vômitos e náuseas, acidose metabólica e hematúria. A exposição prolongada podia ocasionar depressão, malformações fetais e cegueira, podendo ainda ser observados efeitos mutagênicos por sua ação sobre grupos de amins do ácido nucleico.

A HSDB (2006) recomenda para prevenção do contato com a pele, mucosa e olhos, as precauções pessoais como: a) a utilização de creme protetor, b) macacão impermeável do tipo tyvek, nitrílica ou trevira; c) óculos protetores; d) botas; e) luvas de PVC.

Respiradores com purificação de ar não eram efetivos em um ambiente deficiente de oxigênio, devendo-se, portanto, optar (dependendo das concentrações presentes no ambiente

ou da extensão do derramamento/vazamento) por máscaras faciais inteiras com filtro substituível para vapores orgânicos ou próprios para formaldeído e máscaras de oxigênio para situações em que as concentrações excediam os limites de exposição (HSDB, 2006).

Tivemos a oportunidade de presenciar alterações nos EPIs no período da pandemia (2009) provocada pelo vírus Influenza A (H1N1) a qual atingiu o hemisfério Sul com as maiores taxas de mortalidade, por causa do inverno (ver Figura 58).

Maiores taxas de mortalidade (por 100 mil/hab.) entre 15 países com maior número de óbitos			
País	Óbitos	População	Taxa de mortalidade
1. Argentina	514	40.276.376	1,27
2. Paraguai	52	6.348.917	0,81
3. Austrália	171	21.292.893	0,80
4. Chile	132	16.970.265	0,77
5. Brasil	899	191.481.045	0,46
6. Peru	121	29.164.883	0,41
7. Equador	55	13.625.033	0,40
8. Malásia	74	27.467.837	0,26
9. Canadá	74	33.573.467	0,22
10. Tailândia	142	67.764.033	0,20
11. México	215	109.610.036	0,19
12. EUA	593	314.658.780	0,18
13. Venezuela	54	28.583.366	0,18
14. Reino Unido	76	61.565.422	0,12
15. Índia	189	1.198.003.272	0,01

Figura 58 - Dados da Pandemia Influenza A (H1N1) anos 2009/2010

Fonte: Atualização de óbitos: 15 de setembro de 2009, www.ecdc.europa.eu. Número de habitantes: IBGE, 2009.

Nessa época, o Ministério da Saúde divulgava semanalmente o número crescente de casos no Brasil. Os dados do MS, em agosto de 2009, registraram 300 mil casos suspeitos, 45320 casos confirmados, 30232 diagnosticados como casos de gravidade e 603 mortes. E, ainda, numa nota feita à imprensa em 16 de setembro de 2009, o MS Brasil (2009), explicitava que a taxa de mortalidade no “comparativo com os 15 países com maior número absoluto de mortes, o Brasil tem a 5ª taxa de mortalidade, que representa o número de casos em cada 100 mil habitantes”.

Com os dados crescentes, foram discutidas no setor, medidas de segurança, proteção aos trabalhadores. Nessa oportunidade, as máscaras cirúrgicas foram trocadas por respiradores de classificação de filtro para aerossóis, categorizados nos Estados Unidos da América (EUA) como N95 (ver Figura 59), recomendados pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) dos

EUA e certificados pelo *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) ⁵⁴. Segundo esses órgãos, esse tipo de máscara é indicado para evitar rubéola, sarampo, sars, varicela e todos os tipos de gripe.



Figura 59 - Respirador de classificação N95.
Fonte: CDC, 2012.

No Brasil, a 3M produz um modelo equivalente, que se encaixa na categoria PFF-2 e denominado Respirador 1860 N95 (ver Figura 60).



Figura 60 - Respirador 1860 N95.
Fonte: 3M, 2012.

Entretanto, para que o respirador N95 ou PFF-2 sem válvula Lubeka (Scopo, 2013) pudesse ser comercializado no Brasil em locais onde houvesse o risco de exposição aos agentes biológicos, a comercialização devia seguir a norma brasileira, NBR 13698:2011 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT/CB-32), possuir Certificado de Aprovação (CA) do Ministério do Trabalho (NR-6) e também o Registro do Ministério da Saúde (Lei 6360/76 e RDC/ANVISA no.185/2001).

A diferença entre esses respiradores e máscaras cirúrgicas utilizadas regularmente era que o respirador é um Equipamento de Proteção Individual (EPI), que possui filtro eficiente para retenção dos contaminantes presentes no ambiente de trabalho na forma de aerossóis e

⁵⁴ Centro de Controle de Doenças (CDC) dos EUA e a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicaram na época e vêm publicando e atualizando regularmente as informações sobre os processos de controle e infecção da gripe suína. Para maiores informações e eventuais atualizações, consulte as páginas do CDC. Recuperado de http://www.cdc.gov/swineflu/general_info.htm e da OMS, recuperado de <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/index.html>.

cobre a boca e o nariz, proporcionando uma vedação adequada sobre a face do usuário, além de ter capacidade de reter gotículas. Alguns modelos possuem ainda características adicionais de máscaras cirúrgicas, pois são resistentes à projeção de fluidos corpóreos (CDC, 2012; 3M, 2012).

Segundo o fabricante (3M, 2012), as máscaras cirúrgicas servem para minimizar a contaminação do ambiente provocada por secreções respiratórias geradas pelo próprio trabalhador de saúde ou pelo paciente em condição de transporte.

Apesar de ser indicada para proteger o trabalhador de saúde de patologias de transmissão respiratória por gotículas a curta distância e pela projeção de sangue ou outros fluidos corpóreos que possam atingir suas vias respiratórias e atuarem como barreira de uso individual que cobre o nariz e a boca, elas não são consideradas Equipamento de Proteção Respiratória ou Equipamento de Proteção Individual e, portanto, não estão sujeitas a Certificado de Aprovação (CA) do Ministério do Trabalho (NR-6).

Elas não protegem adequadamente o usuário em relação a patologias transmitidas por aerossóis, pois, independentemente de sua capacidade de filtração, a vedação no rosto é precária neste tipo de máscara.

Para o setor, o processo de vedação era muito importante. Se um respirador não selava adequadamente na face, contaminantes dispersos na forma de aerossóis podiam penetrar através das falhas na zona de selagem da peça facial e atingir a zona respiratória dos trabalhadores.

De acordo com orientações do fabricante, deviam-se seguir sempre as instruções de colocação e ajuste disponíveis nas embalagens dos produtos ou informadas pelo fabricante em documentos técnicos. Era importante também avaliar adequadamente modelo e tamanho dos respiradores de acordo com o formato do rosto do usuário. Barba, bigodes longos e outras formas de pelo facial podiam interferir em uma boa selagem e causar vazamentos para dentro do respirador (3M, 2012).

A HSDB (2006) relatava que para a proteção das mãos, o trabalhador devia fazer uso de luvas de PVC e creme protetor. Para proteção dos olhos, devia utilizar óculos de segurança para produtos químicos tipo visor químico. E, ainda, o trabalhador devia estar atento à manutenção do sistema de ventilação/exaustão, manter os EPI's devidamente limpos e em condições adequadas de uso, guardados fora do local de trabalho e realizar periodicamente

inspeções e possíveis manutenções e/ou substituições de equipamentos danificados (ver Figura 61).



Figura 61 - Tanatopraxistas em seu posto de trabalho
Fonte: Nunes, Vieira, & Ferreira 2010, p.27.

Os tanatopraxistas e necromaquiadores eram orientados a tomar banho e trocar de roupa após o trabalho, antes de sair do CTP e CTO. Ao chegar a casa, deviam lavar as roupas contaminadas separadamente, evitando o contato com outros utensílios de uso pessoal (ver Figura 61). Além desses cuidados pessoais, Nunes, Vieira e Ferreira (2010) recomendavam os cuidados com os materiais descartáveis (ver Figura 62) como os perfurocortantes, os recipientes rígidos, as luvas, as toucas.

Todo material descartável utilizado durante um procedimento de Tanatopraxia deve ser imediatamente eliminado após o término do processo. Recomenda-se que todo material metálico não descartável utilizado deve ser esterilizado em pequenas estufas. Material perfuro-cortante (bisturis e agulhas) devem ser armazenados em recipientes rígidos (material plástico) para evitar acidentes no recolhimento desses. Luvas e toucas devem ser descartadas em embalagens (sacos de lixo) de cor branca, indicação de lixo biológico.

Figura 62 - Procedimentos de segurança
Fonte: Nunes, Vieira, & Ferreira 2010, p.27.

Os autores destacavam que os trabalhadores precisavam criar e aplicar em suas atividades uma “consciência de autoproteção”, partindo do pressuposto de que “por mais que se dissesse a alguém o que ele devia fazer, ele só o fazia a partir do momento” em que ele se apropriasse dos riscos à sua saúde. Os trabalhadores recebiam ainda orientações de primeiros socorros que deviam ser seguidas caso ocorressem acidentes como explicitados na Figura 63.

Em caso de **contaminação das roupas com fluidos corporais** (sangue) e ou **substância química**, retirar a roupa e sapatos contaminados lavar a pele e olhos com água em abundância durante 15 minutos (banho).

Em caso de **ingestão acidental dos produtos químicos**, induzir a vítima a beber água se estiver consciente e **encaminhá-la ao médico** indicando ao mesmo o produto ingerido e seus constituintes, se possível indicar também a concentração de cada um dos mesmos.

Em caso de **inalação**, remover a pessoa para o ar fresco, aplicar respiração artificial, solicitar **assistência médica** de emergência (se necessário).

Figura 63 - Medidas de primeiros socorros em caso de contaminação

Fonte: Nunes, Vieira, & Ferreira 2010, p.27.

Essas medidas, embora estivessem expostas de modo reduzido nas paredes do setor, coincidiam com as explicitadas pelo HSDB (2006) e mostradas na Figura 64.

Levar o acidentado para um **local arejado**. Retirar as roupas contaminadas. Lavar as partes do corpo atingidas com água em abundância e sabão. Se o acidentado estiver inconsciente e não respirar mais, praticar respiração artificial ou oxigenação. Encaminhar ao serviço médico mais próximo levando esta ficha (HSDB, 2006).

Inalação: Remover a pessoa para local arejado. Se não estiver respirando, faça respiração artificial. Se respirar com dificuldade, consultar um médico imediatamente (HSDB, 2006).

Contato com a pele: Lavar imediatamente a área afetada com água em abundância e sabão. Remover as roupas contaminadas. Ocorrendo efeitos/sintomas, consultar um médico. Lavar as roupas contaminadas antes de reutilizá-las (HSDB, 2006).

Contato com os olhos: Lavá-los imediatamente com água em abundância. Consultar um médico (HSDB, 2006).

Ingestão: Não provoque o vômito. Procurar um médico imediatamente. É possível que o vômito ocorra espontaneamente não devendo ser evitado; neste caso, deite o paciente de lado para evitar que aspire resíduos. Atenção: Nunca dê algo por via oral para uma pessoa inconsciente (HSDB, 2006).

Figura 64 - Medidas de primeiros socorros em caso de contaminação HSDB (2006).

Fonte: HSDB, 2006.

Em caso de pessoa falecida cujo atestado de óbito ou laudo anexado ao corpo indicasse como causa da morte doença infectocontagiosa, impunha-se o uso de avental de material impermeável, toucas de material descartável, botas ou sapatos impermeáveis e de solado antiderrapante, o uso de óculos de segurança devido à possibilidade de jorrar sangue do corpo em tratamento, pois “os olhos são como portas abertas a uma contaminação” (Nunes, Vieira, & Ferreira, 2010, p.26).

VIII CAPÍTULO – A TANATOPRAXIA: discussão

8.1 A organização do trabalho

A organização do trabalho era executada tendo como referencial o Padrão dos Procedimentos Operacionais (POP), mas, na prática, cada trabalhador renormalizava esse padrão (Schwartz & Durrive, 2007, 2010) para se ajustar aos imprevistos da atividade (Clot, 2006).

Todos tinham consciência de que “*o prescrito era um parâmetro, não possível de ser realizado*”. (Supervisora geral, curso de Praxitanatologia do Serviço Funerário do Hospital F, 2009).

Por exemplo, em caso de câncer, o procedimento padrão seria uma tanatopraxia avançada; mas se o câncer estivesse em estado adiantado, eles não podiam usar produtos químicos muito fortes, os quais poderiam prejudicar o estado do corpo. Assim, nesses casos eles tinham de avaliar o caso antes de começar os procedimentos.

No corpo de uma senhora de 99 anos, o procedimento padrão seria a aplicação regular de tanatofluidos, mas, nesse caso, foi preciso aplicar uma quantidade menor de solução no corpo porque, se se aplicasse a dosagem regular, a senhora poderia ficar corada. A família havia solicitado que não fosse utilizado qualquer tipo de maquiagem. Se a senhora aparecesse corada, a família poderia pensar que a haviam maquiado.

São casos assim que nos revelam a importância do saber acerca do trabalho, saber formado pelo prescrito, mas em conjunto com as frequentes descobertas acerca da atividade desempenhada. Essas descobertas fazem parte do que Clot (2006, 2010) denominado gênero de atividade, “meio de ação para cada um [...] história de um grupo e memória impessoal de um local de trabalho” (Clot 2006, p.38).

Outro fator importante para compreender a organização de trabalho desse setor foram os raros relatos de saída de funcionários por não adaptação ao trabalho. Esse dado havia sido encontrado na pesquisa de Pontes, Cordeiro e Silva (2006, p.48),⁵⁵ a qual deu origem ao nosso estudo.

A média do tempo de serviço dos funcionários ativos nos setores pesquisados revela uma **maior permanência no setor funerário (aproximadamente 7 anos e 8 meses)** em relação ao setor de Informação do *Call*

⁵⁵ Na época da pesquisa, três trabalhadores estavam de férias, assim participaram 11 funcionários do setor de Tanatopraxia, em um universo de 14.

Center (aproximadamente 2 anos e 5 meses). Conseqüentemente, esses dados apontam para uma maior rotatividade dos funcionários no setor de *Call Center*.

Fomos confirmar se os dados referentes ao tempo em que esses funcionários se encontravam no setor ainda eram válidos. Todos ultrapassavam cinco anos, alguns estava lá há vinte e dois anos. Uma única exceção foi a de um jovem de vinte e três anos que estava no setor há seis meses. Além disso, fomos conferir os resultados do estresse, detectados por Pontes, Cordeiro e Silva (2006, p.49) no setor de tanatopraxia, em 11 trabalhadores: “9 (82%) não alcançaram níveis sintomatológicos significativos de estresse”, os 2 (18%) restantes apresentaram uma sintomatologia de fenômenos psicológicos, de acordo com o inventário do modelo quadrifásico proposto por Lipp (1994).

Isso nos fez pensar no tipo de seleção de pessoal feita a partir do curso de treinamento e da experiência da equipe de Tanatopraxia que, ao longo dos anos, desenvolveu uma visão muito apurada sobre quais candidatos estariam aptos às atividades do setor e quais não teriam condições de realizar essa atividade.

Com baixo *turn over*, baixo nível de estresse, uma liderança confiável, que compreendia os trabalhadores e conhecia profundamente as atividades que realizavam, eles conseguiram, além de formar um coletivo, perpetuar seus vínculos em encontros que faziam fora do trabalho para “matar a saudade” e “colocar o papo em dia”, até com a presença de vários que já trabalhavam em outros lugares.

8.1.1 A jornada de trabalho, pausas e horas extras

O dia a dia de trabalho desses funcionários era inimaginável. A todo momento, quando pensávamos que já conhecíamos o campo, situações inusitadas aconteciam, fossem elas, boas, más, criativas, negativas e aversivas ao nosso senso comum.

Muitas vezes nos perguntamos como os trabalhadores davam conta de manterem-se com tranquilidade e, ao mesmo tempo, com agilidade na execução da atividade. Eles nos diziam que o regime de turnos de 12 por 36 horas possibilitava-lhes um contato maior com a família e amigos; alguns ainda tinham atividades como estudar à noite e distrações como jogar futebol, o que era muito importante para a saúde deles.

Para Bernard (2008, p.167), o relaxamento fora do trabalho constitui uma forma de se livrar da pressão vivida e retida durante o dia trabalhado. Para o autor, fazer algo gratificante fora do horário do trabalho é como “apertar uma esponja cheia d’água”, quando as tensões se esvaem. Ele alerta que cada um tem de achar um meio que lhe convém para atingir esse fim.

No entanto, os trabalhadores nos diziam que o maior desafio era chegar ao último corpo como se ele fosse o primeiro, ou seja, eles precisavam equilibrar o cansaço durante toda a jornada de trabalho para conseguirem chegar ao último corpo com uma energia suficiente para repará-lo, como se fosse o primeiro corpo do dia.

Mas o que pudemos observar é que eles iam para a funerária preparados para trabalhar sem pausa em razão do fluxo de corpos. De fato, dependendo do fluxo, nem pausas faziam. Algumas vezes, dissemos a eles: “*O café chegou, vocês não vão tomar?*”. Eles respondiam: “*O café pode esperar, o corpo não*”. O mesmo acontecia com o almoço; às vezes, a comida já havia esfriado quando eles iam almoçar e sequer esquentavam as marmitas para não perderem tempo, comiam-na fria mesmo.

Em compensação, quando não estavam na atividade, podiam andar pela empresa, ir ao pátio conversar com os motoristas dos translados, dormir, ficavam livres para fazer o que desejassem ou necessitassem, até a chegada de outro corpo.

Quando precisavam trabalhar além do horário, faziam um banco de horas⁵⁶ e se precisassem o usavam para descanso pessoal, para resolver algum problema ou situação particular. Caso não utilizassem o banco de horas, eles o recebiam como adicional no pagamento do mês seguinte. Mas, como foi dito, a supervisora evitava que isso acontecesse, pois considerava o trabalho desgastante para que o pessoal ainda aumentasse sua jornada.

8.1.2 A divisão de tarefas

Todos sabiam o que tinham de fazer e, se não o fizessem bem, iriam atrapalhar o colega. Ao mesmo tempo, todos ajudavam a todos quando preciso.

Geralmente, em cada plantão da necromaquiagem, uma mulher ficava responsável por fazer a maquiagem. “*O homem tem a delicadeza de um rinoceronte para maquiar, por isso os homens fazem as tarefas mais pesadas, as meninas são mais delicadas*”, disse certa vez uma necromaquiadora, provocando os colegas.

Mas, na realidade, não era bem assim; quando havia sobrecarga de trabalho, os homens também faziam maquiagem e ajudavam nos serviços considerados delicados, como, por exemplo, maquiar, colocar cuidadosamente as flores sobre o corpo formando o desenho

⁵⁶ Banco de horas é um sistema de compensação de horas extras mais flexível, vigente a partir da Lei 9.601/1998, possibilitando à empresa adequar a jornada de trabalho dos empregados às suas necessidades de produção e demanda de serviços (PT, 2013).

do arranjo solicitado ou fazer a barba do falecido. “*Nesse momento de barbear, a mão tem que ser leve e tranqüila, para não tirar pedaço da pele*” (Líder de turno, explicando para um necromaquiador como fazer a barba).

O que observávamos era uma espécie de cavalheirismo na divisão de tarefas, eles ficavam com as tarefas mais pesadas e elas com as mais leves e delicadas, mas não por prescrição ou incompetência para fazê-las e, sim, por cuidado.

Uma tanatopraxista grávida de sete meses apresentou dificuldades ao deslocar um corpo da maca para a mesa de tanatopraxia. A barriga a dificultava fazer os movimentos aos quais ela estava habituada e, ao se esforçar, se sentiu cansada. Os colegas, acostumados a vê-la trabalhando, perceberam sua dificuldade e imediatamente correram em sua direção para ajudá-la. Disseram em tom de “bronca”, que eles estavam ali e que não era preciso todo aquele esforço. Desse dia em diante, eles passaram a fazer o deslocamento e outros movimentos que exigiam mais esforço e ela realizava aqueles que não prejudicava a sua saúde e a do bebê.

Em outro momento, precisaram fazer uma tanatopraxia em um bebê recém-nascido. A equipe retirou a colega grávida do setor, pedindo-lhe que só retornasse quando fosse chamada. Justificaram que havia uma situação que iria fazer-lhe mal. E ela acatou, porque conhecia esse tipo de ação da equipe. Afinal, ela também já a havia realizado para proteger outros colegas.

Em contrapartida, elas também cuidavam deles, preocupavam-se quando eles estavam passando mal ou se ainda não tivessem almoçado; ajudavam no que podiam para adiantar o serviço deles, como por exemplo, repor o estoque de luvas descartáveis ou buscar um documento. Durante todo o tempo, presenciamos várias cenas de cumplicidade, trocas socioprofissionais, companheirismo e também de brincadeiras usando falas do cotidiano.

Mesmo, no momento em que se sentiam prejudicados pelos outros, como, por exemplo, no caso de a técnica definida pelo agente funerário e a família não ter sido a correta para aquele corpo, a equipe do CTP “*escutava o corpo*”, ou seja, fazia um balanço estratégico dos recursos materiais e do tempo que tinha para realizar o serviço, tomava a decisão e, independentemente do contrato, fazia o que podia para conservar o corpo em sua forma. Outras vezes, os tanatopraxistas e necromaquiadores, apressavam os serviços para que o funeral pudesse ser realizado o mais rápido possível buscando evitar constrangimentos para a família e para eles próprios.

Enfim, havia uma divisão harmoniosa das tarefas e todos pareciam se sentir confortáveis com o que realizavam. Observamos poucos momentos de conflitos e, quando estes ocorriam, eles buscavam uma solução rápida, de modo a não prejudicar o fluxo do trabalho.

8.1.3 O ritmo

Todo processo era controlado por mensuração de tempos e ritmos de trabalho o que implicava o cumprimento de metas estipuladas pela organização do trabalho.

No entanto, o prazo para a entrega do produto final era estipulado pelos tanatopraxistas e, quando não conseguiam cumpri-lo, não eram punidos, porque os motivos do atraso eram alheios à competência e capacidades individuais. E, sobre isso, não se discutia, não se duvidava.

Um caixão foi encomendado. O preço variava de acordo com o tamanho. A família decidiu pelo médio. Na hora de colocar o corpo no caixão constatou-se que este era pequeno. O corpo não coube nele. Novo pedido de compra de caixão teve de ser feito, ocorrendo atraso na entrega.

Por outro lado, se o ritmo de trabalho era intenso, logo que terminavam a atividade, tinham permissão para dormir, pois compartilhavam a confiança e liberdade para falar com a supervisora sobre o que estavam sentindo e ela demonstrava cuidado e preocupação com a saúde mental dos funcionários. *“O limite entre a sanidade e a loucura nesse setor é muito tênue. Eu tenho de estar atenta, e escutá-los. Aqui qualquer um pode surtar. Inclusive eu. Então temos um código, cada um toma conta do outro e ficamos em alerta se um colega começa a se sentir mal”* (Supervisora Geral).

Esse zelo cuidadoso para com o outro e para com o trabalho muitas vezes fazia com que eles se descuidassem de si mesmos. Observamos que muitos não tomavam a refeição nos horários corretos, não iam ao toalete para atender às suas necessidades fisiológicas, não faziam pausas suficientes. E diziam: *“Se eu parar aqui, vou atrapalhar meu colega!”*. *“A família está sofrendo, precisamos liberar. **Eu não estou sofrendo! Eu estou somente trabalhando, depois eu descanso**”* (Tanatopraxista).

Para enfrentar o ritmo intenso, eles conversavam durante as atividades, brincavam muito uns com os outros, elogiavam os colegas quando tinham ideias criativas batendo palmas, dando tapinhas nos ombros ou divulgando o que haviam feito. Escutavam música todo o tempo, muitas vezes cantarolavam junto com a melodia.

E, quando era possível a pausa, conversavam, conversavam, conversavam... O diálogo entre eles nunca terminava, tinham sempre algum assunto a tratar. Outras vezes, ficavam todos juntos, no pátio, partilhando o silêncio depois de um atendimento complexo ou quando pressentiam que algum deles precisava de presença humana por perto.

8.1.4 Remuneração, adicional de insalubridade, férias e benefícios

Todos **recebiam o pagamento salarial em dia** e a gerência era a **favor do pagamento do adicional de insalubridade** e o faziam de acordo com os valores estipulados pela categoria.

Nenhum trabalhador **reclamou sobre férias** nem comentou sobre algum tipo de constrangimento relativo ao tema. Era comum a negociação do período de férias com a gerência e/ou supervisão, sendo respeitadas e priorizadas as necessidades de cada um. Por exemplo, férias nos meses de julho e final de ano para aqueles que tinham filhos em idade escolar.

Tinham como **benefícios** os planos fornecidos pelo Hospital F, com desconto, em folha de pagamento, equivalente a 5% do valor do plano. Recebiam vale transporte e vale refeição em dia.

8.1.5 Treinamentos

Tivemos a oportunidade de acompanhar um dos cursos de Praxitanatologia oferecido pela funerária do Hospital F. Destacamos que além do aprendizado técnico, havia neste curso um intenso processo de observação dos candidatos à profissão. Segundo os coordenadores, somente os alunos, considerados capazes de exercer a profissão recebiam o certificado do curso. Os outros recebiam uma declaração curso teórico, o que impossibilitava o candidato a exercer a função. *“Essa diferença de certificação é para o bem deles, não queremos ninguém adoecendo por aí”* (Supervisora geral).

Existia uma leitura completamente subjetiva da equipe que preparava esse curso. Os professores do curso (a supervisora geral e dois médicos, um deles legista) analisavam se os candidatos iriam ou não conseguir trabalhar no setor. Devido a uma vasta experiência nesse setor, essa equipe parecia ter desenvolvido uma grande sensibilidade para captar talentos para o setor da tanatopraxia. *“Outro dia a supervisora convidou um funcionário do Hospital F para fazer o curso porque ela achou que ele levava jeito para o trabalho”* (Tanatopraxista).

Durante o curso, observamos que os motivos que levavam uma pessoa a querer trabalhar como tanatopraxista eram os mais diversos, como:

“Desde pequeno eu me interessei por coisas relacionadas à morte”(Estudante do curso de Tanatopraxia).

“Eu já trabalhava no Hospital F e vi nessa profissão uma forma de melhorar de vida” (Estudante do curso de Tanatopraxia).

“Eu estava desempregado, não tenho estudo direito, o mundo lá fora exige muita coisa da gente. Então, vim tentar para ver se vai dar certo” (Estudante do curso de Tanatopraxia).

“Eu tenho uma funerária no interior e preciso me atualizar sobre as técnicas” (Estudante do curso de Tanatopraxia).

“Eu sou estudante de enfermagem e vim só de curiosidade para ver como é. Acho que isso vai me ajudar a enfrentar o meu trabalho” (Estudante do curso de Tanatopraxia).

Assim, alguns já demonstravam interesse pela área há algum tempo, já tinham tido contato com o tipo de trabalho, outros tentavam algo que lhes possibilitasse entrar no mercado de trabalho, ou seja, alguns já tinham tido algum contato com as funções de tanatopraxia, alguma experiência com um corpo morto, identificavam-se positivamente com o impacto psicossocial relacionado com o lidar com a morte, com a dificuldade em expor para o mundo externo o trabalho realizado; outros já não apresentavam essas características. O treinamento prático ministrado no curso ajudava a identificar aqueles que, de fato, iriam permanecer no setor ou em outras funerárias de Minas Gerais.

8.1.6 Promoções

A hierarquização no setor era relativamente pequena. Muitos funcionários nem pensavam em promoção. Mas, quando aparecia uma possibilidade, eles falavam entre si, conversavam com a supervisora geral, trocavam opiniões sobre os possíveis candidatos, mas sempre observando os critérios de formação, o respeito com a equipe, a competência técnica.

“Aqui quando aparece a vaga para tanatopraxista, todos os ornamentadores (necromaquiadores) podem se candidatar. O critério não é por tempo de serviço ou experiência na área. Há uma prova teórica, uma dinâmica de grupo, são feitos testes psicológicos (não soube informar quais) e há uma avaliação prática. A promoção é por competência” (Ornamentador promovido à Tanatopraxista).

No entanto, nem sempre esses critérios agradavam a todos. *“Quando fui promovido havia outros 5 candidatos com maior tempo de serviço e eu fui o único aprovado. Alguns, que tinham mais tempo de casa, não acharam justo, mas os critérios são claros, não basta só o tempo de casa”* (Ornamentador promovido à Tanatopraxista).

Segundo a supervisora, quando um necromaquiador é promovido para a função de tanatopraxista, ela sempre pensa que ele poderá vir a substituí-la no futuro; portanto, essa pessoa tem de possuir outras qualificações além do tempo de serviço ou experiência, apesar de saber que alguns necromaquiadores pensam que isso é suficiente.

8.1.7 Relações com a hierarquia

O clima era de cooperação e respeito. A supervisora geral sempre conversava com o líder do turno ou com outros tanatopraxistas sobre os procedimentos que deveriam ser executados. A equipe a admirava e dizia que ela “*sabia tudo*” e que era “*uma pessoa muito humana e justa*”.

Realmente foi o que observamos, principalmente quando pudemos acompanhar um dos casos de adoecimento (Paulo, explicitaremos a seguir) ocorridos no setor. Ela conversou com a equipe, solicitou ajuda para apoiar o colega, pediu que a avisassem caso a situação saísse do controle deles, apoiou o funcionário em sua volta, depois de um ano de afastamento. Quando percebeu que ele não estava em condições de executar a atividade de tanatopraxista, deslocou-o, com apoio da gerência, para o setor de almoxarifado. Apoiou e orientou a família dele quanto aos procedimentos trabalhistas. Com esses cuidados, o funcionário pôde ficar próximo dos colegas, mas não diretamente na atividade.

Como já foi dito, eram muitas as normas para se realizar o trabalho, mas o que mais chamava nossa atenção era a maneira como os trabalhadores lidavam com as formalidades, regras e controles. Todos compreendiam que as normas estavam ali para protegê-los de alguma forma; então, todos verificavam o que acontecia e ficavam atentos ao trabalho de todos. “*Muitas vezes tenho de refazer o trabalho dos outros, porque se houver alguma falha a responsabilidade recai sobre nós mesmos*”(Líder tanatopraxia).

Nesses momentos, eles chamavam a atenção dos colegas para os erros e, por mais mal-estar que isso pudesse gerar, logo depois retomavam o relacionamento. “*Eu sei, se ele me chama a atenção é para eu não errar. Ele é gente boa!*”(Necromaquiador repreendido).

A responsável pelo setor de Tanatopraxia também se preocupava em seguir as normas e estava sempre atenta ao trabalho dos demais, principalmente depois de ter ocorrido a troca de um corpo durante uma remoção. “*Eu não durmo com os olhos dos outros*”, dizia.

8.1.8 Relações entre pares

Quando chegamos ao campo, tínhamos a impressão de que iríamos encontrar pessoas deprimidas, um clima de solenidade, sobriedade e silêncio. Mas nossas expectativas estavam

erradas. Esse clima era mantido no setor de Atendimento em respeito às famílias que ali se encontravam em estado de luto; mas, no setor de Tanatopraxia, o rádio ficava ligado, as pessoas conversavam, sorriam.

Observamos haver uma enorme cumplicidade e interação entre os trabalhadores, estivessem realizando a atividade ou fazendo outras coisas, como conversando sobre temas descontraídos que nada remetiam ao trabalho. Eles cantavam juntos a música que estava tocando no rádio, contavam piadas, faziam brincadeiras com os demais. Eles formavam um coletivo de trabalho que gostavam de fazer suas atividades por meio de um comportamento coletivo.

O tempo de trabalho juntos e a relação afetiva construída por eles, faziam com que frequentassem a casa uns dos outros e compartilhassem o desenvolvimento dos filhos, a história das famílias, constituindo assim um vínculo forte que possibilitava, apesar das divergências de opiniões, a convergência de ações, de sentimentos em relação à atividade de trabalho.

Eles se revezavam nas mais diversas atividades. Observamos, por exemplo, que não havia uma pessoa específica para atender ao telefone, para varrer o chão, para cortar flores, para carregar um corpo etc. O funcionário que estivesse mais próximo ou o que estivesse realizando tarefas que pudessem ser interrompidas era o que realizava a ação que a atividade exigia. Havia um reconhecimento por parte dos trabalhadores da importância do seu trabalho e uma possibilidade de realização (satisfação) pessoal na execução dele.

Durante a madrugada, eles sempre inventavam algo coletivo como, por exemplo, fazer um lanche. Quando tinham algum tipo de problema, sempre um ou outro tomava a iniciativa de ajudar, mas todos ficavam atentos.

Até para falar mal deles mesmos, brincavam, por exemplo, dizendo que *“o único momento no qual o senso de equipe não funciona é na hora de limpar as salas. No meu plantão eu sou o único que limpa essa caixa”* (apontou para a caixa onde ficavam os jornais e os talos das flores).

Certo dia, assistimos ao fato seguinte:

Os trabalhadores acabavam de higienizar as vísceras do morto. Elas traziam restos de frango com quiabo. Em seguida foram almoçar. Na refeição veio frango com quiabo. Os trabalhadores se entreolharam em silêncio, com sorrisos entre os lábios apertados e expressões faciais, como se dissessem “vamos encarar?”. E o almoço continuou. Dias depois, ouvimos alguns dizerem: *“isso é igual a frango com quiabo”*. Essa frase poderia ter sentido positivo

como “comida gostosa”, principalmente para os mineiros, mas, para aquele grupo, queria dizer “*situação difícil de engolir*”.

Esse tipo de linguagem (ECRP) construída por um coletivo, como dito anteriormente, utilizada estrategicamente pelos trabalhadores, auxiliavam esses trabalhadores a recompor e transformar sua atividade (Schwartz & Durrive, 2007, 2010). Os significados, atribuídos anteriormente aos eventos, eram transformados e apoiados em sincronia com o coletivo.

Poucos relatos falaram da existência de “panelinhas” ou se referiram ao fato de que algumas pessoas tinham privilégios sobre as outras. Uma situação identificada foi o fato de que alguns funcionários podiam estacionar o carro dentro da funerária e outros não. A supervisora nos explicou que solicitou a liberação da vaga para os líderes dos turnos porque eles estavam chegando atrasados por não conseguirem achar vaga de estacionamento em torno da funerária e o setor não podia ficar sem a presença deles.

Outra situação pontual foi o caso de um funcionário do CTO; ninguém gostava dele. A situação se agravou quando ele foi preso por motivos de violência familiar. “*Mas ele é muito desagradável, faz de tudo para ferrar com o outro*” (Necromaquiador). Esse ornamentador foi demitido por não respeitar a equipe.

8.1.9 Relações com os usuários: o corpo morto e seu responsável

A relação com o falecido. Os trabalhadores ressaltavam que um “corpo morto” era aquele que não tinha pontos de identificação com o tanatopraxista e/ou necromaquiador e um “corpo morto vivo” era aquele que ganhava vida quando o tanatopraxista e/ou necromaquiador reconhecia nele, algo da sua história pessoal.

O *corpo morto* era cuidado, reparado com base nas técnicas, mas não provocava nos trabalhadores, nenhum tipo de emoção específica; mas o *corpo morto vivo* fazia com que se aproximassem da morte e, conseqüentemente, de seus afetos, emoções, lembranças, sentimentos de perda, luto e medos. Assim, eles diziam: “*o corpo morto tem de estar morto*” para que ao exercerem a atividade, não sofressem.

Todos evitavam ao máximo o contato com as famílias. Um dos funcionários contou que antes de ir para o setor de Tanatopraxia, trabalhava no setor de Atendimento diretamente com as famílias, “*era muito pior, agora, apesar de lidar diretamente com os mortos, não tenho que lidar diretamente com os dramas familiares*”.

Mas, os necromaquiadores tinham como parte da atividade buscar os corpos, então, para eles esse contato era mais frequente do que os contatos realizados pelos tanatopraxistas.

“A pior parte do trabalho é quando somos solicitados a buscar o corpo na residência ou levá-lo ao velório. O contato com a família é o pior momento, é bastante angustiante”. *“Entramos no espaço daquele morto”.* *“Muitas vezes, pedimos licença ao morto para poder entrar”.* Nessas ocasiões, a família contava para os trabalhadores, a trajetória do morto, como foi sua vida e seu processo de morte. Os trabalhadores falavam que se fosse possível não teriam esse contato com a família.

Outra situação constrangedora para os necromaquiadores era quando precisavam carregar o corpo morto no elevador. Em muitos prédios, os elevadores eram pequenos, não havia como descer com o corpo na maca, obrigando o necromaquiador a abraçar o corpo. Eles tinham de tomar muito cuidado para não serem contaminados, não podiam colocar o morto em um saco e descer, pois a família reagia violentamente.

Em muitos casos, o corpo estava rígido e eles precisavam fazer movimentos mais bruscos o que era interpretado como agressão, descuido, falta de respeito. Os familiares queriam que os funcionários da funerária, tratassem o corpo como se estivesse vivo e isso dificultava o trabalho deles.

Nas diversas vezes que os acompanhamos nessa função, pudemos perceber como a calma, o humor, as brincadeiras eram transformados no contato com a família, em tensão.

Os profissionais tiveram que retirar o corpo da cama e colocá-lo na maca. Mas devido ao espaço e a segurança relacionada à contaminação, a maca foi colocada no chão e, portanto, quando retiraram o corpo da cama abaixaram-no até onde estava a maca, no chão. Um dos familiares vendo a cena começou a questionar porque estavam colocando o corpo no chão? Logo em seguida, enquanto amarravam o corpo na maca para o transporte, esse familiar dizia *“as pernas não estão apertadas demais pelo cinto da maca”, “coloque um travesseiro embaixo da cabeça dele”.* Quando o funcionário finalmente entrou no carro, podia-se perceber claramente a sua expressão de alívio.

Assim, constatamos que o contato com a família, a aproximação com o drama da morte, com a história do corpo e a interferência dos familiares no trabalho era fator de agravo à saúde desses trabalhadores.

Uma tanatopraxista nos relatou que, depois que teve seu bebê, passou a ter muita dificuldade em realizar um procedimento em crianças: *“com corpo de criança não se acostuma. Confesso que seguro o choro. Eu me coloco no lugar da mãe da criança, penso na família e não consigo imaginar como eles conseguirão suportar a saudade”.*

Mas identificamos que esse não era um caso particular, a reparação de corpos de crianças abalava e fragilizava a maioria dos trabalhadores:

“Quando estou lidando com o corpo de uma criança, você vai fazendo, mas a sua cabeça flutua, pensa na família, no que está passando pela cabeça dos pais. Para um pouco. Bebe água. Mexe um pouco com outro corpo e depois volta. Tem vezes que não volto e deixo meus colegas terminarem, mas não deixo eles perceberem. Tem vezes que dá um revertério, aí não quero ninguém me ajudando, quero fazer sozinho, com carinho, e aí eu capricho. Não é que os outros fazem mal feito, é somente para dar um toque melhor”. (Tanatopraxista).

“Hoje, eu só chego a ter algum envolvimento quando tenho que preparar uma criança. Nessa hora penso nos meus filhos, na história daquela criança, como os pais dela devem estar, como foi o processo de sua morte. Mas, esses pensamentos ficam aqui, eu não levo esses pensamentos para casa” (Tanatopraxista).

Por isso, eles tinham de **“manter a morte no morto”**. Não saber a história de vida do morto, facilitava esse distanciamento. Isso era partilhado com o coletivo por meio de conversas, desabafos. Muitas vezes, choravam juntos e riam deles mesmos depois que passava o fato, e assim iam deixando a morte no morto e voltando para casa vivos.

Um tanatopraxista contou o que fez para lidar *“com um dos dias mais difíceis da sua vida”*. Um dia estava higienizando o corpo de uma criança com o mesmo nome de sua filha. Antes de terminar de falar, ele se comoveu, lágrimas brotaram de seus olhos e ele falou:

“Não se pode pensar muito, porque senão se comove mais. Eu sinto um aperto, quem é pai, sente um impacto, toca no coração, fica mais comovido”. Antes não era assim, mas depois que tive minhas filhas, tudo mudou. Só sendo pai para entender! Imagina como seria se ela (sua filha) chegasse aqui (na funerária, morta) agora! Nossa! Não gosto nem de imaginar!” (Tanatopraxista).

Todos sabiam e tinham vivido isso de alguma maneira. Então, era comum, que ao identificarem em algum corpo morto traço(s) comum(ns) de algum deles, esse colega era afastado do local, normalmente alguém da equipe lhe pedia que fosse buscar algo, que ficasse lá em cima no atendimento, que fosse descansar, enfim, fazia algo para afastá-lo do corpo. E, todos entendiam que esse ato os protegia dos sofrimentos que poderiam emergir quando da visão daquele corpo morto vivo.

Entretanto, muitos diziam que algumas vezes, aquele dia de trabalho marcava muito, tornando mais difícil o uso dessas estratégias. Em geral, nesses dias, podiam ficar em casa, com o consentimento da supervisora, sendo que sequer era descontado o dia de trabalho. Ela fazia uma troca de plantão, organizava a equipe, mas *“não forçava a barra para cima do*

trabalhador. Eu prefiro que eles fiquem em casa, coloquem a cabeça no lugar, depois eles compensam” (Supervisora geral).

“Quando estou reparando um corpo, eu penso em tudo, menos na história do cadáver. Se eu me envolver com sua história, eu me deprimio. Começo a pensar que a vida não vale nada. O que adianta ter planos e desejos, se todos vamos terminar aqui? No começo e durante os dois primeiros anos eu ficava depressivo, só tinha vontade de ficar sozinho, ansioso e as pessoas falavam que eu estava triste. Aí, fui trabalhando esse sentimento dentro de mim e percebi que era o envolvimento com as histórias daqueles mortos que estavam me prejudicando. Passei a não ler mais jornais sobre os acidentes que acontecem, e lá dentro (CTP/CTO) quando alguém quer contar algo sobre o corpo, eu não quero saber. A partir do momento que comecei a me afastar daqueles cadáveres não me sinto mais ansioso e depressivo”.

Para os tanatopraxistas, essa relação não era benéfica à sua saúde porque eles tinham de “*manter a morte no morto*”. Mas, algumas vezes, a família ia ver o corpo e desabafava com eles; outras vezes, alguém do atendimento comentava algo que despertava a curiosidade, por exemplo, quem iria trazer a roupa para o sepultamento. Outras vezes, quando a realização de algum procedimento exigia a autorização da família, os agentes pediam aos tanatopraxistas que conversassem com os familiares porque eles sabiam explicar os motivos da exigência. Nesses momentos, os tanatopraxistas, não tinham como “escapar”, tinham de entrar em contato com essa história que ficava “*girando sem parar*” nos seus pensamentos.

No entanto, a equipe de necromaquiadores, dizia que no contato com a família podiam descobrir algum detalhe que os ajudasse na complementação da ornamentação, algo que sensibilizasse a família, como por exemplo, adereços, cor de batom etc.

Por outro lado, a relação com a *família* e/ou responsável pelo falecido era sempre motivo de expectativa. Eles nunca sabiam o que iam encontrar tanto no aspecto da reação emocional à perda, quanto da reação ao trabalho realizado por eles no corpo. “*Muitos familiares se tornam agressivos, querendo nos culpar pelo que está acontecendo*”. “*Mas, eu entendo a dor que ele está sentindo, eu sei que é uma forma de desabafo*”.

Alguns ornamentadores relataram raros casos de desacatos feitos por algumas famílias no momento da entrega de um corpo no velório. Eles contaram que as famílias ao contratarem o serviço imaginam encontrar o ente querido com a mesma aparência do tempo em que estava vivo. No entanto, apesar das tentativas de fazerem a aparência do corpo ficar o mais natural possível, algumas vezes, pela causa da morte, o corpo difere bastante da pessoa viva. Assim, ao receber o corpo, algumas famílias asseguravam que aquele não era o familiar morto, que estava muito diferente e algumas faziam isto de forma bastante agressiva. Em geral, nesses

casos, os ornamentadores devem provar através de marcas no corpo que aquele é o corpo correto, ou usar de estratégias como no caso a seguir.

Um corpo chega ao cemitério. A família não o reconhece. Liga para a funerária. Uma necromaquiadora vai ao cemitério para poder verificar e reparar o corpo. Ao chegar a filha da senhora lhe disse: *“Você é uma incompetente! Não preparou o corpo direito! Ela não era assim! O que vocês fizeram com ela?”* A necromaquiadora então, solicitou à filha, se poderia mostrar uma foto da senhora. A filha apresentou uma foto da falecida com cerca de 30 anos de idade, sendo que a senhora estava com 90 anos, com pouco cabelo, muito diferente da foto. *“Chamei todos os santos para me ajudar. Procurei imitar o máximo possível a foto, usando os recursos de maquiagem!”* Disse-nos a necromaquiadora. Quando terminou o trabalho chamou a filha, que em vez de agradecer disse nervosa: *“Mas se você sabia fazer, porque não fez antes?”* Ela nos disse que ficou calada, mas que teve vontade de dizer que era ela quem estava descontrolada. E, complementou: *“Nossa! A gente tem de ter um jogo de cintura! É como andar numa corda bamba, não pode pender para nenhum dos lados. As vezes eu gostaria de ter uma luzinha para iluminar e me dar idéias”*.

Os necromaquiadores procuravam entender o momento pelos quais, aqueles familiares estão passando, embora os desagradassem quando eram desqualificados em sua atividade, mas, em geral, o que predominava era uma relação de cordialidade entre os familiares e os trabalhadores, além de reconhecimento do trabalho realizado.

8.2 Condições de trabalho

As dificuldades iniciais de alguns membros da equipe de pesquisa, com os procedimentos da Tanatopraxia (o cheiro dos corpos, o local insalubre e as cenas chocantes que presenciávamos) foram sendo superadas, ao longo do estudo, por meio do apoio da equipe de pesquisa e dos trabalhadores, que sempre estavam dispostos a nos auxiliar.

A cada dia, ficávamos mais atentos ao trabalho desenvolvido e mais preocupados com a saúde desses trabalhadores. Chegamos a constatar o uso de **duas** luvas, como medida de segurança, durante alguns procedimentos, considerados pelos trabalhadores como de maior risco de contaminação (Anexo 3).

Devido ao perigo de contaminação, os funcionários só retiravam os equipamentos de segurança como luvas, máscaras, toucas, aventais, botas, óculos e plásticos que protegiam os braços, quando saíam da sala de tanatopraxia.

Diante do alto nível de gases e dos tipos diversos de patologias, firmou-se um código entre os trabalhadores pelo qual um fiscalizava o outro para minimizar os perigos de contaminação. Todos faziam seus “rituais de higienização” constantemente.

Em sua maioria, os equipamentos eram utilizados de acordo com o prescrito, mas, em alguns casos, como, por exemplo, em relação às máscaras, muitos funcionários não faziam o

uso delas como era recomendado, deixando-as no queixo, vestindo-as adequadamente somente ao se aproximarem do corpo. Outros, simplesmente as deixavam no queixo ou no pescoço durante a maior parte do tempo. Conferimos com os trabalhadores, eles disseram que isso era devido ao fato de as máscaras atrapalharem a conversa na hora do trabalho, já que abafavam o som da voz de quem falava e, para eles, essas conversas eram fundamentais para a realização da atividade.

Cada turno era responsável pela limpeza das salas ao final de cada plantão, além da limpeza da caixa onde eram descartados os dejetos. Mas, a cada saída de corpo da mesa de Tanatopraxia ou mesmo da ornamentação para o caixão, tudo era higienizado e preparado para o corpo seguinte.

8.2.1 Condições de trabalho: exposição aos riscos ambientais

Todos os tanatopraxistas estavam expostos aos riscos ambientais nocivos à saúde e à sua integridade física. Assim, diante de tanto risco à saúde, somente entrava nas salas de CTP e CTO quem estivesse usando pelo menos os equipamentos de proteção individual.

Alguns ainda se sentiam incomodados com o fato de pegar no corpo morto.

“Uma coisa era ver o corpo, outra coisa era colocar a mão na massa. É mais complicado” (Tanatopraxista).

“De início, eu deixava os outros pegarem o corpo para mim. Agora eu já pego, mas eu tenho nojo. Todo dia eu limpo meu carro com álcool e água sanitária” (Tanatopraxista).

O odor constituída uma característica do conteúdo de trabalho que mais frequentemente incomodava ao trabalhador. Utilizamos, por diversas vezes, a sala da supervisora como proteção da exposição aos riscos toxicológicos, biológicos, infecciosos, o mau cheiro de corpos em processo de decomposição e/ou de produtos químicos e de fezes que impregnava nossos cabelos e pele, agredindo fortemente as narinas, deixando-as ardidas como se estivessem repletas de pimenta. Biotteau e Mayeur (2010) também ressaltaram esse aspecto na pesquisa que realizaram.

Alguns relataram que no princípio foi muito difícil, pois sentiam o “*cheiro da morte*” em todo lugar, mesmo que já tivessem voltado para casa e tomado banho. “*Depois fomos aos poucos acostumando. Acontece com todo mundo*” (Tanatopraxista).

Alguns estagiários de tanatopraxia que passaram por lá não aguentaram o odor e ficaram sentindo náuseas, desmaiaram e muitos desistiram da profissão por causa desse fator. *“Até hoje, dependendo do corpo, a gente não aguenta”*. *“Tem dia que é mais difícil ficar aqui, o nariz e a garganta ardem demais”* (Tanatopraxista).

A movimentação dos corpos provoca no trabalhador dores nas costas, distensões, cansaço. O uso constante de instrumento perfurocortante no corpo por vezes já enrijecido pode causar cortes graves.

8.2.2 Condições de trabalho: exposição aos riscos de contaminação

Os funcionários da ornamentação andavam meio “relaxados” com a questão da contaminação. Normalmente, era comum entre eles evitar entrar na sala de tanatopraxia para não sujar o sapato. Mas a equipe da tanatopraxia começou a observar que eles passavam de uma sala a outra sem cuidados e ainda iam para a sala de refeição com os mesmos sapatos.

Numa reunião de equipe, a reclamação foi exposta. Nessa sala havia uma televisão presa na parede. Como a televisão não tinha controle remoto, muitas pessoas subiam na cadeira com o sapato contaminado para ligar, desligar e mudar o canal da televisão. *“Olha, eles estão sem noção! Nós sentamos naquelas cadeiras para almoçar! Será que eles não pensam que pisar com o sapato contaminado pode nos contaminar?”*(Tanatopraxistas).

Por considerarem ali um local muito contaminado, alguns não cogitavam de levar seus filhos para os colegas conhecerem. Um deles afirmou: *“Eu não, trazê-la aqui, nesse lugar sujo e contaminado”* (Tanatopraxista). Várias vezes eles chamavam a nossa atenção para o fato, por exemplo, de termos nos encostado em algum lugar, observavam se estávamos de sapato fechado.

Um exemplo prático no setor: uma funcionária desenvolveu um medo de se furar com agulhas no setor. Ela relatou que sabe: *“Se eu me furar com uma agulha posso ter vários tipos de doença”* (Tanatopraxista). *“Não sei como desenvolvi esse comportamento, mas todo dia, antes de sair do trabalho, tiro as luvas de proteção, confiro minhas mãos, meus dedos várias vezes para ter certeza de que não me furei”* (Tanatopraxista).

Por outro lado, tanto no curso de treinamento quanto no dia a dia, costumávamos ouvir: *“Ao fazer a sutura diga para você mesmo: Mão sempre longe da agulha para não ter*

acidente”. Ou, “É importante tratar todos os corpos como se eles tivessem algo de contagioso e tomar o máximo de cuidado”(Professores do curso).

Foi-nos relatado por trabalhadores que eles passaram a ficar mais atentos depois de um caso que aconteceu com o filho da supervisora geral e com ela própria.

Houve um período em que o filho dela adoecia recorrentemente, com problemas respiratórios, alérgicos; estava sempre gripado, com febre, não comia direito. Depois de muitas consultas, encontrou uma médica que fez a seguinte questão: “onde a senhora trabalha?” Ao dizer que trabalhava no tratamento de corpos mortos, a médica fez o diagnóstico de contaminação pelo contato com as roupas que ela utilizava no trabalho. A criança iniciou um tratamento e a supervisora mudou sua rotina de higienização resolvendo o problema. Esse fato alertou-a para o risco de contaminação e a importância do uso de equipamentos de proteção para reduzir o risco de autocontaminação e de contaminar outros ambientes e pessoas. Até o episódio de adoecimento do filho da supervisora, os profissionais da tanatopraxia trabalhavam com a própria roupa e os únicos equipamentos de segurança por eles utilizados eram as luvas e a máscara.

Hoje, eles usam todos os equipamentos necessários à proteção, como luvas, mangote, máscara, óculos, touca, bota, avental descartável e avental emborrachado. Trocam de roupa ou tomam um banho antes de ir para casa. Usam máscaras especiais, como no caso do surto da gripe suína.

E, mesmo assim, apesar de todos esses cuidados, em um dia de trabalho, sem óculos, a supervisora sofreu um acidente que resultou na perda da visão em 1,75 graus. Desde então, incorporou, em sua rotina, os óculos aos seus equipamentos de proteção, exigindo de todos, o mesmo comportamento.

8.3 Estratégias desenvolvidas pelos tanatopraxistas e necromaquiadores

Para lidar com os constrangimentos do conteúdo, da organização, dos impactos emocionais, detectamos a presença de frases irônicas, repetindo frases que os trabalhadores haviam escutado fora do trabalho, como por exemplo: “*Quem trabalha aqui precisa mesmo de tratamento psicológico ou psiquiátrico. Aqui todos são loucos, já que para trabalhar com isso, somente se for louco!*”(Necromaquiador).

Mas, na maioria das vezes, o bom humor predominava. Presenciamos em dias diferentes, com funcionários diferentes, a mesma brincadeira, o “**fazer-se de morto**”.

Uma das funcionárias fotografou um tanatopraxista deitado, com os olhos fechados e algodão no nariz. Um recepcionista, ao mostrar os diversos tipos de caixões, colocou-se atrás

da tampa de um deles comentando “*olha como ficarei quando eu morrer*”, fechando então os olhos e alterando sua expressão para o que ele denominou “*cara de morto*”.

Outra maneira de agir, muito comum entre eles, eram as frases de efeito.

Ao serem perguntados se, alguma vez haviam sentido medo de trabalhar no setor, eles respondiam imediatamente: “*Eu tenho medo é dos vivos*”. Ou ainda, quando alguém, conferindo se um corpo já havia sido liberado, eles informavam: “*Ele tomou o 2215!*”. Esse número corresponde a uma linha de ônibus responsável pelo transporte coletivo de um bairro de Belo Horizonte chamado “Céu Azul”. Ao dizer que o corpo tomou o “2215”, os trabalhadores estavam dizendo que ele foi para o Céu Azul, ou seja, já foi liberado para o sepultamento.

Outras vezes tínhamos a impressão de estarmos em um salão de beleza.

De repente alguém perguntava: “*Quem é Eva?*”. Um deles respondia: “*Eva está maquiando*”. Ao perguntarmos à funcionária se ela sabia alguma coisa dessa senhora, ela disse: “*Essa senhora ia ser madrinha de casamento e teve um ataque fulminante.*” (...) “*A família dela é muito exigente. Pediu para deixá-la como se estivesse indo pra festa porque ela ia ser a madrinha do casamento. Ela era muito vaidosa*”.

E, aí, eles entravam no clima, “*preparando ‘Eva’ para a festa*”. Mas, sem perder o bom senso e o respeito.

A família enviou uma roupa vermelha com decote na altura dos seios, era o vestido que “Eva” usaria no casamento. Para a equipe, o velório e o enterro não eram “*ocasiões para decotes, ainda mais do falecido*”. E, com cumplicidade, chegaram à conclusão de colocar um véu no decote, tornando-o mais discreto. E, mudaram também a cor do batom. “*Como a roupa é vermelha, tem que colocar um batom de cor mais leve porque senão pesa demais*”.

Outras formas de lidar com o corpo morto era chamá-lo de “tio”. Alguns trabalhadores não gostavam de ficar falando os termos, defunto, cadáver, falecido, corpo morto e, como tinham por hábito não ficar olhando o nome do corpo, eles precisavam criar um meio para falar dele. “*Na hora de liberar tenho que olhar o nome. Mas, enquanto não chego lá, costume chamá-lo de tio e não olho o nome*”.

Outros disseram que, quando estavam fazendo o trabalho, faziam de tudo para não saber nada sobre a pessoa. “*Eu a enxergo, mas não a vejo*”. “*Muitos colegas que não conseguiram ter este distanciamento acabaram adoecendo*”.

Outros diziam que, para evitar sofrimentos, lidavam com o corpo apenas como parte de seu trabalho, dizendo: “*não há nada que eu possa fazer para reverter a situação*”.

Mas, o destaque das estratégias encontra-se na maneira como o **coletivo** resolve seus problemas.

O coletivo estava preocupado com o fato de que esse setor era um local gerador de efluentes contaminados, isto é, resíduos líquidos e/ou sólidos dos corpos e dos produtos químicos utilizados na tanatopraxia, que eram lançados no meio ambiente. Conversaram, leram, pesquisaram sobre o assunto, até que um dia motivada pela equipe, a supervisora geral do setor, resolveu fazer o curso de Engenharia Ambiental indo à busca de soluções para o problema. Com os conhecimentos adquiridos e com o apoio da gerência, coordenou com sua chefia a construção de uma **estação de tratamento dos efluentes** na funerária, **baseada na técnica da biorremediação**. Esta técnica introduz microrganismos, como bactérias, nos locais onde ocorre o descarte de resíduos contaminados. Esses microrganismos se alimentam dos efluentes contaminados e os degradam. A estação de tratamento tornou-se um exemplo a ser seguido no estado de Minas Gerais.

Outra criação realizada a partir das observações e discussões do coletivo foi o produto denominado solocolder.

A equipe usava em cadáveres com ferimentos mais graves no olho, um produto chamado fenol, porque ele clareava a região escura e, por ensaio e erro, observaram que, todas as vezes que usavam o fenol, a secreção habitual que saía do olho cessava. Assim, a partir da prática da observação e das trocas de experiências do coletivo, a supervisora geral juntamente com um químico, elaboraram um produto à base de fenol denominado Solocolder – *“Trabalhei de graça por volta de três anos para provar a qualidade do produto. Mas conseguimos, esse produto além de clarear as regiões escurecidas e cessar secreções, serve também para conservar o corpo por mais tempo”*. E os trabalhadores nos contaram com orgulho: *“Com a utilização deste produto, conseguimos preservar um corpo por 30 dias, sem utilizar a geladeira”*.

Assim, constatamos que o humor, os desvios do pensamento sobre a atividade, o clima de trocas e afetos na equipe, e, sobretudo, o poder de transformar a realidade faziam com esses trabalhadores encontrassem suporte suficiente no coletivo para continuarem na profissão.

8.4 Os sentidos atribuídos ao trabalho

Os trabalhadores viam no trabalho que realizavam a satisfação da família diante da recuperação estética do corpo. Muitos corpos chegavam ao setor com a aparência deformada, e se fosse visto pela família naquele estado, certamente aumentaria muito a sua dor. O trabalho deles era, com o uso de recursos,⁵⁷ melhorarem a aparência daquele corpo de modo que ficasse o mais parecido possível com o que ele era em vida, para não provocar reações de constrangimentos às pessoas que acompanhavam o velório. Assim, os trabalhadores tinham a oportunidade de ver o resultado de seu trabalho. E eles mostravam aqueles corpos relatando em detalhes as dificuldades que tiveram para realizar sua atividade e chegar àquele resultado,

⁵⁷ O uso da solução a base de formol, a maneira de tirar os inchaços e hematomas, a forma de costurar as cavidades, a maquiagem, a maneira de posicionar o corpo no caixão e acomodar a ornamentação.

diziam que sentiam “*orgulho do que faziam*” ou se sentiam “*únicos no que faziam*” e ainda outros diziam que “*esse era o serviço que pedi pra Deus*”.

“Eu gosto quando chegam uns casos assim mais difíceis... me dou mais, sabe? Alguns colegas dizem que sou o doutor Hollywood⁵⁸ dos mortos. Outro dia tinha uma estagiária lá, fiquei explicando. Tenho prazer em ensinar. Antes, eu só gostava da técnica... hoje, estou aqui, graças a Deus”.

Um ressaltava: “*Eu sou uma pessoa viva e que estou aqui para realizar essa atividade*”. E outro: “*Estou amenizando o sofrimento da família fazendo um trabalho bem feito*”. E isso era suficiente para eles se sentirem bem. Se a família recebia um corpo “*bem trabalhado, com semblante tranquilo, ela se sentiria reconfortada, nós também nos sentiremos bem*”.

O normal era ficarem tão ligados na atividade que a “*vontade de fumar passava*” e, que todas as outras coisas não tinham mais prioridade. “*Claro que, às vezes, vai me dar aquela ânsia, aquela vontade de fumar, mas poxa... tem trabalho lá dentro*”.

Um dia, o telefone tocava e todos estavam ocupados, até que um teve de interromper o que estava fazendo e disse nos interrogando: “*Sabe qual é a maior dificuldade da minha profissão? O que eu realmente não gosto nela, é o telefone (...) Ele atrapalha o andamento, tira a atenção, você se esquece de qual ornamentação tem de fazer no corpo, tem que ir ao computador... Realmente incomoda*”.

Outra forma de expressar os sentimentos positivos em relação à atividade era o capricho com que a realizavam, priorizando o **sentido do belo, do senso estético**. Gostavam de transformar, de reparar, de reconstruir, de criar.

No momento em que cortavam as roupas para vestir um cadáver, um funcionário, entregou ao outro as peças que já haviam sido cortadas. Entre elas estava uma camisa da marca Pólo. Após vestir a camisa, o funcionário recebeu uma gravata. Ele olhou para o colega e disse: “*Gravata pra pôr nessa camisa aí? Não combina!*” Mas, como não tinha outra opção, colocou a gravata assim mesmo.

Outros relatavam sobre como foram trabalhar lá e sempre ressaltavam que, se tivessem de escolher, escolhiam novamente.

Eu sempre tive a “*curiosidade de entrar em necrotérios*”. A primeira morte que presenciei foi a de meu avô, aos sete anos de idade, seguida pela morte do meu tio três dias

⁵⁸ *Dr. 90210* (adaptado no Brasil pela RedeTV! como *Dr. Hollywood*) é um reality show, iniciado em 2004, que mostra a vida do Dr. Robert Rey, popular cirurgião plástico do rico subúrbio de Beverly Hills e de seus pacientes. Recuperado em 30 janeiro, 2010 de http://pt.wikipedia.org/wiki/Dr._90210.

depois. A partir desses episódios, comecei a participar de velórios, ficava pensando como aqueles corpos eram bem aparentados, imaginando até existir uma oficina para “arrumar corpos”. Todos da família sabiam dessa “afinidade” e me avisavam assim que sabiam que algum óbito havia ocorrido. Porém, considero que a morte do pai “teve o maior peso na escolha da minha profissão”. “Ao vê-lo morto, percebi que ele estava com semblante tranquilo e isso foi reconfortante para mim”. Chegou a tocá-lo, abrindo sua a camisa para verificar o que haviam feito com ele, mas algumas pessoas tentaram impedi-lo. A família intercedeu a seu favor autorizando-o a continuar.

“Eu era baixinho, então, quando chegava na beirada do caixão aquilo pra mim parecia que era um mundo de flores. Aí eu olhei para ele. Ele estava com aquele semblante de quem estava dormindo, sorrindo para mim... mas aí vi um pinguinho de sangue na blusa dele. Aí eu falei: quero ver o que eles fizeram com meu pai. Aí comecei a abrir a camisa do meu pai, quase viro meu pai com o caixão no chão. [...] Abri tudo pra ver o que era e vi que tinha um buraquinho sangrando, não era coisa grosseira não... olhei tudo depois abotoei a camisa toda de novo. Arrumei o véu, todo bonitinho, porque tinha tirado o véu também. Mas, pra mim, ficou aquele gesto de carinho”.

Ela relatou que sofreu muito ao receber a notícia da morte do pai, principalmente porque não pôde visitá-lo no hospital. O pai sentiu-se mal e pediu à esposa que o acompanhasse. Ao despedir-se, deu dinheiro a ele para comprar doce, mas, nesse momento, pressentiu que o pai não voltaria. Após a morte do pai, a vontade de frequentar velórios não passou. Ele tinha vontade de fazer as pessoas se sentirem reconfortadas, da mesma forma que se sentiu quando passou por situação semelhante. “Agora meu trabalho é um apoio que estou dando indiretamente pra família [...] Lá dentro, no meu trabalho, eu consigo amenizar a dor da família. Da mesma forma que a minha foi amenizada quando eu vi meu pai no caixão. [...] Então, hoje, no meu ambiente de trabalho eu encaro dessa forma. Claro que não fico assim, alisando o defunto, não sofro por ele. Tenho que ter certa agilidade, porque minha função é paralisar o estado de decomposição do corpo. Isso para mim já é o suficiente. Com isso, já vou amenizar a situação da família. Tem esse prazer na minha profissão, o de obter bons resultados”.

Outros, falavam que faziam palestras, davam entrevistas a estudantes universitários, contando sobre as suas trajetórias profissionais, sobre questões relacionadas com a morte e o morrer. Eles nos mostraram uma entrevista publicada no jornal da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Para eles, essas informações precisavam ser mais divulgadas e apropriadas pela comunidade em geral, pois, assim, “as pessoas sofreriam menos”.

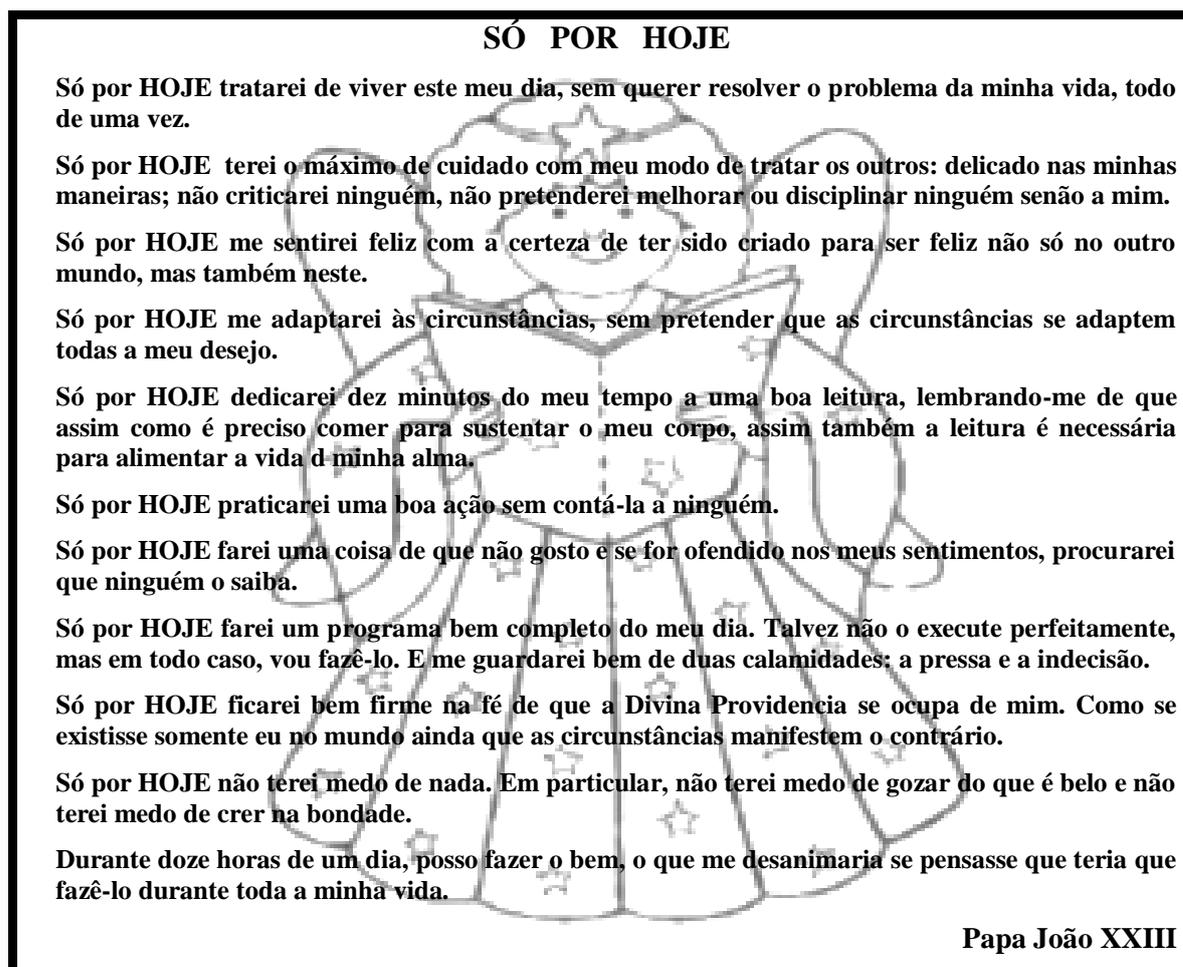


Figura 65 - Oração utilizada pelos funcionários da funerária
 Fonte: Funcionários da funerária do Hospital F, Belo Horizonte, 2010.

Mas um comportamento comum, inerente ao coletivo era o **cuidado ao corpo**, independentemente de ele estar morto. Os trabalhadores nos mostraram a oração que os funcionários da funerária utilizavam (ver Figura 65) dizendo que *“cada dia é um dia. Cada corpo é um corpo. E o último corpo do dia de trabalho tem de ser tratado como o primeiro”*.

Acrescentamos aos sentidos atribuídos ao trabalho por esses trabalhadores a maneira como lidam com o reconhecimento social de sua profissão. Para eles, a sociedade de modo geral não os reconhece em sua atividade. Eles estão entre *“àqueles trabalhos desvalorizados socialmente, carregados de preconceitos, cujos trabalhadores, muitas vezes, são discriminados, além de estarem submetidos a condições insalubres e de sobrecarga psíquica”* (Barros & Silva, 2004, p.319).

Quando conversavam sobre o trabalho com os *“próprios amigos”* eram taxados de *“loucos”* (Tanatopraxista).

“Tem amigo meu que não chega nem perto de mim, tem receio de encostar em mim porque peguei no morto” (Tanatopraxista).

“Eu tenho uma vizinha, que deixou de ir a minha casa depois que eu comecei a trabalhar aqui. E nós éramos muito amigas” (Tanatopraxista).

“As pessoas têm nojo de nós. Eu sou limpinha e a minha casa também” (Tanatopraxista).

“Eu chego em casa e deixo tudo na área: uniforme, bota, mas as pessoas acham que porque você trabalha com morto você é suja” (Tanatopraxista).

Devido à falta de prestígio social e às brincadeiras de mau gosto, como *“lá vai o papa defunto”*, muitos funcionários preferiam não contar onde trabalhavam. Eles comentavam que as esposas, os maridos e namorados(as) não gostavam de ouvir sobre sua atividade de trabalho. *“Então, não levo o trabalho pra casa”*. *“Mas, eu sinto falta de conversar com alguém. Eu só conto quando a situação me deixa muito marcado”*.

Assim, no contexto social mais amplo, eles ocultavam o que faziam, desviavam as informações sobre sua situação profissional ou disfarçavam essa informação de maneira a torná-la socialmente aceitável. É o caso do necromaquiador que se apresentava como *“esteticista”*.

Mas, por outro lado, eles se uniam ainda mais e buscavam uns aos outros para se sentirem pertencentes a algum grupo social. *“Aqui na empresa é diferente, quando estamos querendo falar alguma coisa, a agente sempre arruma alguém que queira ouvir”*.

Juntos, ressignificavam suas escolhas e encontravam sentido em sua atividade, independentemente do reconhecimento externo.

8.5 Impactos positivos na saúde dos trabalhadores

Alguns casos, observados entre os profissionais do setor de Tanatopraxia bem como alguns ocorridos com membros da nossa equipe de pesquisa, revelaram que essa profissão pode transformar positivamente a vida de algumas pessoas. Tudo indica que o contato constante e mesmo brutal com a morte leva essas pessoas a refletir sobre a própria vida.

Um dos trabalhadores, auxiliar de Tanatopraxia, nos contou que antes de trabalhar no setor, era agressivo e não respeitava ninguém. Nas suas palavras: *“eu era um maluco, doido,*

um animal. Não tinha amor a ninguém, era revoltado.” “Depois, comecei a me sentir gente.”, “Passei a dar mais valor a própria vida e das pessoas”.

Outra necromaquiadora que trabalha no setor há quase dois anos, falou que o trabalho na funerária elevou muito a sua autoestima. *“Aqui eu tenho mais valor. Antes, eu me sentia gorda e feia.”* Perguntada como havia acontecido esta mudança ela respondeu: *“desse mundo, não levamos nem a roupa inteira.”⁵⁹ Vendo o estado em que essas pessoas ficam, você passa a gostar mais de você, valorizar mais a vida e as pessoas.” “Aí, eu passei a gostar daqui também, e quando se gosta do que faz, passa a gostar de tudo mais, tudo fica melhor”.*

Um tanatopraxista nos contou que no começo não foi fácil. Ficava imaginando os órgãos dos cadáveres nos quais trabalhava. Mas depois ele se acostumou e hoje não se importa mais porque o trabalho mudou seu jeito de ser para melhor. *“Antes, eu era estressado, tudo era motivo de briga e agora estou muito mais tranquilo”.* Questionamos sobre os motivos da mudança e ele respondeu: *“Hoje dou muito mais valor à vida e de tanto ver jovens mortos, respeito mais as pessoas. Nessa vida tudo é passageiro”.*

Um ornamentador contou que a morte de um senhor o fez repensar suas relações familiares. Relatou que o senhor foi encontrado morto, sozinho, dias após sua morte. O funcionário então pensou em seu padastro e conversou com ele, dizendo que ele não poderia continuar tratando mal as pessoas ao seu redor, pois poderia correr o risco de morrer sozinho. Além disso, tomou para si a tarefa de não se tornar semelhante àquele senhor, e para isso, passou a ser mais cuidadoso em suas relações interpessoais.

O caso de José⁶⁰, foi o mais expressivo no que concerne às mudanças vitais positivas provocadas pelo trabalho nesse setor.

José nasceu em 02 de agosto de 1946. Caçula de quatro filhos. Os irmãos nasceram com uma diferença de dois anos entre um e outro. A mãe cuidava do lar de maneira atenciosa, com firmeza, mas com muita justiça. O pai, químico de profissão, funcionário do governo, foi contaminado em sua atividade de trabalho por urânio e precisou de tratamento para desintoxicação. Nesse período, apresentava reações agressivas, provocadas pelo produto, às vezes quebrando muitos objetos em casa. Após essas crises, se acalmava, saía, comprava tudo o que havia quebrado, pedia desculpas. A mãe, nesses episódios que ocorriam em intervalos de mais ou menos dez dias, protegia os filhos *“como uma galinha que protege os pintinhos debaixo da asa”*. José e os irmãos ficavam com medo, mas, ao mesmo tempo, se sentiam seguros porque a mãe dizia: *“vai passar”, “o seu pai não é uma pessoa má”*. E explicava que ele agia assim por estar doente. *“E, realmente passou”*. Fora esses episódios, José retrata o pai como uma pessoa carinhosa, dedicada ao lar, aos filhos, um excelente profissional.

José estudou do admissão até o terceiro científico em um colégio católico de Belo Horizonte. Graduou-se em Administração. Casou, teve três filhos. Em 1997, aos 51 anos, perdeu o pai *“inesperadamente”*. No dia da morte do pai, ele estava em São Paulo.

⁵⁹ Referindo-se ao fato de que as roupas são cortadas como parte dos procedimentos para vestir os corpos mortos.

⁶⁰ Nome fictício.

Comunicado do fato retornou imediatamente a Belo Horizonte. “*Ele morreu dormindo*”. “*E eu nunca consegui absorver aquele negócio da morte do meu pai*”. A mãe, logo em seguida, teve um problema cardíaco e foi submetida a uma cirurgia de ponte de safena, tendo sido ele responsável para ficar com ela no hospital durante quinze dias, acompanhando sua recuperação. Depois disso, ele começou a sentir “*coisas estranhas*”, que chamou de “*piti*” e que tiveram, contudo, uma grande repercussão para a família e para ele próprio.

“Eu não conseguia ficar sentado vendo uma televisão com a minha família, eu não conseguia sair com minha família! Eu não conseguia sair de casa! Eu tinha medo de morrer na rua! Viajar comigo era uma coisa impressionante! Não viajava de nenhum jeito! Todo mundo dizia: vamos tirar férias, pai! Eu falava: - Não vou! Aí eu inventava mil coisas. Mas tudo girava em torno do medo de morrer na rua. Bom, fui, procurei um médico, fiz meu tratamento psiquiátrico. Engordei feito um não sei o quê nessa época, de tanto remédio que a gente toma”.

O médico, ao final de seis meses, diagnosticou **Síndrome do Pânico**. Com oito meses, José interrompeu o tratamento psiquiátrico. Algum tempo depois, em janeiro de 2001, sofreu um infarto. Foi para o hospital, fez cateterismo, angioplastia, colocaram um *stent*⁶¹. Parou de fumar. Continuou a engordar. Detectaram um **hipotireoidismo**⁶² e comorbidades como alteração da pressão arterial. Outro comportamento estranho detectado por ele na época foi o hábito de esconder objetos. “*Quando eu não gostava de alguma coisa dentro de casa, por exemplo, uma coisa em cima da mesa, sabe o que eu fazia? Eu tirava aquela coisa de cima da mesa. E, para aquela coisa não voltar no dia seguinte, eu escondia.*”

Em maio de 2001, José aceitou o convite para trabalhar no setor de plano de saúde do Hospital F, mas, logo em seguida, a administração propôs uma mudança de local de trabalho e **ele foi para a funerária assumindo um cargo administrativo**. No início, recusava-se a ir ao local onde os corpos eram preparados.

“[...] no primeiro dia que eu entrei lá embaixo, eu tive um choque! Eu parei... Eu parei, fiquei olhando assim (referia-se ao lugar onde estão estocados os caixões) e esse meu amigo ficou do meu lado assim e... - Que que foi? Você tá passando mal? Eu falei: - Não sei... Não sei! Eu tava olhando pra aquele almoxarifado ali... Fiquei uns dez minutos parado e olhando pra aquele almoxarifado ali sabe? Aquele monte de caixão. (risos) Falei assim: - Gente, que coisa horrorosa, o pensamento que vinha na minha cabeça, era eu lá dentro entendeu? Era só isso que vinha na minha cabeça, e eu pensava assim, eu lá dentro! Meu Deus do céu! Que coisa horrorosa! Que que eu tô fazendo aqui? Bem, aí continuei! Parei, passou uns dez minutos, eu continuei andando e tal, fomos lá, foi me mostrar onde que era a sala de preparação, não tinha corpo nenhum lá dentro pra me mostrar! Aí eu comecei a perguntar o que se fazia ali. Como é que se fazia. Comecei a me interessar pelo negócio.

Depois desse primeiro contato, José raramente “*descia lá embaixo*”, ficando “*lá em cima*” no setor administrativo. No entanto, “*lá em cima*” também eram recebidos os familiares dos mortos, para procedimentos burocráticos e financeiros relacionados ao sepultamento. O fato de presenciar os sofrimentos desses familiares mobilizou sua curiosidade e, aos poucos, ele foi saindo de sua sala para “*conversar, dar um ombrozinho*”. A repetição desses atos de afeto, de consolo, de solidariedade começou a fazer parte de sua rotina de trabalho, até que

⁶¹ Na medicina, um *stent* é uma endoprótese expansível, caracterizada como um tubo (geralmente de metal, principalmente nitinol, aço e ligas de cromo e cobalto) perfurado, que é inserido em um conduto do corpo para prevenir ou impedir a constrição do fluxo no local causada por entupimento das artérias. A principal proposta do *stent* é impedir diminuições significativas no diâmetro de vasos ou dutos. Recuperado em 30 de janeiro, 2010, de <http://pt.wikipedia.org/wiki/Stent>.

⁶² Hipotireoidismo: Diminuição de funcionamento da tireóide; falta de tireóide, tireóide cansada.

um dia ele relatou que compreendeu que o importante é que “*nós ainda estamos vivos, nós temos que viver a vida*”. E, num tom de brincadeira, nos falava que, **se tivéssemos alguém com Síndrome do Pânico, ali era um ótimo lugar para o processo de cura: “pode trazer para cá, que ele fica bom, logo, logo”**.

Em alguns momentos, José expressava o prazer pelo seu trabalho: “*agora, é uma coisa interessante, isso aqui prende, é um ímã que tem aqui dentro. A pessoa começa a trabalhar aqui, começa a gostar do negócio*” [...]. Ele expressava também o prazer que compartilhava com sua equipe de trabalho. “*Todo mundo que entra aqui tem essa amarração. Parece que prende mesmo!*”

No final de 2010, encontramos José no velório de sua mãe, na própria Funerária do Hospital F. Estava sereno, comunicativo, dizendo que a morte dela veio em tempo adequado. “*Ela estava sofrendo muito. Com 90 anos, falência de órgãos, ela descansou! Não tinha nem uma escara!*”. Parecia tranquilo por saber que, apesar do longo tempo de permanência da mãe na cama, todos os cuidados foram tomados para que ela vivesse com qualidade até o final de vida. Além disso, estava no processo pós-operatório de um procedimento bariátrico, **havia perdido cerca de 40 quilos**. Relatou estar feliz, dizendo ser “*outro homem*” e que retomou sua vida social, afetiva e sexual. Falou de projetos para sua vida pessoal e profissional. **As comorbidades estavam sob controle**. Segundo ele, “*diante dos sofrimentos que passou, sua vida atual era um mar de rosas*”.

Em suma, para essas pessoas e, em certa medida, para alguns membros da equipe de pesquisa, esse contato tão direto com a morte, fez reavivar o sentido da vida, levando-os a questionar seus valores e transformar sua relação consigo mesmo e com o outro.

8.6 Os sintomas apresentados pelos tanatopraxistas e necromaquiadores

De modo geral, os trabalhadores que estavam na ativa apresentavam-se dispostos, alegres. Esse estado era alterado com a intensificação do trabalho, mas, assim que podiam, descansavam e recuperavam suas energias.

No entanto, na época da pesquisa, alguns funcionários se encontravam afastados por motivos de saúde.

“Um surtou e quebrou a casa inteira” (Tanatopraxista).

“A outra ouvia vozes, acreditava que os mortos conversavam com ela. Quando ela vem aqui na funerária, ela não desce aqui, só se alguém confirmar para ela que não tem nenhum corpo para ser preparado. Ela já tentou suicídio e está afastada há mais de 1 ano”(Necromaquiadora).

Eles contaram que na época do adoecimento dessa funcionária, trabalhavam sob pressão. “*Era uma média de 20 corpos por dia*”. Essa senhora precisou fazer uma cirurgia no joelho e ficou um tempo fora do setor, mas ela precisava retornar porque sua licença estava terminando, ela estava nervosa, sem saber como ia se organizar para voltar. E, logo que

voltou, teve uma dor de cabeça muito forte, começou a vomitar, foi levada para o hospital, e lá, segundo os médicos, teve uma “crise histérica”. Foi amarrada, dopada, ficou internada e daí nunca mais voltou.

“Hoje dizem que ela é esquizofrênica, vive tomando remédios”
(Tanatopraxista).

“Tinha um funcionário, que ele era muito brincalhão, mas estava com problemas com a esposa, com crises constantes de ciúmes, sintomas depressivos e apresentava uma clara mudança de comportamento. Nós falamos com a supervisora e ela o convenceu de se tratar. Esse conseguiu se recuperar” (Tanatopraxista).

Diante desses relatos, alguns funcionários falavam da necessidade de terem um psicólogo ou psiquiatra com quem pudessem conversar. Eles fizeram essa sugestão para a coordenação, mas ainda não tinham sido atendidos.

Outros diziam que em razão de terem visto os colegas adoecerem, “*ficavam de olho*”, “*todo mundo toma conta de todo mundo*”. No caso de qualquer um deles começar a apresentar com maior frequência sinais de “*chorar à toa, ficar nervoso a ponto de brigar com familiares, ficar ansioso, apresentar excesso de ciúmes, ficar com medo, ficar reclamando de doenças, se afastar nas horas de conversas, se isolar, ficar irritado, agressivo, ver fantasma, ouvir vozes*”, alertavam à família, à supervisora. “*Se apoiarmos no início, eles têm chance de não adoecer*” (Tanatopraxista).

Conversamos com os trabalhadores sobre esses sintomas. Eles disseram que quando começavam a sentir medo significava que “*não estavam bem, talvez estivessem cansados, talvez com problemas em casa*” (Necromaquiador).

Enquanto falavam sobre seus medos ou quando viam o “corpo morto como sujeito vivo” (Tanatopraxista), havia maneiras diversas de lidar com o problema. As funcionárias relatavam sentir medo no início, mas diziam também que “*acostumavam*” e o medo “*sumia*”. Já os homens, quando falavam sobre suas primeiras impressões no trabalho, raramente diziam sentir medo afirmando nunca terem sentido nada de diferente em relação ao trabalho; e outros relatavam um “*estranhamento inicial*”, que logo desaparecia. Apenas um funcionário do sexo masculino admitiu sentir medo.

O comum aos dois gêneros estava nos relatos referentes a um processo cumulativo de dessensibilização daquelas situações totalmente novas, cujos elementos eram desconhecidos e estimulavam muitos pensamentos, sensações e sentimentos. Aos poucos, essas situações se

tornavam comuns, devido à sua reapresentação frequente na situação de trabalho, deixando de ser notadas. Sobre isso alguns se manifestaram:

“Eu não sabia que o pênis podia ficar ereto no corpo morto, quando vi pensei que ele estava vivo. Levei o maior susto!”.

“Eu nunca tinha visto um cérebro todo aberto com os miolos saindo, foi horrível! Eu não consegui dormir, aquilo ficou na minha cabeça”.

“Eu não sabia que os alimentos ficavam daquele jeito no intestino e que a as fezes ficavam dentro da gente depois de morto. Aí, quando ia comer, ficava imaginando o caminho da minha comida dentro da minha barriga. Era estranho”.

“Quando costurei um corpo que já estava aqui há mais tempo eu não pensei que a pele estivesse tão dura. Então tive de fazer mais força. Aí fiquei pensando ... e se ele (o corpo morto) achar que eu estou machucando. Será que ele vai me atormentar? ”.

“Uma vez, acabamos de reparar um corpo e foi muito difícil, mas todos ajudaram e o serviço ficou bom. Quando cheguei ao ponto do ônibus, olhei para o lado para ver se o ônibus estava chegando, olha quem estava lá! Ele, o defunto! Fiquei apavorado! Rezei uma Ave Maria e um Pai Nosso, pedi que ele fosse embora e me deixasse em paz! Liguei para a supervisora e ela me aconselhou descansar e que ligasse novamente, caso eu não melhorasse”.

Assim, de modo geral, quando os trabalhadores começavam a falar de “espírito ou fantasma”, que haviam “sentido alguma coisa diferente” como “cheiros”, “quentura”, “barulho estranho”, ou ainda, quando comentavam que precisaram de “rezar para conseguir fazer o trabalho”, que “sonharam com alguma coisa relacionada a algum corpo” ou apresentavam mudanças de comportamento, a supervisora ficava alerta.

Segundo ela, não eram frequentes os casos em que as crenças influenciavam no trabalho, podendo até mesmo inviabilizar sua realização.

“Uma vez tivemos uma ornamentadora que falava que via os espíritos dos mortos. Ela desestabilizou toda a equipe, porque ela ficava falando o que os mortos estariam falando e os colegas começaram a acreditar. Chamei. Conversei. Mas não teve jeito, tive de mandar embora”.

Outras vezes, os trabalhadores relatavam que pensavam na morte o tempo todo. “*Todo dia antes de dormir, peço para acordar no dia seguinte*”. “*Eu tenho muito medo de morrer*”. (Tanatopraxistas). Nesse sentido, o medo se apresentava também como relacionado à

possibilidade de perder alguém querido ou outras perdas na vida: “*da escola que não fiz*”, “*de coisas que eu quero fazer, mas não sei se em algum dia vão ser realizados*” (Necromaquiadores). “*Da namorada que eu era apaixonado, mas que não tive coragem de me declarar*”, “*dos pais mortos*” (Tanatopraxistas).

Mas, havia entre eles uma tese quanto “à alma” ou “ao espírito”. Eles diziam: “*Ora, se o sujeito morre, mas o corpo não; então tem parte viva aí e, na dúvida, nós temos que cuidar dela direitinho*”. E, por várias vezes, os flagramos conversando com o corpo. “*Ô cara, vê se me ajuda aí, né. Eu tô tentando te deixar bonito, mas você não coopera*”.

Acompanhamos, dentro do possível, um caso de adoecimento que, em linhas gerais, exporemos a seguir.

A mãe de Paulo ⁶³se casou duas vezes. Do primeiro casamento teve duas filhas e, do segundo, teve o Paulo, que nasceu em 26 de julho de 1973, e mais uma filha. O pai, um homem carinhoso, dedicado à família, trabalhador, motorista de ônibus de turismo, que fazia o percurso Paraguai-Belo Horizonte. Ele enchia a casa de presentes e alimentos a cada vez que retornava de viagem. Paulo se lembrava da infância e do início da adolescência com muita saudade e prazer. Mas o pai foi acometido por um quadro severo de diabetes e ficou impossibilitado de viajar. “*Ele ficou por um ano e quatro meses em cima de uma cama*”, “*sofrendo*”, “*braço pele e osso*”, “*barriga e pernas muito inchadas*”. Em decorrência de falência dos órgãos, veio a óbito, aos 49 anos de idade. Paulo tinha 16 anos, estava na sexta série do ensino fundamental.

Na ocasião da morte do pai, Paulo ficou encantado com a equipe que cuidou do enterro do pai. Achou-os “*boas pessoas*” e sempre passava na Funerária do Hospital F, tornando-se uma pessoa querida entre eles. A mãe, logo em seguida, sofreu um acidente de carro, provocado por seu cunhado, e precisou ficar na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) por três meses, em função de um derrame cerebral que deixou sequelas irreversíveis e, por duas vezes, esteve entre “*a vida e a morte*”. A partir desse acidente, nunca mais foi a mesma, “*não fala coisa com coisa*”.

Sem pai, com a mãe inválida, sem dinheiro, o lar desmoronou. Paulo parou de estudar e foi procurar serviço. Trabalhou nos Serviços de Limpeza Urbana (SLU) da Prefeitura de Belo Horizonte por um período de três meses, mas o dinheiro “era pouco”. Então tornou-se ajudante de pedreiro e ficou nessa atividade mais ou menos um ano. Um primo, sensibilizado pela história da família, estava montando uma fábrica de papel de parede e o chamou para trabalhar. Ficou lá apenas por seis meses, pois era a hora de servir o exército. Quando encerrou o serviço militar, como de costume, foi à funerária, e ao contar que estava procurando emprego, a supervisora geral **o acolheu como auxiliar em 23 de novembro de 1992.**

Paulo se casou no ano de 2000 e, em **2003**, a supervisora geral lhe ofereceu o curso de Praxitanatologia gratuitamente, colocando-o, após ter sido aprovado, para trabalhar na função de **tanatopraxista**. Em **2005, nasceu sua filha, “paixão de sua vida”**. Paulo se sentiu feliz, realizado, mas, desde então, começaram a aparecer os primeiros sintomas daquilo que ele denomina de “**a minha queda**”. Ele não conseguia mais realizar a atividade, pois via os familiares em todos os corpos que tocava, o pai, a filha, a mãe. Começou a beber, “*o máximo que conseguia fazer para viver era ficar dopado*”, “*no outro dia acordava mal*”; não dormia à noite. “*Teve vezes dele tomar Lexotan sem parar*”, relatou a esposa. Ficava irritado no trabalho. Não conseguia mais manter a vida sexual com a esposa, “*Não tinha ânimo para nada*”. “*A vida começou a embolar*”. Começou a não ter mais vontade

⁶³ Nome fictício.

de ir trabalhar. Queria somente ficar com a filha em casa. Se fosse plantão noturno, “o esforço” era maior. *“Acho que quando minha filha nasceu eu fiquei mais fraco para essas coisas”*.

“Um dia, acordei estranho”. “Uma coisa me falava para eu não ir trabalhar. Você não vai dar conta de trabalhar hoje”. Ele ligou para a esposa e disse que não ia trabalhar. Buscou a filha na escola, ficou com ela e faltou ao trabalho. Quando a esposa chegou, o encontrou chorando, dizendo que pensava em morrer, sentia-se *“sufocado, sem lugar”*. Ele dizia que *“tinha de tirar licença e sair daquele lugar”*. A esposa o levou a um psiquiatra que o diagnosticou como **“Psicose não-orgânica não especificada (CID 10 - F29)** e indicou internação, mas, a esposa acreditava que ele estava sofrendo de **“depressão e estresse por causa do trabalho e que estava bebendo mais do que o normal”** e, não permitiu a internação dizendo que iria tentar fazer o tratamento em casa. E ele contou: *“Fui ficando pior a cada dia”*. Ele ficou afastado da funerária por um ano.

Nessa época, já estávamos fazendo a pesquisa e tentamos entrar em contato com ele. Marcamos um encontro, mas ele faltou e não atendeu mais às nossas chamadas. Paulo começou a tomar a medicação indicada para quadros psicóticos. Foi se isolando e permanecia o tempo todo dopado. Sua esposa deixou de confiar a ele os cuidados com a filha. Ele não conseguia mais buscar a filha na escola. Tornou-se um *“inútil”*(Esposa), não fazia atividades básicas como ajudar nas tarefas de casa. A esposa não estava suportando mais. Pensou em se separar. *“Largar tudo prá lá e cuidar da minha filha sozinha.”* E, num dia de *“irritação e exaustão”*, jogou no lixo todos os remédios que Paulo estava tomando, dizendo-lhe *“ou você melhora ou vai embora”*. Sem medicação, Paulo começou a reagir, voltou a conversar e ela insistia para que ele fosse procurar um emprego porque ela não estava aguentando mais sustentar a casa. Paulo, então, voltou para a funerária. Tinha ficado afastado do serviço de maio de 2009 até maio de 2010, mas, com dois dias de serviço, começou a sentir tonturas e a chefia o deslocou para o setor de almoxarifado, conseguindo uma minimização dos sintomas.

Um dia, durante a realização da pesquisa, recebemos a notícia de que ele havia voltado a trabalhar, mas que estava péssimo e que talvez a solução fosse aposentá-lo por invalidez. Com a ajuda da supervisora geral, conseguimos seu horário de plantão e fomos até lá. Aproximamo-nos dizendo da alegria em conhecê-lo, nos apresentamos e dissemos que estávamos lá para uma pesquisa voltada para a saúde dos trabalhadores daquele setor. Ele nos recebeu com uma cordialidade formal e respondeu dizendo que, então, ele seria o primeiro a ser atendido. Essa foi a “brecha” para iniciarmos nosso contato. A partir desse momento, por duas vezes na semana, estivemos com Paulo. Após alguns encontros, conduzimos Paulo a um psiquiatra que atendia nos Serviços de Saúde Mental (SERSAM). O psiquiatra alterou a medicação e, um mês depois, ele retornou para um diagnóstico diferencial. O resultado foi **“Outras reações ao ‘stress’ grave (CID 10 - F43.8)”**, associadas ao **“Transtorno depressivo recorrente (CID 10 – F33.0)”** e, que não se tratava de uma psicose conforme os diagnósticos anteriores sugeriam.

Paulo teve uma melhora significativa com os novos medicamentos, estava alegre, trabalhando e retomando aos poucos suas atividades em casa. Em nossos contatos, falou do tempo em que ficava em casa, só querendo ficar perto da filha. *“Eu ficava bem só quando estava perto dela, mas tinha vezes que eu via meu corpo saindo de mim. Parecia que eu estava morto, aí, eu apavorava, levantava, mas ficava muito angustiado”*. Em outros momentos, ele dizia que, tinha se tornado um homem com vontade de viver, que *“Deus deu um puxão de orelha nele pra ele acordar e ver tudo o que ele tem de bom, a esposa, a filha, amigos no trabalho, coragem para trabalhar”*. *“Tudo o que aconteceu foi para eu aprender que eu estava longe de mim”*.

Agradeceu pelos nossos encontros dizendo que fizeram com que *“pensasse na vida”*. Em um dos nossos últimos encontros, ele disse *“eu era um homem morto, com o nascimento da minha filha eu me senti vivo, mas eu tinha medo de morrer e deixar minha família, como meu pai. Eu não quero morrer, eu quero viver. Eu sou corajoso. Eu amo minha esposa, minha filha. Acho que eu associo esse lugar ao meu pai e o fato de ter começado a trabalhar exatamente no lugar que meu pai morreu, faz desse lugar, o lugar da morte. Eu não quero mais trabalhar com a morte”*. Nesse momento, ele tinha os olhos marejados de lágrimas, o tom de voz emocionado, mas firme. Ao ser questionado sobre o que pretendia fazer naquele momento, respondeu: *“Quero abraçar minha filha, minha esposa. Quero consertar minha casa. Quero ter minha vida de volta”*. Encerramos a entrevista desse dia num clima

de muita emoção. No dia seguinte, recebemos o e-mail transcrito em sua íntegra (ver Figura 66). Substituímos os nomes que os identificam por [xxx].

EU NASCI EM 26 07 1973,, NA ANTIGA POLICLINICA RENASCENÇA QUE HOJE NEM EXISTE MAIS,, SOU DE BELO HORIZONTE MG. MINHA MÃE [xxx] MEU PAI [xxx], MINHA IRMÃ DA PARTE DE PAI E DE MÃE [xxx] 31 ANOS. AS OUTRAS DUAS IRMÃS DA PARTE DE MINHA MÃE DO PRIMEIRO CASAMENTO [xxx], E [xxx] NÃO CONVIVO MUITO COM MINHAS IRMÃS!!! ADOLECÊNCIA ATÉ OS MEUS 15 ANOS DE IDADE FOI UM PARAISO UMA BENÇÃO DE DEUS EU ERA UM ADOLESCENTE MUITO FELIZ APEZAR DAS DIFICULDADES QUE SURTIAM,,, AOS 16 ANOS VEIO UMA TRAGÉDIA UMA CATASTROFE NA MINHA VIDA A MORTE DO MEU TÃO AMADO PAI.. DAÍ SIM A MINHA VIDA VIROU DA ÁGUA PARA O VINHO,, MÁ ATRAVÉS DO MEU PAI COMECEI A ME INTERESAR PELA MORTE,, SÓ CONSEGUIA PENSAR NA MORTE,, MINHA MÃE DOENTE E UMA IRMÃ AINDA CRIANÇA TIVE QUE TRABALHAR DE SERVENTE DE PEDREIRO PARA SUSTENTAR MINHA MÃE E MINHA IRMÃ POIS MINHA MÃE NÃO TINHA SAÚDE PARA TRABALHAR.AOS 18 ANOS FUI PARA O EXERCITO LÁ FIQUEI 9 MESES E 29 DIAS,,, MÁ MESMO QUANDO ESTAVA NO EXERCITO CONTINUEI A ME INTERESSAR PELA MORTE DAÍ FUI TENTAR EMPREGO NA FUNERÁRIA [xxx] E FUI MUITO BEM ATÉ MAIO DE 2009 QUANDO TIVE UMA TERRIVEL QUEDA " DEPRESSÃO" MAS ANTES DISSO MINHA FILHA NASCEU EM 08 08 2005 COM O NASCIMENTO DELA ME VEIO UMA SENSIBILIDADE UMA FRAJILIDADE,, ESSA FOI A MINHA 'QUEDA' DAÍ FIQUEI AFASTADO DURANTE UM ANO E MEIO FAZENDO TRATAMENTO PSQUIÁTRICO.. MINHA ESPOSA ESSA GRANDE MULHER ESSA FORTALEZA ME APOIOU EM TODOS OS MOMENTOS DAS MINHAS ANGÚSTIAS DAS MINHAS CRISES SEM ELA EU NÃO CONSEGUIRIA VENCER E CLARO NÉ COM A SUPER AJUDA DA DRA. LECY E DO DR. [xxx] MINHA VOLTA AO TRABALHO HOJE ESTA SENDO MUITO BOA NO COMEÇO LOGO NOS PRIMEIROS DIAS EU SENTI MUINTA ANGÚSTIA „PANICO,, FRUSTAÇÃO,, INSEGURANÇA,, MEDO COM OUTROS ESTADOS NEGATIVOS DA ALMA,, MÁ AGORA ESTOU BEM GRAÇAS A DEUS E A AJUDA DE TODOS VOCÉS!!!! ESTOU ME RECUPERANDO MUITO BEM E SEI COM TODA A CERTEZA QUE VOU CHEGAR LÁ!!! A MUDANÇA ESTÁ EM MINHAS MÃOS EU TENHO MUINTA FORÇA DENTRO DE MIM,, REPROGramei a MINHA META E POR ISSO SOU MAIS QUE VENCEDOR EM CRISTO JESUS!!!! MUITO OBRIGADO POR TUDO DRA.LECY QUE DEUS TE ABENÇÕE!!!! PAULO!!!!

Figura 66 - E-mail de Paulo.

Fonte: Arquivo particular, 2010.

Soubemos que em maio de 2012, Paulo voltou a ser diagnosticado como “**Psicose não-orgânica não especificada (CID 10 - F29)**” e se encontrava afastado da funerária, os sintomas não desapareceram. Em suas justificativas de afastamento constavam: “**Afastado pela perícia Médica do INSS. Tristeza excessiva, desânimo, em 2009, trocou de função sem sucesso na melhora. Sem condições de retorno às suas atividades. 2011. Quadro ainda sem melhora mais sustentada, devendo permanecer em uso contínuo da medicação e do controle médico periódico.** Sofrimento mental, incapaz para o trabalho, seus bens e sua pessoa. Ansiedade, angústia, isolamento social, insônia, ideias de ruínas e morte, cismas, escutar vozes de comando, descuido da higiene pessoal, embotamento afetivo, comprometimento da capacidade laborativa. **2012 Sem condições de retorno às suas atividades.**”

O caso de Paulo nos fez refletir sobre as considerações de Clot (2010) referentes ao “poder de ser afetado”. O autor, fundamentado em Vygotsky, diz que, o desenvolvimento do sujeito é “uma metamorfose das funções psicológicas” (Clot, 2010, p.31) feita de maneira “única”, na qual o sujeito “ata e desata os vínculos estabelecidos entre todas as atividades que ele tentou tornar compatíveis fora dele e em sua história”. Para que o sujeito possa adquirir um equilíbrio entre seu poder de agir profissional e pessoal é “imprescindível que ele disponha de uma plasticidade subjetiva que, por sua história própria, tenha conseguido, ou não, conquistar” (Clot, 2010, p.31).

Paulo dizia que ele não se via em outras profissões, afirmando repetidas vezes: “*eu só sei fazer isso, eu fiz isso a minha vida toda*”. Mas, antes de ele ir para a funerária ele havia trabalhado nos Serviços de Limpeza Urbana (SLU), ajudante de pedreiro, na fábrica de papel de parede, ou seja, parecia que Paulo havia se esquecido dessas experiências ou colocado a

atividade de tanatopraxista como a única que, de fato, o fez sentir-se como um profissional. No entanto, já não se sentia mais capaz de exercê-la.

Nossa hipótese é a de que, após o nascimento da filha, Paulo se sentiu vulnerável talvez, em razão da própria pressão em ter de dar conta da família, de sustentar sua filha, de ser bom pai, bom marido, bom profissional. Tudo indica que suas margens de regulação das frustrações foram se estreitando e a única saída foi o adoecimento. Todas as defesas que havia construído desde a morte do pai parecem ter caído por terra. O medo de vir a faltar e deixar sua família desamparada - como ocorreu com sua família de origem na ocasião da morte do pai, parece ter se tornado incontrolável. O contato cotidiano com a morte, imposto pela sua atividade profissional, já não era mais possível.

Em suma, a morte é uma das formas de pensarmos sobre a própria existência, no entanto, muitas pessoas vivem sem necessariamente ter de refletir sobre ela, pelo menos quotidianamente. No setor de Tanatopraxia esse tipo de reflexão é algo que se impõe àqueles que lá se encontram. É quase impossível passar por lá e sair sem ser incitado a pensar na própria morte ou na de um ente querido. Esta se apresenta literalmente nua, sem qualquer tipo de mediação e, quando nos damos conta, “não é da morte que temos medo, mas de pensar sobre ela” (Sêneca, 4 a.C.? - 65 d.C.) e sobre o que é produzido por esses pensamentos. Assim, cada sujeito tem de achar à sua maneira, uma solução para suas produções intrapsíquicas, é preciso dar sentido a elas. Quando encontra esse sentido, pela via do simbólico, segue em frente rumo a novas experiências, mas quando não encontra saída pelo simbólico, pensar na morte se torna “terrificante” (Carsola, 2012, p.13). Assim, preso à sua concretude brutal, o sujeito acaba adoecendo.

EPÍLOGO

Durante a realização desta pesquisa, minha prima de segundo grau faleceu. Uma jovem de 17 anos, filha única, muitos amigos, um futuro a viver. Morte súbita. Estava em uma festa e, segundo os seguranças do local, *“ela teve um enfarte fulminante. Tentamos fazer massagem cardíaca, mas ela não reagia”*. A mãe em casa, acordada, esperando a filha chegar, recebe um telefonema dizendo que a filha estava muito mal no hospital. Saiu correndo e quando chegou ao hospital, recebeu a notícia do óbito. Nada fazia sentido. **J.** *saiu, despediu, estava feliz, falei com ela, como pode estar morta agora?”*

Como a morte ocorreu em local externo ao hospital, o corpo de **J.** foi levado ao Instituto Médico Legal (IML) para autópsia. Os familiares passaram a noite apoiando a mãe e tentando organizar documentos necessários para o funeral. De manhã, recebi o comunicado do falecimento. Estava a caminho da funerária do Hospital F para mais um dia de coleta de dados. Perguntei: *“Qual funerária está cuidando dos procedimentos?”* Ela respondeu: *“A funerária do Hospital F.”*

Ao chegar à funerária, o setor de logística estava em fase de planejamento para deslocar o veículo a fim de buscar o corpo no IML. Eu disse que se tratava de uma prima. Todos ficaram comovidos com a situação. Ligaram para o médico legista do IML para verificar o horário da liberação do corpo. Diziam-me frases de conforto. Saímos com o veículo para buscar o corpo. Chegando ao IML, encontramos-nos com pessoas da minha família na porta. Todos estavam chocados, preocupados com a mãe da jovem. Na tentativa de tranquilizá-los eu disse: *Podem ir cuidar dela, eu fico com J. e a levo para o cemitério”*.

Essa frase ficou ressoando nos meus pensamentos. Era como uma situação do cotidiano, onde apenas daríamos uma “carona” para a **J.** Vida e morte tão próximas. A emoção era forte, mas ao mesmo tempo com uma sensação estranha de “compromisso”. *“Eu tinha de fazer o que estava fazendo. Ninguém da família poderia fazê-lo”*. Lembrei-me dos trabalhadores da Tanatopraxia. Quantas e quantas vezes eles falaram essa mesma frase como uma espécie de missão ou como “um imperativo categórico”, diria Kant.

E foi assim que, juntos nessa “missão”, levamos **J.** para a funerária. Assisti a todos os procedimentos específicos da tanatopraxia. Ajudei a lavar o cabelo, vestir, maquiar, colocar o corpo na urna funerária, ornamentar, fechar o caixão. Enquanto “trabalhávamos” com aquelas pessoas, sentíamos orgulho do nosso “trabalho”, um “poder de transformação”. O Instituto

Médico Legal tinha deixado o corpo de **J.** muito sujo de sangue, pedaços do córtex cerebral estavam espalhados em seu cabelo; o couro cabeludo estava aberto, o rosto tinha um tom lilás, os lábios feridos mostravam os sinais da mordedura em decorrência de dor intensa e aguda que ela sofrera.

Os tanatopraxistas limpavam o corpo em geral, fizeram os procedimentos de tanatopraxia simples e massagearam o rosto, deixando-o mais claro e possibilitando o reconhecimento de seus traços. Aos poucos, com calma fui limpando e penteando os cabelos. Os cuidados com aquele corpo tinham o sentido de reconhecer a dignidade de um sujeito vivo em um corpo morto, ou seria o contrário, a dignidade do corpo vivo em um sujeito morto? Os tanatopraxistas sempre disseram “*o corpo está vivo. Ele leva ainda dois anos para morrer. Quem morre é a pessoa*”. Cenas do filme “A partida⁶⁴” vinham em minhas lembranças (ver Figura 67 e Figura 68).



Figura 67 - Filme A Partida: atividade de massagem facial.
Fonte: Blog A vida e a obra, 2013.

⁶⁴FichaTécnica. Japão, 2008. Direção: Yojiro Takita atores: Masahiro Motoki , Tsutomu Yamazaki , Ryoko Hirose , Kazuko Yoshiyuki , Kimiko Yo. Duração: 130 min. Recebeu o Oscar de Melhor Filme Estrangeiro de 2009. Sinopse: Daigo Kobayashi (Masahiro Motoki) tem o sonho de tocar violoncelo profissionalmente. Para tanto se endivida e compra um instrumento, conseguindo emprego em uma orquestra. O pequeno público que comparece às apresentações faz com que a orquestra seja dissolvida. Sem ter como pagar, ele devolve o instrumento e decide morar, com sua esposa Mika (Ryoko Yoshiyuki), em sua cidade natal. Em busca de emprego, ele se candidata a uma vaga bem remunerada sem saber qual será sua função. Após ser contratado, descobre que será assistente de um agente funerário, o que significa que terá que manipular pessoas mortas. De início Daigo tem nojo da situação, mas a aceita devido ao dinheiro. Apesar disso, esconde o novo trabalho da esposa. Aos poucos ele passa a compreender melhor a tarefa de preparar o corpo de uma pessoa morta para que tenha uma despedida digna.

J. foi se transformando, a pele clareando. Vestimos-lhe a roupa. Todos ajudavam com muito cuidado e carinho. Ela foi transportada para o caixão e começamos os processos de segurança e ornamentação do corpo dentro da urna. Logo em seguida iniciamos a necromaquiagem usando o material de maquiagem adequado e fornecido pela funerária, mas o toque final foi feito com a maquiagem trazida pela família. Esse pequeno detalhe fez uma diferença enorme quando a família se encontrou com o corpo. Aquele toque final foi essencial como fator de reconhecimento do corpo pelos familiares. E, os necromaquiadores sabiam disso. Para eles, quando a família diz “*ela gostava tanto desse batom*”, é um sinal de que o trabalho foi realizado com perfeição e dedicação.



Figura 68 - Filme A Partida: atividade de necromaquiagem
Fonte: Gelo Negro, 2011.

Pude confirmar que eles estavam certos, pois, no dia do enterro, todas as colegas do colégio foram com o esmalte que **J.** estava usando no dia da morte. Motivo: ela estava feliz e havia comentado com as colegas que naquele dia, para aquela festa, iria usar uma cor diferente, “*uma da moda*”. Essa foi a maneira que encontraram para mantê-la viva. “*Ela está viva em nós*”, diziam as colegas no enterro.

Assim, durante os procedimentos, os funcionários me perguntavam: “*O que você acha desse tom de batom? Como vamos fazer para tapar as feridas dos lábios? Onde você quer que coloque o terço* (a família deixou um terço de orações junto às roupas)?

Quando terminamos, todos disseram: “*Ela parece a bela adormecida*”. Fomos levar o corpo para o velório. Cena chocante. Todos estavam esperando. O velório, lotado de amigos,

colegas do colégio, familiares. Descemos com o caixão. Muitos chorando. Abrimos o caixão. Os funcionários da funerária, discretos, sóbrios, atentos aos detalhes – posição do caixão, do corpo, terço no lugar certo, flores, cabelos etc. Eles estavam preparados para o retrabalho no caso de ter ocorrido algum tipo de deslocamento durante o traslado para o cemitério.

Enquanto conferiam esses detalhes, a mãe de **J.**, já estava debruçada sobre o caixão e imediatamente disse: *“Como ela está linda, parece que está dormindo! Obrigada por cuidar da minha filha! Nunca vou poder pagar por isso que vocês fizeram por ela!”* E se dirigiu a mim *“Só de saber que ela estava sendo cuidada por você, nesse momento final de vida me alivia, me conforta, porque eu não conseguiria fazer isso”*. Nesse momento estávamos todos emocionados, inclusive os motoristas que fizeram o traslado e o tanatopraxista que acompanhava a entrega do corpo (procedimento prescrito com a finalidade de checar com a família se o que pediram foi realizado e se o corpo sofreu alguma alteração durante o transporte). Os profissionais esboçaram um sorriso no rosto, nos olhamos e nessa troca de olhares compartilhamos sentimentos de realização. Era um misto de tristeza e alegria pela missão cumprida. Nós nos abraçamos e agradei pelo trabalho, despedi-me deles e permaneci no velório para o enterro.

Depois desse fato, durante um mês aproximadamente, não consegui voltar ao campo. Quando tentava me aproximar, sentia náuseas, tonteira, não conseguia permanecer. Os funcionários notavam meu mal-estar e eram solidários dizendo que isso iria passar. Levei o fato à supervisão e obtive todo o apoio e compreensão. *“Volte quando você se sentir melhor”*.

Em suma, no dia a dia com os profissionais da Tanatopraxia, aprendi a dar mais sentido às pequenas coisas, transformar as adversidades em possibilidades, reconhecer, priorizar, valorizar os significados positivo e negativo de cada situação como parte da situação e não parte da minha vida. Aprendi a não generalizar, ou seja, as experiências anteriores podem servir como referências em tomadas futuras de decisão, mas não podem ser reaplicadas de forma automática, desconsiderando os elementos atuais da situação que se vivencia. É preciso decidir o que fazer com os elementos presentes. O antes é o antes. Cada momento atual deve ser vivido como único, como particular, considerando-se seu percurso de vida, mas sem se fixar nele, devendo, portanto, ser analisado em um universo de possibilidades a serem realizadas, diria Vygostky. Para isso, é preciso estar aberto a novas possibilidades de resolução e, diante do inesperado, da situação problema, questionar: *“o que posso fazer agora?”* *“Quais recursos materiais e/ou pessoais tenho neste instante?”* *“Eles*

podem me ajudar na resolução?” E, se nada disso se transformar em possibilidade de resolução, é necessário sair de si e buscar ajuda no outro, no coletivo.

Enfim, o viver exige gerenciar, negociar, adiar, escolher, priorizar, valorizar cada variável do aqui e agora, dentro dos limites do presente, ter como poder a competência de transformá-lo em algo possível e prazeroso; e se, mesmo assim, o prazer não for possível, ter a competência de enfrentar o desprazer com serenidade. Não há como prever, não há como controlar. Cada corpo é um corpo, cada dia é um dia, ou como dito por Jorge (2005)

cada encontro, em cada momento ou em cada época, longo ou curto, é marcado pela perda futura, pela certeza de que num dado momento, ele se tornará impossível, irrealizável para sempre. *Carpe diem!* Cada instante é único, irreversível, in-revivível. Cada gole de água ou de cerveja é irrepitível. Cada aperto de mão, cada abraço, cada olhar, cada gesto, nenhum deles será o mesmo depois, podem até ser parecidos, mas não os mesmos. *Tempus fugit! Fugit vita!* Por isso, cada momento pode ser de magia, de encantamento. Cada momento pode ser feliz, se você não o leva para o inferno do pensamento estúpido (Arquivo particular, 2005).

Quando li no “santinho” distribuído na missa de sétimo dia de falecimento de [J]: *“Não haverá borboletas, se a vida não passar por longas e silenciosas metamorfoses”* lembrei-me do meu processo final de análise.

Em um dia, levei para o analista um vaso de flores naturais com uma borboleta artificial presa em uma das flores. Ao entregá-lo ao meu analista, eu disse: *“Não sei bem o porquê, mas quando vi este vaso, tive de comprá-lo. E, mais, só consegui pensar em trazê-lo para você. E o tempo todo em que eu fazia a compra, vinha em meus pensamentos a seguinte frase: o que para uns é a morte da lagarta, para outros é o nascimento da borboleta”*.

Numa reflexão metafórica pode-se dizer que esses trabalhadores passam infinitas vezes por “silenciosas metamorfoses” para se sustentarem em sua atividade. Podem *“transformar um corpo sujo, irreconhecível, em uma bela adormecida”*. Para eles, o trabalho faz parte da transformação contínua de suas subjetividades, parte dos seus processos de crescimento, transformação, parte dos processos de superação de limitações - como a borboleta que para nascer rompe a casca que continha sua forma anterior.

Utilizando-se destes movimentos de transformação, eles podem ou não, encontrar e ressignificar o sentido do trabalho. Podem ou não *“vencer a morte”*, conforme disse um deles certo dia.

Para mim, significou retomar, ressignificar e potencializar meu poder de ação, aprender a desvencilhar-me de amarras cognitivas, emocionais, sociais que de certa forma nos

impedem de viver as adversidades da vida sob a luz das possibilidades e, assim o fazendo, nos encaixota em um tipo de alienação que não nos deixa agir na direção da libertação e da autonomia.

8.7 Discussão dos resultados da Tanatopraxia

De modo geral, os serviços oferecidos pela funerária do Hospital F seguiam uma ordem de atendimento e processos que conferiam com a descrição sumária das tarefas divulgadas pela CBO (2012), bem como cumpriam a legislação vigente no país referente aos traslados de corpos e resíduos que apresentam riscos potenciais à saúde pública e ao meio ambiente devido à presença de agentes biológicos.

Além disso, os dados referentes à jornada de trabalho, à divisão de tarefas, aos plantões, às férias, ao salário e aos adicionais, bem como às horas extras, às pausas, aos benefícios, aos treinamentos e às promoções, não se revelaram como possíveis fatores patogênicos. Sempre que ocorriam problemas em torno desses pontos, os trabalhadores negociavam com a gerência, com a supervisão e obtinham respostas satisfatórias, o que também revelou que as formas de supervisão e controle levavam em consideração as particularidades dos trabalhadores.

Mas constatamos também que o trabalho de Tanatopraxia exige, dos trabalhadores o cumprimento de regras e normas rígidas que são controladas não somente pela gerência e supervisão da empresa mas também por órgãos públicos como, por exemplo, a ANVISA, visando à preservação da saúde do trabalhador e também à prevenção de agravos à saúde pública.

Mas o que chamou nossa atenção foi o modo como eles lidavam com essas regras, normas e tudo o que era prescrito pela organização do trabalho: eles os apreendiam, renormatizavam em forma de princípios e na hora da prática, da tomada de decisão, recriavam-nos de tal maneira que conseguiam adequá-los às exigências da atividade real (Clot, 2006; 2010). Para Biotteau & Mayeur (2010), age-se assim quando se pretende e é possível compreender e transformar o trabalho. Assim, o que realizavam superava, em qualidade e eficácia, o que estava prescrito no exercício formal da profissão. É claro que estamos cientes de que isso ocorre em todas as atividades de trabalho, isto é, sempre existe uma distância entre o prescrito e o real. No entanto, no caso dos tanatopraxistas essa distância era maior e eles tinham mais espaço para criar.

No entanto, as condições de trabalho sob as quais esses trabalhadores operavam foi um fator que abalou a equipe de pesquisa, não só pelo impacto visual dos corpos nus, abertos, em processos de putrefação, fragmentados, faltando pedaços, mas também pelo mau odor que emavam, a ponto de impedir nossa permanência no local. Passados esses impactos, ainda, para nós, eram inimagináveis os detalhes da técnica da tanatopraxia. Muitas vezes perguntamos sobre o que faziam com as vísceras, com as fezes, com os resíduos dos corpos, e sobre a maneira de transportar, cortar, lavar, costurar, reparar, vestir, ornamentar o corpo morto; e, ainda, aprender sobre todos os detalhes de como prender esse corpo no caixão garantindo que chegasse ao velório em condições de ser apresentado à família.

As cenas a que assistíamos na sala de tanatopraxia perduravam em nossos pensamentos, em nossos sonhos, em nossas conversas. Como dissemos antes, os momentos de supervisão de estágio e a relação afetiva construída entre os membros da equipe de pesquisa foram fundamentais para a elaboração dessas emoções suscitadas pelo campo.

A primeira reflexão fundamental sobre o trabalho dos tanatopraxistas refere-se aos **usuários dos serviços funerários**. Os trabalhadores tinham de realizar o atendimento considerando a existência de dois “usuários”, ou seja, o “**corpo morto**”, sobre o qual a equipe de tanatopraxistas e necromaquiadores realizava o trabalho de reparação e o “**corpo vivo**”, representado pelo/familiar/responsável, que falava e decidia o que iria ser feito com o falecido.

Isso ficou claro quando, ao conversarmos com uma necromaquiadora, ela nos disse: “*Eu gosto de lidar com o ser humano*”. A impressão que tivemos na hora era de que ela falava de uma pessoa viva e, espontaneamente, falamos: “*Mas eles estão mortos!*”. E ela, calmamente, espalhando a maquiagem sobre o rosto de uma senhora, respondeu: “*Por trás desse corpo, há uma família que está esperando por ele e nós temos que atendê-la e procurar confortá-la com nosso trabalho*”.

Nossa pesquisa de campo fez com que ao conteúdo do trabalho acrescentássemos as reações emocionais relativas aos sentimentos de perda e de luto de quem contratava os serviços funerários, reações essas das quais os trabalhadores preferiam se esquivar buscando minimizar os processos de identificação com as histórias pessoais do falecido, evitando assim sofrimentos indesejáveis. Como vimos, eles ressaltavam que tinham como função “**ocupar-se dos corpos**” e não “**ocupar-se das famílias**”; sendo que essa distinção os orientava em suas funções.

Entrar em relação com a família era “reinsere o morto em sua história de vida e em seu estatuto de pessoa” (Wolf, 2008, p.193) o que poderia levar o tanatopraxista e/ou necromaquiador a entrar nessa história e se emocionar. Como nos disseram os tanatopraxistas, “o morto tem de ficar no lugar do morto para a prevenção da nossa própria saúde”, ou ainda, “é preciso manter a morte no morto”.

Laufer (2006, p.144) afirma que ao vermos um corpo morto essa “visibilidade da morte confirma a mortalidade da morte”, por outro lado, se em nossos pensamentos, fantasias e desejos esse corpo morto aparecer vivo, estaremos vitalizando esse corpo com nosso afeto e, portanto, não o deixando morrer, estaremos “imortalizando a morte”. Esse sentimento é comum e faz parte do processo saudável de luto. No entanto, se o afeto ficar paralisado na morte, somos nós quem morrerá, em razão de não termos mais como afetar e ser afetado pela vida. Assim, a autora afirma: a visão da “imortalidade da morte a torna mortífera” (Laufer, 2006, p.144) para quem a visualizou.

Nesse sentido, quando os trabalhadores afirmavam que eles precisavam ver “no corpo morto a morte” ou, quando a supervisora geral reafirmava que “morto tinha de ficar no lugar do morto”, pudemos inferir que essa posição era fundamental indicando que eles estavam conectados com a “mortalidade da morte” exposta na situação de trabalho, e que estavam conseguindo administrar o trabalho de modo a manter sua saúde psíquica.

No entanto, quando “o corpo morto não estava morto”, ou seja, quando era imortalizado, por meio de identificações, projeções, fantasias ou pensamentos, como no caso de Paulo, era sinal de que algo não estava bem, eles estavam saindo ou já haviam saído desse campo comum da realidade social, considerado pelos trabalhadores como uma espécie de referência/âncora que os mantinha, como coletivo, conectados à realidade, e que não os deixava, individualmente, mergulhar na própria dimensão intrapsíquica podendo ser impedidos de não voltar à realidade. Quando o coletivo percebia que um colega estava sendo “engolido” ficava atento e se aproximava mais dele, visitando-o mais em sua casa, avisando aos familiares. A supervisora geral o orientava para que ele tirasse uma “folga”, fizesse uma viagem no final de semana, conversava muito com ele para verificar suas possibilidades de controlar a situação. Por diversas vezes, vimos o coletivo servir de apoio e prevenção aos possíveis agravos à saúde dos trabalhadores.

Quando um falecido se assemelhava a alguma pessoa da relação de algum dos membros da equipe do CTP e/ou CTO, eles ocultavam o corpo, não deixavam o colega trabalhar nesse corpo, como forma de protegê-lo de uma situação que poderia fragilizar suas
--

defesas e expô-lo ao risco de desestabilizar-se (Santos, 1983). Mas, quando essa estratégia não era possível, eles eram obrigados a enfrentar a situação; conversavam sobre coisas diversas durante o procedimento, tentando “*desviar o pensamento*”, “*ocupar a cabeça com outras coisas*”, “*pensar que a morte era o curso da vida daquela pessoa*”, “*conversar alguma coisa sobre a atividade*”. Assim, para darem conta da atividade real, realizavam manobras técnicas e trabalhavam coletivamente suas emoções.

Outro ponto fundamental que contribuía para a saúde desses trabalhadores era o fato de o setor de Tanatopraxia ficar separado e razoavelmente distante do setor de Atendimento.

Wolf (2008, p. 197) ressalta que a da separação entre o setor de Tanatopraxia (ocupar-se dos mortos) e o setor de Atendimento/venda/agentes (ocupar-se das famílias) poderia, em um primeiro momento, dar a impressão de que sua finalidade é a preservação do público, principalmente das famílias, mas constatou que a ida de famílias ao setor de tanatopraxia para participar da preparação do corpo, constrangia os trabalhadores, “*não pelo que a gente pudesse fazer de errado [...] mas pelos movimentos que temos de fazer com o corpo, a maneira como a gente o movimenta, tudo isso, nem sempre é muito estético*”. Para o autor, é “*efetivamente mais penoso, num plano emocional, mais constrangedor (e mais demorado) realizar certos atos nos corpos*” e, ainda mais, “*chamar para si*” a responsabilidade desses atos, na presença das famílias (Wolf, 2008, p.198).

E, desde então, Wolf (2008, pp.198-199) defende que a divisão espacial e temporal do trabalho representada pela

separação entre o espaço destinado à parte material do tratamento dado aos mortos e o espaço dedicado às famílias (o espaço de expressão de sentimentos de luto, de qualquer modo) é igualmente útil aos profissionais e corresponde a uma lógica de racionalização do trabalho.

Com efeito, “*ir de um espaço ao outro é passar de um mundo a outro naquilo que concerne às modalidades de expressão das emoções*” (Wolf, 2008, p.199) e, assim, as delimitações de território, elemento estruturante para a organização do trabalho, se revelaram como variáveis importantes na gestão das emoções desses trabalhadores, podendo contribuir positivamente para sua saúde mental.

Bernard (2009, pp. 137-177) reforça as ideias de Wolf (2008) dizendo que evidenciou como fonte de constrangimento dessa atividade o espaço reservado às emoções, no qual a resultante do processo de regulações das emoções dos tanatopraxistas interferiria diretamente na competência de realização dos seus serviços e na eficácia ou não das técnicas de distanciamento comportamental e cognitivo fundamentais à prevenção de agravos à saúde desse trabalhador. O autor ressalta ainda que essas técnicas influenciam no significado

atribuído ao corpo morto pelo tanatopraxista, isto é, numa variação e deslocamento “*do cadáver objeto ao cadáver sujeito*” e, quanto mais o tanatopraxista atribuir o significado de sujeito ao cadáver, mais sofrimento resultará dessa relação.

Mas, como vimos, nem sempre era possível evitar o encontro do tanatopraxista com a família e, além disso, a realização da atividade dependia da ação de outros setores, com os quais era necessário fazer contatos constantes, o que ratifica os resultados encontrados por Bernard, (2008, p.149),

o trabalho funerário exige uma dimensão relacional, partindo da hipótese de que o serviço é resultado de “uma ‘co-construção da demanda’ e de uma coordenação adequada da ação com o objetivo de obter a satisfação de seus clientes cerne de um trabalho de qualidade.

E, realmente, essa co-construção foi demonstrada na realização da atividade de Tanatopraxia, e até, em razão disso, a equipe de pesquisa permaneceu em todos os setores até conseguir compreender como se relacionavam e, por isso, consideramos como fundamental a descrição inicial dos outros setores envolvidos com a atividade que estávamos analisando.

Assim, o que verificamos na realização da atividade de Tanatopraxia caminha em direção à percepção de Bernard (2008, 2009) sobre o fato de que ela exige dos múltiplos profissionais responsáveis por sua execução e da família/responsável pelo corpo morto uma coordenação adequada, feita por um coletivo de ações individuais que visam a atingir o mesmo objetivo, isto é, a liberação de um corpo bem tratado para a família que o espera. Com base no nosso estudo, acrescentamos a essa co-construção as informações que o familiar/responsável fornecia ao setor de tanatopraxia, por ser um dos componentes essenciais para o alcance do objetivo final a que se propõe a atividade do tanatopraxista.

Esse objetivo final comporta, além da questão social ligada à realização e à “significação dos ritos da morte por meio de esquemas de condutas coletivas” (Bernard, 2008, p.149), uma questão de saúde para as famílias em luto, uma vez que “uma boa cerimônia” pode possibilitar uma “economia intrapsíquica” fundamental, primeiro passo no “trabalho de luto” (Bernard, 2008, p.149).

Por outro lado, o autor se interroga sobre o modo pelo qual os profissionais da Tanatopraxia lidam com a carga emocional de suas atividades. E acrescenta que, num contexto marcado pela vulnerabilidade da família/responsável que ignora o trabalho realizado e pela ocorrência constante das emoções individuais e coletivas naturais em suas situações de trabalho, esses trabalhadores precisam lidar com as suas e com as emoções dos clientes. E

torna a questionar: “Será que o engajamento pelo lado doloroso, característico dessa atividade favorece a produção de uma qualidade de serviço?” (Bernard, 2008, p.149).

O autor responde que a emoção é um processo natural, objeto de injunção social e, portanto refém de suas normas e aceitação. No entanto, o profissional envolto em situações dolorosas deve estar atento aos seus limites de engajamento. Se a situação será penosa ou de agravo dependerá da regulação que o trabalhador conseguir exercer sobre suas emoções. Por outro lado, é preciso considerar que os “enlutados” são levados a expressar suas emoções, ativadas por procedimentos de solenização da cerimônia, e também a canalizar sua manifestação emocional sob o olhar de uma norma cultural associada à “dignidade” exigida nessas circunstâncias. Nesses casos, o objeto da ação será o de deslocar-se da posição de regulação para a de “modulação” da expressão do afeto. Assim, o trabalho sobre si mesmo será então considerado uma condição do trabalho sobre o outro (Bernard, 2008).

Vimos que os trabalhadores do nosso estudo estavam expostos a um número demasiado grande de “infidelidades” que interferiam na execução das suas atividades, o que ampliava a defasagem entre o trabalho prescrito e o trabalho real (Clot, 2006, 2010; Daniellou, Laville, & Teiger, 1989; Schwartz & Durrive, 2007, 2010; Wisner, 1987) e fazia com que a margem de tolerância de cada um fosse prejudicada pela intensidade e frequência desses eventos imprevisíveis e impossíveis de serem planejados a curto ou longo prazo (Biotteau & Mayer, 2010). Assim, eles só tomam conhecimento do tipo de cuidado a ser realizado, quando de sua execução, sendo obrigados a lidar o tempo todo com os imprevistos e o desconhecido.

Se, por um lado, os eventos imprevisíveis como as condições físicas do cadáver, a relação tempo de execução da atividade/número de funcionários, os procedimentos burocráticos de terceiros, o atraso de fornecedores, as quedas de energia elétrica, os problemas no trânsito, os eventos climáticos, perturbavam a logística de chegada e saída dos corpos, por outro, a “pouca ou nenhuma informação sobre a causa do óbito, os cuidados pós-autópsia, a morfologia ou a idade do morto” (Biotteau & Mayer, 2010, p.104), também podiam alterar o tempo de duração dos cuidados de reparação, alterando a cronologia de entrega do corpo.

Assim, todos esses aspectos foram identificados como potencialmente significativos para os agravos à saúde desses trabalhadores na medida em que dificultavam a gestão do tempo, em razão do aumento da demanda, da permanência do número de trabalhadores e da

consequente aceleração do ritmo da atividade, sugerindo que essa atividade poderia ser realizada de forma automática.

Assi, essas e muitas outras situações foram consideradas por esses trabalhadores como penosas. No entanto, ressaltamos que o fato de conhecer e reconhecer uma situação como penosa, não faz necessariamente, com que esta se torne patogênica, isto porque “*a noção de ser individual*” (Canguilhem, 2007, p.148), revela que a doença é uma construção particular, diferenciada de pessoa para pessoa.

Nesse sentido, quando enfrentavam constrangimentos e/ou impedimentos, constatamos na maioria deles, a energia que essas situações exigiam para o “debate entre as normas e os valores” (Schwartz & Durrive, 2007), conforme ilustra a situação relatada a seguir.

No setor de tanatopraxia era recorrente a chegada de corpos com ferimentos provocados pós-morte, principalmente, quando doavam seus órgãos. Diante desses fatos, a equipe se revoltava: “*Isso é covardia, ele (o corpo morto) não tinha como reagir*”. Mas, também ficavam ressentidos: “*Como podem fazer isso com o corpo, ele estava fazendo o bem para outra pessoa*”. Mas apesar de todos os avisos, um corpo chegou com ferimentos e manchas roxas em torno dos olhos. A família o havia liberado para doação de suas córneas e os reponsáveis pela retirada das córneas, o machucaram. Os tanatopraxistas ligaram imediatamente para o hospital e falaram que se chegasse outro corpo naquele estado, iriam denunciar o responsável.

Assim, podemos dizer que, no “drama humano do trabalho” (Clot, 2007, p.72), esses tanatopraxistas e necromaquiadores são trabalhadores, que na construção de sua identidade e de sua saúde servem-se do trabalho como lugar insubstituível, no qual se desenrola a “experiência dolorosa e decisiva do real”, mas que também lhes possibilita desenvolver suas capacidades, competências, na medida em que resistem às formas de controle e a tudo que insiste em torná-los simples objeto de uso.

Constatamos diversas vezes esse desenvolvimento, ao realizarem uma atividade extremamente complexa. Cada cadáver respondia às técnicas de tanatopraxia e necromaquiagem de maneira própria; e a experiência dos trabalhadores era fundamental para decidir, em cada caso, o que fazer e como fazer. Eles costumavam dizer: “*o corpo fala*”, “*o corpo está vivo*”, “*não adianta impor um ritmo ao corpo do falecido, porque ele tem um tempo próprio*”.

Toda essa **complexidade é ocultada** pelo prescrito. Ela exigia dos trabalhadores competências de gerenciamento e tomadas de decisão diante da “variabilidade do objeto”, da “variabilidade da complexidade” (Schwartz & Durrive, 2007, 2010). Eles eram obrigados a

decidir sobre quais instrumentos, técnicas e procedimentos seriam mais adequados para cada corpo. Quando acertavam na escolha, sentiam-se “aliviados”; caso contrário, enfrentavam as situações de constrangimentos decorrentes das queixas dos familiares do falecido, irritados porque o corpo não era liberado ou não correspondia às suas expectativas.

Biotteau e Mayeur (2010) acrescentam outro tipo de ocultação relativa a essa atividade, a **ocultação social**. As autoras afirmam que a sociedade se refere às práticas de embalsamento, de tanatopraxia, como degradantes. “E esta profissão indesejada lida com ‘objetos’, ou seja, cadáveres, que são considerados como ‘sujos’, porque eles exemplificam os tabus que cercam a morte” (Biotteau & Mayeur, 2010, p.95). No entanto, conforme ressaltam, essas práticas são essenciais para a sobrevivência dessa mesma sociedade que as rejeita.

Os trabalhadores confirmavam, em seus relatos, a afirmação das autoras. Ao voltarem para casa, evitavam falar sobre o dia de trabalho; primeiro, por causa do sigilo profissional; segundo, porque o assunto provocava reações de rejeição e isso prejudicava suas relações interpessoais. Além disso, nas relações sociais, em geral, tendiam a evitar revelar sua profissão.

Na pesquisa realizada por Biotteau e Mayeur (2010) com trabalhadores da tanatopraxia, esse comportamento de ocultação aparecia em 75% dos pesquisados e podia ser compreendido como uma expansão do tabu da morte, que atingia as dimensões relacional e emocional do profissional envolvido na atividade. As autoras revelaram que “ousar falar da morte”, admitir a morte nas relações sociais, era o mesmo que “provocar uma situação excepcional, exorbitante e sempre dramática” (Biotteau & Mayeur, 2010, p.95).

Ariès (2003) explica esse tipo de comportamento em razão das transformações sociais e tecnológicas que, ao longo do tempo, foram afastando a sociedade dos processos relativos à morte e ao morrer. Para ele, “antigamente, a morte era uma figura familiar”, as crianças cresciam vendo os adultos morrerem e serem enterrados. Elas iam incorporando a morte como mais um dos fenômenos compartilhados no campo comum da realidade social. “Hoje, basta apenas enunciá-la para provocar uma tensão emocional incompatível com a regularidade da vida cotidiana” (Ariès, 2003, pp.241-242).

O fato de a sociedade em geral desconhecer a atividade desses profissionais, faz com que ela a analise de maneira superficial, a oculte ou negue sua complexidade, tornando-a invisível aos seus próprios olhos (Lhuillier, 2006, 2012).

No entanto, esses trabalhadores parecem lidar com essa invisibilidade por meio de ações que revelem suas competências e os identifiquem como profissionais, como exemplificamos com o caso seguinte.

As equipes do CTP e CTO tinham feito recentemente um curso de recuperação estética no qual se ensinava a técnica de moldagem com silicone que permitia moldar uma máscara no rosto de uma funcionária do CTP. A máscara foi levada para o setor. Dias depois, chegou ao CTP o corpo de uma senhora portadora de hanseníase, com a face muito deformada, sem nariz. A equipe retirou o nariz da máscara e fez com ele a modelagem do rosto da falecida. Os filhos, ao verem a mãe com o nariz recomposto, se emocionaram, dizendo: *“Essa é minha mãe! Ela está como era antes da doença!”* E decidiram fazer o velório com o caixão aberto.

Neste caso, em seu exercício profissional, esses trabalhadores renormalizaram as limitações de suas atividades específicas, reconstituindo, de maneira criativa, com espontaneidade, uma parte daquele corpo e o resultado desse trabalho fez a diferença para essa família, ressaltando a importância dessa profissão.

Ao conseguir enfrentar criativamente as restrições, as frustrações e a indeterminação da realidade material (Bendassoli & Soboll, 2011; Clot, 2010) de sua atividade de trabalho, esses trabalhadores revelaram seu poder de agir num campo de significações individuais, comprometido com seu coletivo de trabalho (Clot, 2010).

Outro exemplo que demonstra uma ação voltada para a saúde social e que foi reconhecida publicamente se refere à estratégia criada por esses trabalhadores para minimizar o impacto do descarte dos resíduos contaminados no meio ambiente.

Na pesquisa de Bioteau e Mayeur (2010) foram chamadas “estratégias para subsistência da profissão” essas formas de regulação, criadas pelo coletivo de trabalhadores, e que possibilitam ao trabalhador se manter na atividade, preservando suas competências e habilidades, apesar das possibilidades de constrangimentos inerentes à profissão. As autoras concluem que, se não existissem essas estratégias, a profissão poderia ser extinta pela falta de quem quisesse realizá-la devido aos sofrimentos que gera.

Quanto aos sofrimentos gerados por uma profissão, Curie, Hajjar e Baubion-Broye (1990) citados por Clot (2010), afirmaram que, o trabalhador pode não conseguir se libertar das situações penosas, podendo adquirir um comportamento visando suportar as insatisfações, os sofrimentos, as contradições internas e, em determinado momento, como efeito cumulativo, qualquer situação penosa por menor que seja, desencadearia reações de

descontrole sobre si mesmo e sobre suas situações de existência, deixando-o suscetível a fenômenos psicopatológicos.

De outra maneira, mas indo nessa mesma direção, Canguilhem (2007) nos diz: “o meio é sempre infiel”, entendendo-se por *infidelidade* as modificações que o meio possa vir a trazer para o sujeito e, que “*ser saudável é ser capaz de gerir uma margem equilibrada de tolerância às infidelidades do meio*” (Canguilhem, 2007, p.148).

Assim, constatamos que a maioria dos trabalhadores do setor conseguia estabelecer essa margem de tolerância apesar das modificações constantes do meio, preservando sua saúde; outros não conseguiam. Alguns “construíram” suas doenças a partir da não superação das situações vivenciadas como penosas, como no caso de Paulo, em que, as situações penosas lhe provocaram desgastes de toda a ordem gerados na e pela situação de trabalho, deixando em sua vida, marcas irreversíveis, resíduos de incapacidade, de impotência que se tornavam mais evidentes quando tentava retomar sua atividade de trabalho sem conseguir (Sato, 2002; Clot, 2010). Ao final, sem forças para continuar, sucumbiu e foi afastado definitivamente do setor de Tanatopraxia

Houve também aqueles que, com o auxílio do coletivo, enfrentaram as situações penosas afastaram-nas, transformando-as em uma experiência vivida possível de ser repassada a outros colegas, sendo apreendida pelo coletivo com a finalidade de proteção e apoio aos sofrimentos do trabalho cotidiano (Trompette & Caroly, 2004, p.15).

Assim, essa atividade envolve também um **trabalho de cuidado**, cuidado do trabalhador consigo mesmo como resultado da própria regulação dos afetos suscitados por ela e cuidado com o outro como condição fundamental do exercício profissional, como apontado por Bernard (2008, pp.151-152), ao afirmar que “o trabalho sobre si mesmo será então considerado uma condição do trabalho sobre o outro”.

O controle sobre si teria a função de suspender temporariamente, no profissional, a capacidade de evocar questionamentos suscetíveis de mobilizar suas emoções no momento em que estivesse executando sua atividade. Trata-se de uma espécie de jogo de controle das emoções: “agora posso liberar, agora não posso, agora é hora de ‘velar’ e agora é hora de ‘desvelar’ o que sinto.

Nosso estudo revelou que **o coletivo** era o apoio principal para cada um lidar com as emoções suscitadas no dia a dia de trabalho. Quando esses profissionais voltavam para casa, já se tinham desabafado, analisado e processado a situação vivida com os colegas, sentindo-se

mais aliviados, mais confortados. A repetição dessa experiência no cotidiano de trabalho transformava, em princípios, em valores simbólicos as vivências concretas da morte que, apropriados pela equipe, passavam a regular o sentido de vida desses trabalhadores (trabalho, vida social, projetos, processos de subjetivação).

Servindo de proteção à carga moral e emocional, o coletivo oferece numerosos remédios para sofrimentos vivenciados por cada um no seu trabalho diário. Não é raro que a solidariedade profissional se prolongue em relações de afinidade e amizade que fazem parte da vida fora do trabalho (Trompette & Caroly, 2004, p.15).

Como nos disse certa vez um dos tanatopraxistas, *“esse local te transforma!”*. Pudemos verificar que eles não se fixam no lado doloroso da experiência penosa, eles passam por ela, transformando-a, fazendo dela uma referência para a vida, tornando-se, portanto, mais fortalecidos e cada vez mais preparados para lidar com as novas situações inerentes à atividade (Clot, 2010).

Mas tudo isso nos levou a interrogar também sobre como esses trabalhadores encontravam energia para continuar na profissão, sem um reconhecimento externo suficientemente gratificante. Talvez esse fosse o ponto central na compreensão do que se passava entre os sujeitos da nossa pesquisa: eles **“se reconhecem naquilo que fazem”**, e ao se reconhecerem se sentem úteis, importantes para a sociedade, tornando-se mais independentes do reconhecimento do outro, como forma de “compreensão factícia”, colocada muitas vezes no lugar da “impossibilidade de se reconhecer em algo”.(Clot, 2006, pp.287-288).

O conteúdo da atividade movido por esse sentimento de utilidade gerava entre eles ações criativas, que lhes possibilitavam, na grande maioria das vezes, encontrar uma solução satisfatória para as situações penosas inerentes às atividades de trabalho. Essas soluções decorrentes da criatividade de um trabalho coletivo consolidavam cada vez mais o **gênero social do ofício** (Clot, 2006, 2010).

E era isso que acontecia quando os trabalhadores eram pressionados a realizarem o trabalho de maneira automatizada. Eles reagiam dizendo que *“o corpo não é um objeto”* e *“nós não somos máquinas”*. Eles lutavam pela preservação do sentido que atribuíam ao seu trabalho, revelando que o **sentido do trabalho** não estava na mera execução da tarefa e, sim, no domínio do ofício, *“conversando com o corpo. É o corpo que nos diz o que temos de fazer.*

Ele sabe o que é melhor para ele” (Tanatopraxista). Ao assumir o domínio da atividade, ele, trabalhador a regulava por meio da significação que atribuía a ela (Clot, 2006, p.56).

Assim, o significado atribuído por esses trabalhadores à sua atividade de trabalho era determinado pela maneira como a ressignificavam, como faziam o uso de si mesmos para superarem a diversidade de suas tarefas e as infidelidades do meio (Canguilhem, 2007; Schwartz & Durive, 2007, 2010). Esse significado se alicerçava na convicção do tanatopraxista e do necromaquiador de que seu ofício é essencial para amenizar o sentimento de dor dos familiares do falecido, além de essencial para a própria sociedade.

Era comum ouvir desses trabalhadores: *“Não há pessoas que façam o que fazemos”*. *“É preciso que alguém faça o que ninguém quer fazer”*. Um deles repetiu, orgulhoso, o que sua filha, de cinco anos, dissera à professora: *“Meu pai é médico dos mortos”*.

É essa convicção de que somente eles podem cumprir essa missão (Biotteau & Mayeur, 2010) que gerava neles um sentimento de utilidade, de importância social, de destaque, dando sentido e valorização positiva à sua atividade. E, na medida em que é apropriada positivamente pelo sujeito, a atividade de trabalho pode se tornar um recurso terapêutico para sua vida (Lima & Brécia, 2002; Lima M., 2005), atuando em sentido inverso aos movimentos de ocultação, do não reconhecimento e da aversão social demonstrados pela sociedade em despreço à profissão do tanatopraxista e necromaquiador.

Enfim, concluímos com Canguilhem (2007, p.161), quando nos diz que *“O homem só se sente em boa saúde (...) quando se sente mais do que normal, isto é, não apenas adaptado ao meio e às suas exigências, mas também normativo, capaz de seguir novas normas de vida”*.

A gerência e a supervisão geral da funerária do Hospital F, representadas pelas pessoas responsáveis pela organização do trabalho, admitem a inseparabilidade de sujeito-trabalhador (subjetividade-atividade), o que fica evidente nas suas formas de gerir o trabalho, fazendo com que a relação superior/subordinado, embora fosse uma relação normativa, pudesse ser vivenciada como algo *“mais do que normal, mais do que adaptado ao meio e às suas exigências”*, de modo a permitir a cada um criar novas normas e compartilhar com o coletivo como sentido de vida, contribuindo sobremaneira para a saúde de todos.

Além disso, aprendemos com esses profissionais a não nos deixar *“engolir”* por nosso mundo psíquico, mas olhar em volta, enfrentar, não desanimar, buscar soluções, renormatizar quantas vezes for preciso, criar sempre, aliar-se às pessoas que têm o mesmo objetivo e apesar

das imposições das condições de um meio infiel, vencer com apoio em valores e princípios humanitários como solidariedade, trocas, compromisso com o coletivo.

É por tudo isso que podemos afirmar que, mesmo diante de condições de trabalho tão adversas, os trabalhadores podem se apropriar de uma organização de trabalho com essas qualidades para construir coletivamente sua saúde.

PARTE V

IX CAPÍTULO – CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Somente nossa morte é que reúne, em uma totalidade,
a polimorfia de nossos acontecimentos vividos”.*
François Tosquelles

No contexto brasileiro, a área de Saúde Mental & Trabalho foi alvo de mudanças das normas e procedimentos previdenciários como o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) voltado para a identificação e o reconhecimento do nexo causal entre trabalho e saúde (Machado, Soratto, & Codo, 2010).

O NTEP é uma metodologia que tem o objetivo de identificar quais doenças e acidentes estão relacionados com a prática de uma determinada atividade profissional. Assim, a partir dos registros dessas identificações, o INSS estabelece, por meio de estudos estatísticos, os procedimentos de correlação. Com a adoção dessa metodologia é a empresa que deve provar que as doenças e os acidentes de trabalho não foram causados pela atividade desenvolvida pelo trabalhador, ou seja, o ônus da prova passa a ser do empregador e não mais do empregado (Machado, Soratto, & Codo, 2010).

Dessa forma, a partir do NTEP, as empresas passaram a ser mais exigidas quanto às condições de trabalho que oferecem aos empregados, podendo ser responsabilizadas pelos agravos que venham causar.

Diante disso, os empregadores vêm adotando recursos cada vez mais sofisticados, embora higienistas⁶⁵ na sua essência (Clot, 2010a) para amenizar os efeitos provocados pela organização e condições patogênicas de trabalho, como por exemplo, atendimento psicoterapêutico, ginástica laboral, brindes como *squeezers* para os empregados, “*spa*” em datas comemorativas (com direito a massagens, limpeza de pele, tratamentos para o corpo), *quick massage* nos horários de trabalho e outros. Esses recursos têm por objetivo reduzir para o empregador as possibilidades de ser responsabilizado e ter de arcar com o ônus dos problemas de saúde identificados em suas empresas.

Tudo isso tem marcado uma nova fase nas questões que envolvem a saúde do trabalhador tanto no âmbito do Ministério da Previdência Social quanto do Instituto Nacional do Seguro Social. No entanto, constatamos que o campo da Saúde Mental & Trabalho ainda

⁶⁵ Clot (2010a) faz uma crítica aos falsos recursos higienistas utilizados pelas empresas e implantados sob o discurso de promoção de saúde que, além de não curarem os conflitos instalados no e pelo trabalho, paradoxalmente, alimentam os conflitos. O autor reforça que as tensões no trabalho apesar de impasses, agitam e colocam à prova a saúde do trabalhador possibilitando ações críticas ao invés de adaptações.

se apresenta como um desafio à integração das ações dos três ministérios Saúde, Trabalho e Previdência, e, conseqüentemente, continua desoladora a situação de trabalhadores pertencentes aos mais diversos contextos.

Acreditamos que esse quadro possa ser atribuído, pelo menos em parte, ao menosprezo pelo que ocorre, de fato, nos contextos de trabalho. Ou seja, grande parte dos estudos em torno desse assunto não se preocupa em conhecer de perto a realidade daqueles que trabalham, tanto do ponto de vista das dificuldades que enfrentam quanto das soluções que encontram para as mesmas.

Por meio deste estudo, constatamos que a apropriação pelos trabalhadores do seu processo de trabalho refletiu na significação atribuída à sua atividade, na produção de conhecimentos e no poder de transformar essa atividade. Concluimos, a partir daí, que essa apropriação é fundamental para a prevenção de agravos à saúde do trabalhador conforme justificado teoricamente por Clot (2006, 2010).

Tal constatação nos permitiu afirmar que estávamos no caminho certo quando, instigados pelos resultados da pesquisa realizada por Pontes, Cordeiro e Silva (2006), decidimos realizar a pesquisa que originou esta tese.

Naquela época, baseados na contradição - péssimas condições de trabalho do setor de Tanatopraxia e melhores resultados relativos à saúde de seus trabalhadores, e, do outro lado, ótimas condições de trabalho e piores agravos à saúde dos operadores do setor de *Call Center*, vimo-nos diante de um enigma: se no setor de Tanatopraxia, tínhamos 82% de profissionais sem qualquer queixa de estresse e, ao mesmo tempo, submetidos a condições de trabalho tão penosas e, se por outro lado, no Call Center, tínhamos 73% de profissionais com esse tipo de queixa e 27% dos operadores restantes, manifestavam sintomas de alerta de estresse, trabalhando sob condições altamente favoráveis, então, a resposta não deveria ser encontrada nesse contexto. Onde estaria, então, a solução para esse enigma? Na organização do trabalho? Se encontrássemos essa resposta poderíamos contribuir para avanço do conhecimento nessa área?

Decidimos, então, analisar, nos dois campos, a organização e as condições de trabalho buscando identificar os mediadores patogênicos potencialmente encontrados na relação sujeito-trabalhador/atividade de trabalho, fundamental para o estabelecimento do nexos causal entre trabalho e distúrbio mental.

De modo geral, constatamos que, o trabalhador de ambos os campos estudados, estavam continuamente exposto às lacunas (vazio de normas) (Durrive & Schwartz, 2008) geradas entre trabalho prescrito (normas) e trabalho real – conseguindo realizar suas

atividades, apesar das variabilidades do meio, das suas capacidades e/ou incapacidades (Canguilhem, 2007).

Ao optar metodologicamente pela nossa presença junto aos trabalhadores, pudemos apreender melhor a relação entre processos de trabalho e de subjetivação, partindo do pressuposto de que a existência de uma atividade de trabalho pressupõe alguém que trabalha e que, em função de seu processo de subjetivação (Clot, 2006), reinterpreta permanentemente as normas que lhe são propostas (Durrive & Schwartz, 2008).

Essa reinterpretação permanente das normas era inerente às atividades observadas ratificando ainda mais, a tese da inseparabilidade da subjetividade e atividade de trabalho defendida por autores das Clínicas do Trabalho (Bendassolli & Soboll, 2011; Clot 2006, 2010; Durrive & Schwartz, 2008; Lima M., 1996, 2002a, 2004, 2005; Lhuilier, 2006, 2012; Schwartz & Durrive, 2007, 2010), mas além deste conhecimento, era necessário compreender como o trabalhador reinterpreta essas normas, ou seja, se no momento em que as renormalizava, ele se apropriava ou não do meio no qual trabalhava, ou se, os impedimentos reais suscitados na e pela situação de trabalho geravam agravos à sua saúde.

Os trabalhadores nos mostraram que suas atividades de trabalho eram “governadas” por um “corpo-pessoa ou corpo-si” (Schwartz & Durrive, 2007, p.24), ou seja, mais uma vez, a tese da inseparabilidade subjetividade e trabalho se fez presente.⁶⁶ Para a realização dessa atividade, eles faziam uso de suas potencialidades psicomotoras, cognitivas, sociais, subjetivas, enfrentando a defasagem entre o prescrito e o real, mas também buscando soluções, para encontrarem uma negociação possível entre o “uso de si para si”⁶⁷ e “pelo outro”⁶⁸ visando à preservação de sua saúde (Schwartz & Durrive, 2007, 2010).

Nesse contexto, conseguimos identificar e nomear fatores referentes à organização e às condições de trabalho, às relações socioprofissionais, aos fatores relacionados aos

⁶⁶ “O trabalho não existe sem alguém que trabalha. É difícil nomear este sujeito porque isso subentenderia que ele se encontraria bem delimitado, definido. Ora, se a atividade é efetivamente conduzida por alguém em carne e osso, – ela inscreve-se em funcionamentos neuro-sensitivos de tal forma complexos que não se consegue dar a volta – esta atividade tem, além disso, prolongamentos que ultrapassam a pessoa física. São solicitados e mesmo incorporados, inscritos no corpo: o social, o psíquico, o institucional, as normas e os valores [do contexto e retrabalhados], a relação às instalações e aos produtos, aos tempos, aos homens, aos níveis de racionalidade, etc. Este alguém que trabalha este centro de arbitragem que governa a atividade pode assim ser designado corpo-si ou corpo-pessoa” (Durrive & Schwartz, 2008).

⁶⁷ “Todo o trabalho, porque é o lugar de um problema, apela um uso de si. Isto quer dizer que não há simples execução, mas uso, convocação de um indivíduo singular com capacidades bem mais amplas que as enumeradas pela tarefa. Trabalhar coloca em tensão o uso de si requerido pelos outros e o uso de si consentido e comprometido por si mesmo”. (Durrive & Schwartz, 2008).

⁶⁸ “Os outros remetendo tanto à vizinhança de trabalho, aos próximos, quanto aos quadros hierárquicos, à empresa, às suas regras, a toda sorte de ambientes que demandam à pessoa realizar um certo número de objetivos com os quais ela compartilha – ou não compartilha, ou compartilha mais ou menos.” (Schwartz & Durrive, 2010. p.215).

significados atribuídos ao trabalho suscetíveis de gerar agravos à saúde dos trabalhadores pertencentes a ambos os campos estudados (ver Apêndice 2).

Em seguida, apresentaremos alguns argumentos que nos permitiram responder as nossas questões iniciais e que podem servir de guias para futuras pesquisas.

1º. Argumento. Sempre que se referiam a algum fator favorável ou desfavorável à sua saúde mental, os operadores do *Call Center* mencionavam algum aspecto concernente à organização do trabalho, ou seja, as condições de trabalho não apareciam na sua avaliação como uma variável suscetível de afetar sua saúde mental.

2º. Argumento. Se considerarmos apenas os antigos operadores do Hospital F, isto é, aqueles que passaram por três diferentes tipos de gestão, em um nível crescente de controle, os seus relatos sobre as condições de trabalho dos três locais são semelhantes, retratando os mesmos tipos de queixas (ruídos especificamente nos turnos da manhã e tarde e ar condicionado) sendo que não pediram demissão por esse motivo. Os fatores que consideraram como insuportáveis estavam situados na organização de trabalho. Esses operadores foram unânimes em dizer que, o modelo de gestão e o estilo do gestor foram determinantes para sua decisão unânime de não permanecer no *Call Center*, sendo este um dos elementos centrais da organização do trabalho.

3º. Argumento. Encontramos maior produtividade com menores índices de adoecimento, rotatividade e absenteísmo no turno noturno do *Call Center*. Apesar das queixas relativas ao ar condicionado, encontramos nesse turno, os melhores índices de tempo médio de atendimento, o menor número de reclamações feitas pelo SAC, o maior índice de preenchimento do SAC e a menor frequência de adoecimento. Concluímos que esses resultados eram decorrentes da adequação entre fluxo de atendimento e número de operadores (Erlang, 2013), da menor pressão para produzir, da ausência de supervisão na maior parte do turno, da liberdade para ouvir rádio, assistir televisão, da possibilidade de conversarem livremente, de resolverem seus assuntos profissionais e mesmo os particulares, sendo todos esses fatores relativos à organização do trabalho.

Esses resultados sugerem que as condições de trabalho nos três turnos eram basicamente as mesmas, as diferenças se encontravam na maneira como o trabalho era organizado (com a presença da supervisão, aumento no fluxo das ligações, maior controle, menor possibilidade de auxílio do coletivo nas resoluções com o Saturno). Isso reforça nossa

hipótese de que a organização de trabalho é a chave para se compreender as questões relativas à saúde mental desses trabalhadores⁶⁹.

4º. Argumento. Retomando os antigos trabalhadores, vindos do Hospital F, acrescentamos outro tipo de reflexão suscitada pelo estudo. Tínhamos, no momento inicial da pesquisa, mesmo sob uma organização de trabalho que gerava estresse, alguns operadores que tinham planos de fazer carreira no hospital. Eles se mobilizavam para captar clientes e “*salvar o hospital*”, mostrando que, apesar dos constrangimentos da organização do trabalho, trabalhar ali ainda tinha algum sentido. Como a taxa de rotatividade do setor era alta na época da pesquisa de origem (Pontes, Cordeiro, & Silva, 2006), podemos inferir que esses trabalhadores tinham motivos para fazer parte dessa taxa.

Mas, por que então eles permaneceram quando tiveram chance de sair? Na época, fizemos contato com aqueles que ficaram e que saíram e estes últimos se queixavam da organização do trabalho, enquanto aqueles que permaneceram manifestaram sua esperança de que essa organização melhorasse.

Na medida em que os novos procedimentos adotados passaram a inviabilizar seus projetos, cercear sua criatividade, impedir os relacionamentos interpessoais, interferir nos estilos de cada um, comprometendo o processo de subjetivação, é que tomaram a decisão de se afastarem antes que ficassem mais doentes.

Em outros termos, podemos dizer que, se os efeitos das condições de trabalho não foram suficientes para que muitos se demitissem estaria, então, na organização do trabalho a causa maior dessa decisão. Ou ainda, dito de outra maneira, se os operadores tinham uma possibilidade de negociação com a realidade, considerando sua capacidade de geri-la com uma margem equilibrada de tolerância às infidelidades do meio (Canguilhem, 2007), tal condição foi rompida pela organização do trabalho e não pelas condições de trabalho.

5º. Argumento. Refletindo sobre as relações socioprofissionais no setor de *Call Center*, vimos que elas eram mediadas pelo uso de técnicas e tecnologias de informação. E sabemos que “quanto mais as técnicas se desenvolvem, mais as interfaces a gerir se

⁶⁹ É preciso ressaltar, no entanto, que, se por um lado, esses fatores contribuíram para minimizar os impactos patogênicos na saúde dos operadores do turno noturno, por outro, como eles mesmos diziam, “*o problema da noite é que só dá pepino*”. Sem ter uma chefia superior para decidir, cabia a eles tomar as decisões. E, como “*lidam com vidas de seres humanos*”, sofriam quando não tinham êxito, como por exemplo, quando um beneficiário vinha a óbito ou quando não conseguiam fazer uma remoção, uma liberação de exames, procedimentos indispensáveis à saúde do beneficiário. Assim, nesse turno, também encontramos, em menor quantidade, mas não em menor qualidade, agravos à saúde dos operadores que apontavam a organização do trabalho como fator preponderante.

multiplicam” e, na medida em que a “dimensão gestonária do trabalho” cresce, desenvolve-se “paralelamente o que foi chamado de ‘deslizamento da qualificação para a competência” (Schwartz & Durrive, 2010, pp.93-94).

As transformações dos serviços de teleatendimento (passivo para ativo), decorrentes da terceirização e, conseqüentemente, a implantação de novas técnicas (Fórmulas de Erlang) e tecnologias de informação (Saturno), exigiam que os operadores recebessem, no mínimo, informações e qualificação condizentes com sua atividade. Afinal, as “técnicas se inscrevem na história humana feita de uma dialética sem fim entre antecipação (normas antecedentes, Registro 1) e confrontação (ressingularização, desneutralização das normas, Registro 2)” (Schwartz & Durrive, 2010, pp.94-95). E, os operadores sem ter o que guiá-los, orientá-los (R1), confrontados com as “infidelidades do meio” (R2) (Canguilhem, 2007), sobrecarregavam, com suas dúvidas e questões, aqueles que detinham o saber, ou seja, aqueles que exerciam os cargos de líderes, supervisão e auditores. Estes, por sua vez, responsabilizavam, individualmente, os operadores pelas atividades não realizadas provocando conflitos em razão dos valores mobilizados na relação superior/subordinado.

Diante desse contexto, podemos inferir que os “ingredientes” necessários para um deslocamento suficiente da qualificação-competência não foram inseridos na elaboração e implantação das novas tecnologias e, conseqüentemente, os operadores não conseguiam “gerir as relações de antecipação” que a atividade exigia (Schwartz & Durrive, 2010, pp.94-95).

Fazendo a correlação com os seis ingredientes propostos por Schwartz e Durrive, (2010, pp. 205-221)⁷⁰ (ver Figura 69), os operadores não tinham o relativo domínio das normas antecedentes (1º. ingrediente), não sabiam como enfrentar os problemas gerados pelo Saturno, porque, como o sistema era novo e ainda estava em fase de ajustes com a atividade, nem os próprios construtores do software sabiam como resolver as exigências necessárias à execução dos serviços (2º. ingrediente), e, conseqüentemente, se tornaram dependentes em suas relações, não tendo o controle, nem o domínio do que fazer e em que hora fazer (3º. ingrediente), dificultando o uso da capacidade de julgamento, uma vez que não possuíam os elementos necessários para analisar, processar e tomar decisão.

⁷⁰ Os seis ingredientes são: **1)** o relativo ao domínio dos protocolos numa situação de trabalho; **2)** a relativa incorporação do histórico de uma situação de trabalho; **3)** a capacidade de articular a face protocolar e a face singular de cada situação de trabalho; **4)** o debate de valores ligado ao debate de normas, as impostas e as instituídas na atividade; **5)** a ativação ou a duplicação do potencial da pessoa, com suas incidências sobre cada ingrediente (1,2,3); **6)** tirar partido das sinergias de competências, em situação de trabalho (Schwartz & Durrive, 2010, pp.205-221).

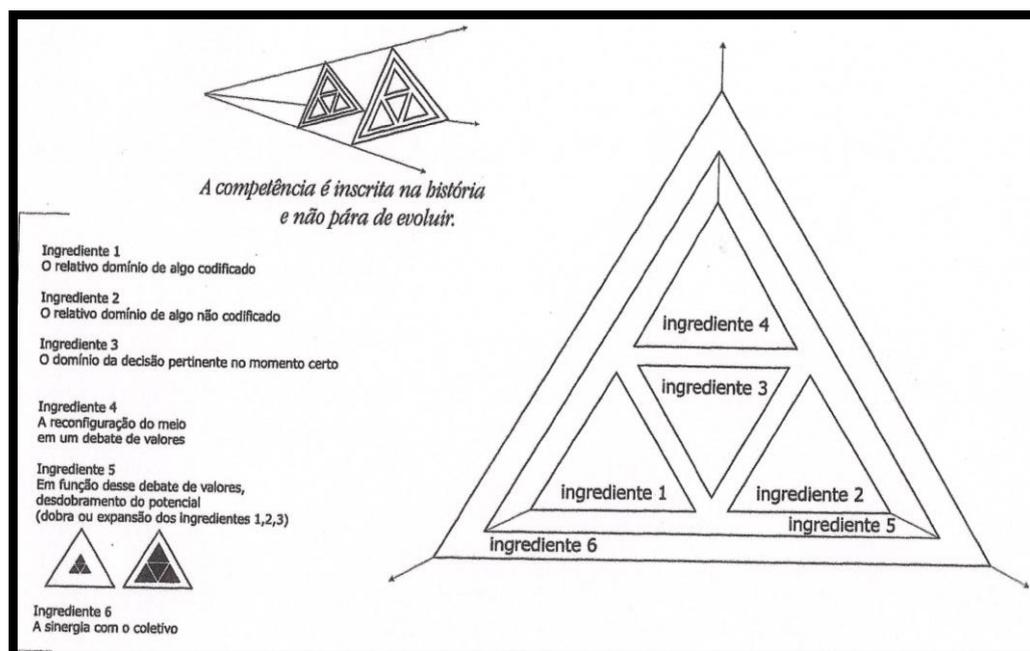


Figura 69 - Os seis ingredientes de uma competência (esquema de L. Durrive).

Fonte: Schwartz & Durrive, 2010, p.211.

Essas ações, cognitivas e comportamentais faziam parte da permanente “arbitragem” entre o uso de si “por si mesmo” e o “uso de si pelos outros” fundamentais para a execução da atividade (4º. ingrediente).

Tudo isso refletia na adesão às normas, regras e controles impostos pela direção e supervisão uma vez que toda atividade de trabalho é uma espécie de dramática e o agir em competência é profundamente determinado por aquilo que pode valer para a pessoa (Schwartz & Durrive, 2010). E, para esses operadores, o excesso de controle não tinha absolutamente valor algum (5º. ingrediente).

Assim, o que poderia ser ativado ou duplicado, considerando-se o potencial daqueles operadores, era, em sentido inverso, desativado, inibindo a capacidade de trabalhar em equipe, em “assumir suas responsabilidades quando necessário”, “possibilidades” e “experiências de vida” (Schwartz & Durrive, 2010, p.219), isto é, fragmentando o que poderia vir a ser a sinergia com o coletivo (6º. ingrediente).

Enfim, os elementos apresentados nesta argumentação sugerem mais uma vez que se encontra na organização do trabalho a resposta para o enigma sobre as possíveis causas do adoecimento mental no trabalho.

6º. Argumento. Os trabalhadores do *Call Center* não se reconheciam em sua atividade de trabalho, como foi mostrado nos relatos desta tese, fato este que revela que, para eles, o trabalho não era percebido como uma construção histórica daquele coletivo, da qual cada

sujeito pode dispor para agir (Clot, 2010). O que vimos foi predominantemente uma “atividade individual desnordeada” (Clot, 2010, p. 287) em razão de o operador não conseguir exercer sua função interna de interlocutor entre a memória coletiva (gênero profissional) e suas potencialidades para agir. Ao realizar uma atividade sem sentido, o operador acaba por desvitalizá-la “tornando psicologicamente artificial o prosseguimento de sua ação” (Clot, 2010, p.11), culminando em altos índices de rotatividade e desfavorecendo a criação de possíveis estratégias de mobilização coletiva (Cordeiro B., 2011).

7º. Argumento. Considerando que as transformações tecnológicas trouxeram e ainda vão trazer melhorias para os trabalhadores e que trabalhar em um ambiente confortável é sem dúvida desejável, pode-se concluir que as mudanças introduzidas no setor de telefonia foram positivas para a saúde geral dos operadores. Assim, se relacionarmos as condições de trabalho atuais com aquelas estudadas por Le Guillant *et al.* (2006), com certeza, hoje, a atividade mediatizada pela tecnologia, os ambientes climatizados, o mobiliário ergonomicamente concebido, trouxeram mais conforto para os trabalhadores.

No entanto, no setor estudado por nós, o ato de tomar decisões sobre as atividades, ignorando suas consequências no trabalho, ou, dito de outro modo, a realização de mudanças no eixo histórico (Hospital F, Empresa AD, Empresa ES) de experiências (passivo-ativo) e na vida dos homens e mulheres (planos de carreiras, futuro), por parte da gerência e supervisão, revelou uma forma de administração preocupada em melhorar as condições, mas não o trabalho em si, tornando a técnica potencialmente patogênica para os operadores e revelando uma concepção de trabalho na qual indivíduo e meio eram analisados separadamente.

Assim, promover melhores condições de trabalho não significa necessariamente proporcionar melhor saúde para o trabalhador. Fundamentados em Le Guillant *et al.* (2006), quando defendem a indivisível união entre o indivíduo e seu meio, entre o trabalhador e seu mundo laboral, podemos afirmar que, apesar das múltiplas transformações nas condições de trabalho, as poucas evoluções observadas na organização de trabalho não foram suficientes para a preservar a saúde do trabalhador no setor de telefonia, em especial sua saúde mental.

Concluimos que as boas condições de trabalho no setor de *Call Center* buscavam, na verdade, encobrir uma organização patogênica de trabalho, com controles excessivos, impossibilitando trocas socioprofissionais, responsabilizando os operadores pelos fracassos na atividade, não oferecendo suporte na implantação de tecnologias da informação, promovendo um distanciamento dos processos de subjetivação dos operadores, desqualificando-os ou

substituindo-os na medida em que não atendessem às demandas do ritmo intenso e/ou competências cognitivas para lidarem com a complexidade da atividade.

É possivelmente por essa razão que, nesse setor, prevaleceram os sintomas da fadiga crônica, doenças psicossomáticas, doenças físicas, *turn overs*, pedidos de licença médica e afastamentos diversos.

Agora, desenvolvendo nossos argumentos para o setor da Tanatopraxia.

8º. Argumento. Dissemos que era impossível prever os serviços dos tanatopraxistas, ou seja, a “**variabilidade do meio** tornava impossível a estandardização total” (Schwartz & Durrive, 2010, p.95). Por outro lado, era “necessário antecipar para se ter um domínio sobre o meio e era preciso saber quando se devia agir” (Schwartz & Durrive, 2010, p.95), sob essas circunstâncias, eles conversavam, trocavam opiniões, trazendo para a cena da realização da atividade “múltiplas fontes de histórias” revelando que a atividade era resultante desses “encontros de encontros” de suas múltiplas experiências já que, estavam nessas trocas, as possibilidades de “solução” de cada corpo que deviam preparar.

Ao fazerem essas trocas, ampliavam o seu *modus operandi* e essa “variabilidade” na realização de suas atividades, era fundamental para sua saúde “porque se submeter inteiramente às normas é invivível” (Schwartz & Durrive, 2010, p.95). Assim, as condições difíceis eram elaboradas e ultrapassadas pelos diálogos, no momento da realização das atividades ou, mesmo depois das atividades realizadas, na possibilidade dos encontros profícuos, que traziam novas revelações e novas aprendizagens. Diante disso, essas condições de trabalho tão duras, acabavam por se constituir em um cenário no qual, as trocas entre os trabalhadores representavam os verdadeiros protagonistas.

9º. Argumento. A gestão enquanto, parte desse coletivo, estabelecia na relação superior/subordinado um diálogo de intersubjetividades, o que favorecia o “reconhecimento constitutivo do ofício” (Clot, 2010, p. 284). Assim, nos encontros “pessoais, interpessoais, impessoais e mesmo transpessoais” (Clot, 2010, p.290), o ofício absorvia os conteúdos técnicos, cognitivos e afetivos, extraídos de todo o contexto profissional no qual ele se realizava e se ampliava em significação, cada vez mais consolidada no coletivo, em “função do poder de agir efetivo em cada situação singular” (Clot, 2010, p. 294). Esse fato nos mostrou que, quando a organização está voltada para a manutenção e o desenvolvimento do coletivo de trabalho, ela pode contribuir significativamente para a saúde do trabalhador.

10º. Argumento. A **baixa rotatividade** do setor de Tanatopraxia pode ser explicada pelo fato de que “o traço de união do sujeito com as coisas são as relações com os homens. O homem nunca está sozinho diante do mundo dos objetos que está à sua volta”. (Clot, 2010, p.225). Ao “interromper-se o diálogo, tudo se interrompe” Clot, 2010, p. 229). Assim, a cumplicidade construída pela equipe do setor de Tanatopraxia fazia com que as condições de trabalho, embora agressivas à sua saúde, se transformassem ou, dito nas palavras deles, “*esse local te transforma!*”. E é provavelmente por esse motivo que gostavam de ir lá, colocar “*a conversa em dia*”, “*rever os amigos*”, mesmo depois de estarem trabalhando em outro lugar.

11º. Argumento. Na relação divisão tarefas/homens, pudemos observar verdadeiras “migrações funcionais”, ou seja, os trabalhadores conseguiam ajudar uns aos outros, se colocando no lugar do outro, “revertendo o estatuto do outro por uma subversão do outro em si mesmo para si mesmo, por apropriação” (Clot, 2010, p. 234) e, ao fazê-lo, aprendiam sobre o outro e com o outro, apropriando-se de um conhecimento que, em conjunto, os aproximava nas trocas, na compreensão das dificuldades encontradas, nos sofrimentos.

Era, exatamente, nessa possibilidade de “escapar daquilo que os aprisionava” que esses trabalhadores ou o coletivo, mais livres, encontravam espaço para “ampliar ainda mais seus princípios”, “transformar as tensões vitais que o trabalho lhes impunha, em intenções mentais pessoais que procuravam, em seguida, tornar operacionais” (Clot, 2006, p.62).

Assim, naquele coletivo, as forças individuais, a criatividade e a solidariedade, eram ampliadas, superando qualquer possibilidade de imposição absoluta das prescrições.

12º. Argumento. Um ponto forte dos trabalhadores do setor da Tanatopraxia era o **trabalho coletivo**. O que orientava o trabalho não eram apenas normas antecedentes mas, sobretudo, um conjunto de princípios, critérios, modelos compartilhados por eles. Mas esse “eles” não era considerado como um “agregado ou soma de indivíduos” (Clot, 2010, p.88), pelo contrário, “preservando a heterogeneidade” de seus membros, os tanatopraxistas e necromaquiadores “encontravam sua homogeneidade” (Clot, 2010, p. 92) “alimentada pelas contribuições estilísticas pessoais que se tornavam patrimônio no decorrer de uma percolação que, incessantemente, recomeçava” (Clot, 2010, p.94).

Assim, eles “elaboravam planos para resolver os problemas levantados pela organização do trabalho”, revelando existir uma estruturação do comportamento em planos individuais organicamente reunidos na consciência coletiva. O “**coletivo do trabalho era o instrumento do trabalho coletivo**” utilizado por aqueles profissionais (Clot, 2010, p. 34).

Para aquele coletivo, as maneiras de fazer, dizer ou sentir, estabilizadas naquele meio profissional, diziam respeito tanto às relações com a tarefa e com os colegas quanto com a hierarquia. Eles eram orientados por algo que transcendia a organização e a condição de trabalho. Clot (2010, p.89) designa por “gênero” justamente esse “não sei o quê”, que orienta a ação e que, por permanecer frequentemente implícito, oferece a cada um a possibilidade de “se segurar” em todos os sentidos de expressão”, e isso, em parte, “unificava esses trabalhadores e, em parte, os diferenciava” (Clot, 2010, p.88).

E, de acordo com ele, um gênero forte e bem estabelecido é essencial para a preservação da saúde nos contextos de trabalho, ou seja, para o autor, “a atividade individual encontra seus recursos em uma história coletiva que detém, capitaliza, valida ou invalida as estratégias de comportamento” (Clot, 2010, p. 89).

13º. Argumento. Sabemos que “o sujeito da atividade não é um sistema de tratamento de informações, mas o núcleo de contradições vitais às quais ele procura dar uma significação” (Clot, 2010, p. 101). E os trabalhadores da tanatopraxia também o sabiam e nos fizeram refletir sobre as nossas próprias contradições vitais.

Assim, a todo momento, eles nos ensinavam que a **atividade era inseparável da afetividade** e, no dia a dia, atravessamos com eles o “arco dos problemas” por eles enfrentados, sentindo a “energia subjetiva que deles emanava na realização do trabalho”, seus “sentimentos experimentados”, ou até mesmo, como no caso de Paulo, os “sentimentos de não viver mais aquela história” (CLOT, 2010, pp.39-40).

Essa inseparabilidade fundamental entre o indivíduo e sua atividade constatada neste setor e considerada na análise do trabalho como atividade, foi encontrada no setor de *Call Center* de maneira pontual, dispersa, esvaecida.

14º. Argumento. Nesse contexto, apesar das **condições adversas à sua saúde**, pôde-se verificar que o trabalhador conseguia encontrar saídas para os constrangimentos causados no e pelo trabalho, indo até além, como a construção de novos produtos, visando o aprimoramento profissional. Essas ações de renormalizações (Schwartz & Durrive, 2007, 2010), as estratégias para a manutenção do gênero social de ofício e o significado atribuído por esses trabalhadores ao seu trabalho visto como atividade (Clot, 2006, 2010), caracterizam a saúde desse grupo, pois, de acordo com Canguilhem (2007), estar saudável é ser capaz de negociar com a realidade, recriando as normas e considerando as condições adversas das infidelidades do meio. Além de possuir uma margem equilibrada de tolerância a tudo isso.

Mas nem sempre foi possível ao trabalhador da Tanatopraxia se proteger do adoecimento, como constatado nos casos de afastamentos do trabalho decorrentes da impossibilidade de suportar os sofrimentos gerados pelas vivências intrapsíquicas relacionadas ao “*corpo morto vivo*” (Trabalhadores) ou pela exposição aos riscos ambientais ou à ocultação social e da complexidade do trabalho do ponto de vista da atividade (Biotteau & Mayer, 2010).

Diante dessas situações penosas, alguns trabalhadores não conseguiram tirar “melhor partido da situação de trabalho” para conservar sua função psicológica (CLOT, 2010, p. 90) como os fizeram aqueles que usaram as estratégias coletivas, o humor, as relações sociais, ou mesmo as atividades lúdicas extra trabalho; ou aqueles que usaram o próprio trabalho para agir, para transformá-lo, como nos casos da criação de novos produtos e da alteração na maneira de lidar com resíduos; ou ainda, aqueles que tiraram do trabalho ressignificações no modo de enfrentar a vida.

Assim, o lugar que o trabalho ocupa para cada sujeito depende das soluções favoráveis encontradas por ele, já que essa possibilidade de se “pôr em ação” é uma das maiores fontes de prazer no trabalho (Clot, 2010), o que é, sem dúvida, um fator favorável à saúde.

15°. Argumento. Em nenhum momento ouvimos esses trabalhadores dizerem que a atividade de tanatopraxia e/ou necromaquiagem “*não era um trabalho*”, ao contrário do que disseram os operadores do *Call Center*. Isto porque os trabalhadores do setor de tanatopraxia atribuíam um sentido positivo ao seu trabalho. Essa visão positiva aparecia principalmente quando, diante de um impedimento, “ampliavam seu raio de ação” (Clot, 2010, pp.15-16), seus recursos de inovação, sua criatividade em sua esfera profissional habitual (p.35).

Além disso, demonstraram que, diante dos imprevistos de sua atividade, isto é, da impossibilidade de antecipação, tinham de fazer “o uso de si por si”, isto é, o “uso de seu corpo, de sua inteligência, de sua história, de sua sensibilidade” para fazer aquilo que os outros lhes demandavam, para resolver as situações que se lhes apresentavam (Schwartz & Durrive, 2007, 2010).

E, ao trabalharem, fazendo o “uso de si por si”(Schwartz, 2007, 2010), se reconheciam naquela ação, se sentiam responsáveis por ela e se apropriavam dela, mas, ao mesmo tempo, iam para além dela, saíam de si, a serviço do outro, e, novamente, por meio do olhar dos outros se reconheciam em ação e ressignificação própria.

Portanto, o trabalho de subjetivação, como “atividade sobre si”, é considerado central nessa perspectiva em que “o trabalho é a demarcação consigo mesmo, inscrição numa outra história: uma história coletiva cristalizada em gêneros sociais” onde cada um deve “dar sua própria contribuição” e “sair de si” (Clot, 2006, p.74). “Trata-se de conseguir desligar-se de sua experiência a fim de esta se torne um meio de fazer outras experiências” (Clot, 2006, pp.92-93).

A atividade, enquanto trabalho sobre si e trabalho no mundo dos outros e das coisas, mesmo que possa ser fonte de sofrimento, é gratificante para quem a realiza. E é nessa satisfação que a função psicológica do trabalho finca suas raízes (Clot, 2006).

16º. Argumento. O fato de a maioria dos trabalhadores desse setor afirmarem que passaram “*a dar mais valor a própria vida e a das pessoas*”, foi significativamente positivo, mas uma situação nos causou um efeito especial: o caso de José, relatado anteriormente. Num primeiro momento, trabalhar em uma funerária não combinava com um indivíduo diagnosticado com Síndrome do Pânico. Mas, como ele mesmo nos relatou, com o passar dos dias, o contato brutal com a morte fez com que ele ressignificasse seu medo de morrer. Ver corpos mortos diariamente trazia-o para a realidade de que “estava vivo” e mobilizava-o a realizar ações voltadas para “viver a vida”. No início, a constatação de que cada corpo morto não era o seu ampliava sua satisfação e o distanciava do fato que mais temia, o morrer. Isso lhe possibilitou, via função psicológica do trabalho, retomar lentamente seu lugar no mundo, suas relações afetivas, suas vontades e, por ter se sentido realmente livre dos sintomas, passou a dizer: “*Vocês têm alguém com Síndrome do Pânico? Se tiver pode trazer para cá, que ele fica bom, logo, logo*”.

Porém, para que isso acontecesse, “foram necessários tempo e uma organização de trabalho que facilitou essa sedimentação no curso da qual as emoções se converteram num instrumento de ação eficaz.” (Clot, 2006, p. 33).

O sofrimento decorrente das limitações que se impunha através da Síndrome de Pânico foi substituído pelo prazer de realizar suas atividades de trabalho. Cada vez mais interessado propôs modificações gerenciais substanciais que desenvolveram a funerária e a fizeram destacar-se no mercado. Além disso, ele era uma das pessoas que contaminava o ambiente com seu bom humor e a concepção de um trabalho coletivo.

Podemos sintetizar essas considerações dizendo que, reservadas outras variáveis possíveis, boas condições e uma boa organização de trabalho estabelecem conjuntura

favorável à saúde física e mental do trabalhador; condições negativas e uma boa organização de trabalho estabelecem uma menor probabilidade de doença mental, como é o caso do setor de Tanatopraxia; condições insuficientes e organização insuficiente estabelecem uma elevada incidência de adoecimento físico e mental; e, finalmente, boas condições e organização de trabalho insuficiente, como é o caso do *Call Center*, criam um contexto favorável ao adoecimento mental (ver Figura 70).

Esses dados nos permitem propor que a organização de trabalho, ao desconsiderar os trabalhadores enquanto participantes ativos na realização da atividade, catalisa os elementos potencialmente patogênicos, podendo até mesmo incorporar os aspectos positivos das condições de trabalho de modo a favorecer o adoecimento mental⁷¹.



Figura 70 - Correlação organização-condição de trabalho e agravos à saúde do trabalhador.

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Assim, esperamos, com esses argumentos, ter explicitado o caminho que nos levou a elaborar esta tese. No entanto, existem algumas limitações em nossa pesquisa, que poderão se constituir em temas para estudos futuros. Entre elas apontamos: a) no contato com os trabalhadores detectamos que, para eles, uma pesquisa com o objetivo de intervir e transformar seu conteúdo de trabalho, seria mais útil do que apenas diagnóstica, exploratória, como foi a nossa; b) o fato de não termos conseguido aprofundar nos casos clínicos se constitui em outra limitação, uma vez que por meio do conhecimento detalhado da história de um indivíduo é possível apreender melhor as mediações que vão da compreensão do trabalho como atividade ao adoecimento propriamente dito (Le Guillant *et al.*, 2006).

⁷¹ Era nesse sentido que Le Guillant *et al.* (2006) argumentavam ao dizer que, um ambiente de trabalho confortável, climatizado, decorado, protegido contra os ruídos, pode, paradoxalmente, permitir uma maior rapidez e uma maior fadiga.

Por outro lado, as experiências vividas nos dois setores nos permitiram mergulhar profundamente nas questões relativas ao campo da Saúde Mental & Trabalho e, portanto, compreender melhor os diferentes impactos que cada um deles apresentava nos trabalhadores.

No *Call Center* ficou claro que o tempo de processamento das informações e o tempo de emissão de respostas por parte do operador eram insuficientes, ampliando significativamente a pressão na execução das atividades, a aceleração do ritmo do trabalho, o excesso de controles. A esses fatores acrescentamos a gestão distanciada da realidade vivida pelos trabalhadores, o trabalho repetitivo, impedindo sua criatividade e sua autonomia, a implantação do *software* Saturno, desconsiderando suas complexidades e efeitos nas atividades dos operadores, obrigatoriamente mediadas por esse sistema de informação. Esses nos parecem ser os principais mediadores para se compreender os casos de adoecimento identificados naquele setor.

Já no setor de Tanatopraxia, “a responsabilidade de distinguir o ponto em que começa a doença” (Canguilhem, 2007, p.134) fazia com que os casos de adoecimento fossem mais complexos e de difícil diagnóstico. Essa percepção foi reforçada, por exemplo, com a fala da supervisora geral: “*qualquer um de nós pode enlouquecer*”, nos revelando que “a fronteira entre o normal e o patológico era imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente” (Canguilhem, 2007, p.135).

E, por isso, todos “ficavam de olho” em um colega que apresentasse sucessivamente um tipo de comportamento que traduzisse, por exemplo, uma incapacidade de realizar as tarefas no dia a dia de trabalho contrariando o “normal”, representado pela possibilidade de solucionar as situações decorrentes de um “meio de flutuações e novos acontecimentos” (Canguilhem, 2007, p.136). Porque para eles, o “sadio, era não fugir diante dos problemas”, era “ser capaz de superar as crises” e “instaurar uma nova ordem” (Canguilhem, 2007, p.149), isto é, para esses trabalhadores “a saúde era uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais” (Canguilhem, 2007, p.152).

Assim, “o anormal só podia ser apreciado na relação” (Canguilhem, 2007, p.138) estabelecida entre eles. Quando algum deles quebrava esse “normal coletivo” ou, ainda, quando a relação socioprofissional alterava para pior, eles conseguiam diagnosticar “uma estrutura individual modificada”, confirmando a “*noção de ser individual*” proposta por Canguilhem (2007, pp.137-138).

Esse “diagnóstico” feito pelo e no coletivo, no momento em que os sintomas se apresentavam, revelava que aquele indivíduo, em especial, não estava conseguindo “regular as suas possibilidades de reação” (Canguilhem, 2007, p.149), ou seja, a regulação “das suas margens de tolerância à infidelidades do meio” estava “aquém de sua capacidade presumida” (Canguilhem, 2007, p.149). Mas, como esse coletivo estava atento, o processo poderia ser revertido.

Nada disso impedia, no entanto que alguns adoecessem, revelando a necessidade de outros tipos de suporte. Por isso mesmo manifestaram a necessidade de um apoio psicológico, solicitando esse apoio à instituição.

Mas, considerando-se as escolhas, a autonomia e a possibilidade de agir dos trabalhadores, resta pesquisar mais profundamente por que alguns adoeceram, enquanto outros, no seu exercício profissional, se tornaram mais saudáveis.

Tudo isso nos permite concluir que a originalidade deste estudo encontra-se, sobretudo, nas interrogações que emanaram a partir da sua elaboração em razão da produção científica escassa referente à análise das atividades que envolveram principalmente os trabalhadores do setor de Tanatopraxia e, mais ainda, por buscar identificar e nomear, em dois diferentes mundos de trabalho, os mediadores potencialmente patogênicos na relação sujeito-trabalho.

Finalizando, em sintonia com Tosquelles (2003), citado em epígrafe destas considerações, estamos cientes de que o que trouxemos aqui é apenas um recorte e não a totalidade, não a polimorfia dos acontecimentos vividos. Assim, esperamos que aquilo que faltar nesta tese, que estiver oculto, que ainda não tenha sido dito, seja suficiente para produzir ações futuras que possam, cada vez mais, trazer luz, sabedoria e transformações, tão necessárias ao campo da saúde dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- 3M (2013). Saúde Ocupacional. Recuperado de http://solutions.3m.com.br/wps/portal/3M/pt_BR/SaudeOcupacional/Home/Lancamentos/GripeSuina/?PC_7_RJH9U523081260I0NNB7Q32C05000000_assetType=MMM_Article&PC_7_RJH9U523081260I0NNB7Q32C05000000_assetId=1180612892881&PC_7_RJH9U523081260I0NNB7Q32C05000000_univid=1180612892881. 2012.
- Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL) (2013). *Glossário*. Recuperado de <http://www.aneel.gov.br/biblioteca/glossario.cfm>.
- Abrahão, J. I. & Torres, C. C. (2004, set-dez.). Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel de mediação da atividade. *Revista Produção*, 14(3), 67-76. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a07.pdf>.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2012). Padrão TISS. Recuperado de <http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/operadoras-e-servicos-de-saude/1764-padrao-tiss-versao-30->.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2013). Agência reguladora de planos de saúde do Brasil. Recuperado de <http://www.ans.gov.br/> <http://www.ans.gov.br/index.php/legislacao/busca-de-legislacao/744-indice-tematico>.
- Agudelo, C. R. M., Rendón, O. I. D., & Palacio, V.J. A. (2003). Gestión integral de residuos sólidos peligrosos y cumplimiento de normas de bioseguridad en laboratorios de tanatopraxia, Medellín, 2001. Publicado en la Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 21(1), 43-53. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd16/gestion-integral.pdf>.
- Alves-Mazzotti, A. J. & Gewandsznajder, F. (1998). *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira.
- Arantes, B. O. (2010). *Trabalho, adoecimento e rotatividade: investigação do setor de do corpo de bombeiros militar de Minas Gerais* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
- Arfuch, L. (2002). La vida como narración. In L. Arfuch. *El espacio biográfico: dilemas de la subjetividad contemporánea* (2002). (pp.87-115). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Ariès, P. (1981). *O Homem diante da morte* (L. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (v.1). (Obra original publicada em 1977 com o título L’homme devant La mort).
- Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR ISO/IEC 20000-1:2011) (2011). Tecnologia da informação. Gestão de serviços. Recuperado de <http://www.abntcatalogo.com.br/norma.aspx?ID=087863>.
- Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT/CB-32 NBR 13698:2011) (2011). Equipamento de proteção respiratória, peça semifacial filtrante para partículas. Recuperada de <http://www.abntcatalogo.com.br/norma.aspx?ID=86730> da
- Associação Brasileira de Telemarketing (ABT). (2010). *Página de abertura*. Recuperado de <http://www.abt.org.br>.
- Associação Brasileira de Telemarketing (ABT). (2013). *Telemarketing*. Recuperado de <http://www.abt.org.br/telemarketing.asp>.

- Associação Brasileira de Telesserviços (ABT) & Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). (2005). Pesquisa da PUC-SP radiografa o Call Center brasileiro. Recuperado de <http://www.abt.org.br/pesquisa.htm>.
- Associação Brasileira de Telesserviços (ABT) (2012). *Telesserviços*. São Paulo. Recuperado de <http://www.abt.org.br/telesservicos.asp?banner=ABT>.
- Associação Médica Brasileira (AMB) (2012). Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) em sua versão 92 (AMB/92) (1ª. versão em 2003). Recuperado de http://www.amb.org.br/_arquivos/_downloads/cbhpm_2012.pdf.
- Assunção, A. A. (2003). Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciênc. saúde coletiva*, 8(4),1005-1018. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000400022&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-81232003000400022.
- Assunção, A. A. & Lima, F. de P. A. (2003). A contribuição da ergonomia para a identificação, redução e eliminação da nocividade do trabalho. In Mendes, R. (Org.). *Patologia do trabalho*. 2.ed. [pp. 1767-1789]. São Paulo: Atheneu.
- Assunção, A. A., Marinho-Silva, A., Vilela, L. V. de O. & Guthier, M. H. (2006). Abordar o trabalho para compreender e transformar as condições de adoecimento na categoria dos teleoperadores no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 31(114), 47-62. Recuperado de <http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20114%20Condições%20adoecimento.pdf>.
- Assunção, A. Á.; Vilela, L. V. O. (2005). A atividade do teleatendente: uma interface entre a organização do trabalho e o cliente. Dissertação. (Mestrado). Saúde Pública. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: Editora Faculdade de Medicina UFMG, 118p. Recuperado de [http://www.fundacentro.gov.br/dominios/CTN/anexos/teses_pdf/tese%20atividade%20teleatendente%20\(Lailah%20V.O.Vilela\).pdf](http://www.fundacentro.gov.br/dominios/CTN/anexos/teses_pdf/tese%20atividade%20teleatendente%20(Lailah%20V.O.Vilela).pdf).
- Avidaeobra (2013). Figura Massagem facial. Filme A Partida. *Blog A Vida e a Obra*. Recuperado de <http://avidaeobra.wordpress.com/category/cinema/page/2/>.
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). Portugal: Edições 70. (Obra original publicada em 1977, pela Presses Universitaires de France, com o título L'Analyse de Contenu).
- Barreto, F. L. (2001). *O sofrimento psíquico e o processo de produção no setor de telefonia: tentativa de compreensão de uma atividade com caráter patogênico*. (Dissertação de mestrado). Departamento de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Minas, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
- Barros, V. A. & Lima, F. P. A. (2007). Uma abordagem da Psicologia do Trabalho, na presença do trabalho. *Psicologia em Revista*, 13(1), 155-168.
- Barros, V. A. & Silva, L. R. (2002). A pesquisa em história de vida. In Goulart, Íris (Org.). *Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos* (pp.133-146). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Barros, V. A. & Silva, L. R. (2004). Trabalho e cotidiano no Instituto Médico Legal de Belo Horizonte. *Psicologia em Revista*, 10(16), 318-333. Recuperado de http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20050602161450.pdf.

- Batt, R., Doellgast, V., & Kwon, H. (2005). U.S. Call Center Industry Report 2004 National Benchmarking Report Strategy, HR Practices & Performance. *Center for Advanced Human Resource Studies: (CARS Working Paper Series)*. Cornell University ILR School. 25 p. Recuperado de http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1005&context=cahrs_wp.
- Beaud, S. & Weber, F. (2007). *Guia para a pesquisa de campo: produzir e analisar os dados etnográficos*. (S. J. de Almeida, Trad.; H. C. Nardi, Rev.Trad.). Rio de Janeiro: Vozes. (Obra original publicada em 1997, 1998, 2003 com o título Guide de l'enquête de terrain: produire et analyser dès données ethnographiques).
- Becker, H. S.. (1994). *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. (2a ed). (Ciências Sociais, v.31, 178p.). São Paulo: HUCITEC
- Bendassolli, P. F. & Soboll, L. A. (2011). Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. In P. F. Bendassolli, & L. A. Soboll, (Orgs.), *Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade* [pp. 4-21]. São Paulo: Atlas.
- Bernard, J. (2008). Émotions et interactions dans les pompes funébres: les ambivalences de l'intéressement. In Fernandez, F.; Lézé, S.; Marche, H. *Le langage social des émotions: études sur les rapports au corps et à la santé*. [pp.149-187].Paris: Economica; Anthropos.
- Bernard, J. (2009). Croquemort: une anthropologie des émotions. Paris: Métailié, 217p.
- Bernardi, A. P. A., Queiroz, A. C. R. , Lima, C. J., Sole, E. D., Shimozone, E., Paparelli, R. & Prioste, S. V. (2000). Trabalho por telefone associado ao uso de terminal de computador (telework): estudo de caso. In L. I. Sznelwar & L. N. Zidan (Orgs.), *O trabalho humano com sistemas informatizados no setor de serviços*. São Paulo: Plêiade.
- Billard, I. (1996). Les conditions historiques et sociales de l'apparition de la psychopathologie du travail en France (1929-1952). In Clot, Y. (Org.). *Les histoires de la psychologie du travail* (1996) (p. 69-84). Paris: Octarès.
- Biotteau, M. & Mayeur, A. (2010). La prise en charge du tabou de la mort par les thanatopracteur : conséquences sur la santé et les conditions de travail. *Activités*, 7(1), 95-110. Recuperado de <http://www.activites.org/v7n1/biotteau.pdf>.
- Bonetto, J. de L. H. (2011). Autopsia: crônicas de un patólogo. In Goic, A.G. (ed.) (2011). *Boletín de la Academia Chilena de Medicina*, XLVIII, 2011. Santiago de Chile: LOM. ISSN: 0716 – 2588.
- Bosi, E. (1987). *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: EDUSP.
- Bosi, E. (2004). *O tempo vivo da memória: ensaios de Psicologia Social* (2a ed.). São Paulo: Ateliê.
- Bouzada, M. A. C.(2009). Dimensionamento de um *call center*: simulação ou teoria de filas? *SIMPOI Universidade Estácio de Sá MADE*. Recuperado de http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2009/artigos/E2009_T00060_PCN54008.pdf.
- Bouzada, M. A. C., & Saliby, E. (2009, jul.-set.). Prevendo a demanda de ligações em um *call center* por meio de um modelo de Regressão Múltipla. *Gest. Prod.*, São Carlos, 16(3), 382-397. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/gp/v16n3/v16n3a06.pdf>

- Brady (2013). Figura Símbolo de substância tóxica com possibilidade de carcinogenicidade. *Brady*. Recuperado de <http://www.brady.pt/mercados/quimica-petroquimica-etiquetas-sinais-seguranca/ghs-clp.html>.
- Cabanes, R. (2000). Quelle approche biographique? *Revue Internationale de Psychosociologie: Récits de vie et histoire sociale*. Paris: Éditions ESKA, Printemps, VI(14),11-27.
- Calderón, J.A (2006). El sentido de lo trabajo a prueba de la estructuración productiva: el caso de los centros de llamadas. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 31(114), 19-34. Recuperado de <http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20114%20Condições%20adoecimento.pdf>.
- Canguilhem, G. (2007). *O normal e o patológico* (6a ed.) (M. T. R. de C. B., Trad.) (M. B. da Mota, P. Macherey Trad. Pós-fácio) (L. Althusser Trad. Apresentação) (L. O. F. B. Leite, Rev. Original) Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Obra original publicada em 1966 com o título *Le normal et le Pathologique*).
- Caroly, S., Rocchi, V., Trompette, P., & Vinck, D (2005). Les professionnels des services aux défunts : compétences, savoirs, qualifications. *Revue Française des Affaires sociales*, 1(1), 207-230. Recuperado de http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RFAS_051_0207.
- Carvalho, W. B., Johnston, C., & Fonseca, M. C. (2007). Bronquiolite aguda, uma revisão atualizada. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53(2), 182-188. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000200027&lng=en&tlng=ES. 10.1590/S0104-42302007000200027.
- Cassorla, R. M. S. (2012). Prefácio. In Kovács, M. J. (2012). Educação para a morte: temas e reflexões. (pp.13-20).São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Castells, M.. (1999). A Sociedade em Rede: a era da informação. *Economia, sociedade e cultura*. (v.1). São Paulo: Paz e Terra.
- Castro, D. (2000). *La mort pour defaux e la mort pour de vrei*. Paris: Albin Michel.
- Castro, I. S., Campos, N. A., Assunção, A. Á., & Lima, F. P. A. (2006). Diferenças interindividuais em de emergências: explicitação por meio da entrevista de autoconfrontação. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 31(114), 83-96. Recuperado de <http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20114%20Diferenças%20interindividuais.pdf>.
- Cervo, A. L. & Bervian, P. A. (1996). Coleta de dados em pesquisas descritivas: entrevista. In A. L. Cervo, & P. A. Bervian, *Metodologia científica* (4a ed.) (pp.136-7). São Paulo: Makron Books.
- Chasin, J. (1993). *O que é trabalho*. Seminário com José Chasin.[Palestra FAFICH, mimeo] Belo Horizonte: UFMG.
- Clot, Y. (2006). *A função psicológica do trabalho*. (A. Sobral, Trad.). Rio de Janeiro: Vozes. (Obra original publicada em 1999 com o título *La fonction psychologique du travail*).
- Clot, Yves (2006a). Entrevista com Yves Clot. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 9(2), 99-107. [Participação de D. H. P. Soares, M. C. Coutinho e L. Sato]. Recuperado de http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172006000200008&lng=pt&nrm=isso.

- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris: Presses Universitaires de France (PUF).
- Clot, Y. (2010). *Trabalho e poder de agir*. (G. J. de F. Teixeira, & M. M. Z. Vianna, Trad.). Belo Horizonte: Fabrefactum. (Obra original publicada em 2008 com o título *Travail et pouvoir d'agir*).
- Clot, Y. (2010a) La tentation hygiéniste. Clot, Y. In *Le travail à Coeur: pour en finir avec les risques psychosociaux*. (pp 127-149). Paris: La Découverte.
- Codo, W. & Jacques, M. G. (Orgs.) (2002). *Saúde mental & trabalho: leituras*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Cordeiro, B. K. (2011). *O trabalho em Call Center: A saúde do trabalhador e sua relação com a atividade*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado de [http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:EDfCMHnk-8oJ:scholar.google.com/+Bruna+Kozlowski+Cordeiro+\(2011\)&hl=pt-BR&as_sdt=0,5](http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:EDfCMHnk-8oJ:scholar.google.com/+Bruna+Kozlowski+Cordeiro+(2011)&hl=pt-BR&as_sdt=0,5).
- Cordeiro, S. S., Poppe, S., Sena, A. B., Fornari, J. V., & Ferraz, R. R. N. (2012). Identificação dos fatores de risco e prevalência de infecção do trato urinário em trabalhadoras do serviço de teleatendimento. *ConScientiae Saúde*, 11(4), 598-606. Universidade Nove de Julho São Paulo, Brasil. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92924959010> DOI: 10.5585/ConsSaude.v11n4.3552.
- Cotrim, O. S., Slob, E., & Deffune, E. (2012). Importância da segregação de materiais no gerenciamento de lixo hospitalar na área de hemoterapia. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*, jul.- dez., 1(1), 59-73. Recuperado de <http://www.grupouninter.com.br/web/revistasauade/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/view/138>.
- Creswell, J. W. (2007) *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (2a ed.). (L. de O. Rocha, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2003).
- Daniellou, F., Laville, A., & Teiger, C. (1989, out.-dez.). Ficção e realidade do trabalho operário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 17(68), 7-13.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho* (5a ed. ampliada). (A. I. Paraguay, & L. L. Ferreira, Trad.). São Paulo: Cortez-Oboré (Obra original publicada em 1980 com o título *Travail: usure mentale - essai de psychopathologie du travail*).
- Deslauriers J.P. & Kérisit, M. (2008). O delineamento da pesquisa qualitativa. In Poupart, J. et al., *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos* (A. C. Nasser, Trad.) (pp.127-153). Rio de Janeiro: Vozes. (Obra original publicada em 1997 com o título *La recherche qualitative*).
- Dessors, D., Teiger, C., Laville, A., Gadbois, C. (1978). Conditions de travail des opératrices des renseignements téléphoniques et conséquences sur leur vie personnelle et sociale. *Les Archives des Maladies professionnelles*, 40 (3- 4), 469-500. Recuperado de http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=ERES_DESSO_2009_01_0037.
- Doray, B. (1989). Da Produção à Subjetividade: referências para uma dialética das formas. In *Teoria da Personalidade e Marxismo*. São Paulo: Vértice.

- Dubet, F. (1996). A experiência social e a ação. In Dubet, F. (1996). *Sociologia da experiência* [pp.93-129]. Lisboa: Instituto Piaget.
- Durrive, L. & Schwartz, Y. (2008). Glossário da Ergologia. *Laboreal*, 4(1), 23-28. Recuperado de http://laboreal.up.pt/media/artigos/166/glossario_v4n1_pt.pdf.
- Echternacht, E. H. (2000). Atividades de serviço e lesões por esforços repetitivos: relações mediadas por sistemas informacionais organizados sob princípios tayloristas. In L. I. Sznelwar & L. N. Zidan, (Orgs.). *O trabalho humano com sistemas informatizados no setor de serviços* [pp. 149-158]. São Paulo: Plêiade.
- Erlang (2013). Erlang. Recuperado de <http://www.erlang.com.br/>
- Fernandes, R. C. P. (2003). Uma leitura sobre a perspectiva etnoepidemiológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 765-774. Recuperado de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300010&lng=en&tlng=es. 10.1590/S1413-81232003000300010.
- Ferrarotti, F. (1990). La biographie comme interaction. In F. Ferrarotti, *Histoire et histoires de vie: la méthode biographique dans les sciences sociales* (pp.47-58). Paris: Méridiens Klincksieck.
- Fiuzza, S. (2012). *O que é tanatopraxia*. São Paulo: Grupo Unidas. Recuperado de <http://www.grupounidas.com.br/Artigos/artigos.painel.asp?tp=121, &sg=158>.
- Gaskell, G. (2002). Entrevistas individuais e grupais. In Bauer, M. W. & Gaskell, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (P. A. Guareshi, Trad.) (4a ed., pp.64-89). Rio de Janeiro: Vozes. (Obra original publicada em 2000 com o título *Qualitative researching with text, image and sound: a practical handbook*).
- Gelo Negro (2011). Figura Necromaquiagem. Filme A Partida. Gelo Negro. 2011. Recuperado de <http://www.gelonegro.com.br/?m=201112>.
- Globally Harmonized System (GHS) (2003). *Classification and labelling of chemicals*. United Nations, New York and Geneva. Recuperado de <http://www.osha.gov/dsg/hazcom/global.html>.
- Gomes Júnior, A. B. *O Trabalho do sujeito: aproximações através dos discursos dos teleoperadores. Gestão e Subjetividade no Trabalho de Teleatendimento*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Gubert, K. B. (2001). *Os Determinantes da Atividade em uma Central de Atendimento: O Caso do Disque-Saúde*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, DF. Recuperado de <http://www.ergonomianotrabalho.com.br/analise-ergonomica-central-de-atendimento-disque-saude.pdf>.
- Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Durraffourg, J., & Kerguelen, A. (2001). Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia. G. M. J. Ingratta, & M. Maffei, Trad.). São Paulo: Edgard Blücher. (Obra original publicada em 1987, título *Comprendre le travail pour le transformer: la pratique de l'ergonomie*).
- Haddad, W. & Chiacchio, S. S. (2010). *Impacto ambiental causado por cemitérios*. Recuperado de <http://www.webgincana.com.br/HotSites/cas/workshopgestaointegrada/>.

- Hazard Substances Data Base (HSDB)* (2013) *Formaldehyde*. Recuperado de <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/search/a?dbs+hsdb:@term+@DOCNO+164>.
- Instituto Nacional de Câncer* (2009). Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA.
- Instituto Nacional do Câncer* (2006). Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama-Viva Mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- International Agency For Research On Cancer (IARC)* (1995). Summaries & Evaluations, Formaldehyde. Recuperado de <http://www.inchem.org>.
- Jackson Filho, J. M. & Assunção, A. Á. (2006). Trabalho em teleatendimento e problemas de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 31(114), 7-18
Recuperado de <http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20114%20Condições%20adoecimento.pdf>.
- Jacques, M. G. (2007). O nexos causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. *Psicologia & Sociedade*, 19 (n. spe,) Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400015&lng=en&nrm=iso.
- Jovchelovitch, S. & Bauer, M. W. Entrevista narrativa (2002). In M. W. Bauer & G. Gaskell (Eds.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. [4a ed., pp.90-113]. (P. A. Guareshi, Trad.). Rio de Janeiro: Vozes. (Obra original publicada em 2000 com o título *Qualitative researching with text, image and sound: a practical handbook*).
- Kovács, M. J. (2003). *Educação para a morte: desafio na formação de saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP.
- Laufer L. (2006). La «belle mort» ou la mort du corps mort. *Figures de la psychanalyse*, 1(13), 143-156. Recuperado de <http://www.cairn.info/revue-figures-de-la-psy-2006-1-page-143.htm>. DOI : 10.3917/fp.013.0143.
- Laville, A., Teiger, C., Lantin, G., Dessors, D. (1979). Quelques caractéristiques de la fatigue visuelle provoquée par le travail de détection sur microfiches. *Le Travail Humain*, 42(2), 261-273.
- Le Guillant L (1984). A neurose das telefonistas. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* 47(12),7-11. (Trad. Denise Monetti e Leda Ferreira). São Paulo: RBSO. (Obra original publicada em 1956 pela La Presse médicale, com o título *La névrose des téléphonistes*).
- Le Guillant, L. (2006). *Escritos de Louis Le Guillant: da ergoterapia à psicopatologia do trabalho* (G. Teixeira, Trad.).(M.E. A. Lima Org.) Rio de Janeiro: Vozes. (Obra original publicada em 1984 com o título *Quelle psychiatrie pour notre temps? Travaux et écrits de Louis Le Guillant*).
- Leal, R. M. de A. C. (2002). O mundo do trabalho e novas exigências no plano comportamental: o “saber relacional” em questão. *Trabalho & Educação*, n. 10, jan.-jun. Belo Horizonte. ISSN 1516-9537. Recuperado de <http://150.164.116.248/seer/index.php/trabedu/article/viewFile/1264/1020>.

- Leal, R. M. de A. C. (2008). *Contribuições da análise da atividade e da entrevista de autoconfrontação para os estudos de usuários*. (Tese Doutorado) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
- Lei nº 6.938, de 31 de agosto de 1981 (1981). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6938.htm.
- Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (1998). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm.
- Lhuilier, D. (2006). *Cliniques du travail*. Èrès: Ramonville Saint-Agne.
- Lhuilier, D. (2012). A invisibilidade do trabalho real e a opacidade das relações saúde-trabalho. *Trabalho & Educação*, 21(1) 13-38. [Texto publicado originalmente em francês: Lhuilier D. (2010). L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail, *Sciences Sociales et Santé*, 28(2), 31-63. (L. R. Moreira, Trad. D.Cunha e V. Barros Revisão Técnica) Recuperado de <http://portal.fae.ufmg.br/seer/index.php/trabedu/article/viewFile/991/854>.
- Liceé Ambrois Paré (2012). Lycée Ambroise Paré – Laval. Recuperado de <http://ambroise-pare.e-lyco.fr/>.
- Líder Seguradora (2013). DPVAT. Recuperado de <http://www.dpvatsegurodotransito.com.br/>.
- Lima, C. L. de, Luz, J. B. da, Duarte, S. A. de C., & Vidal, C. dos S. F. (s.d). *Dimensionamento básico de centrais via simulação de tráfego telefônico*. Instituto de Estudos Superiores da Amazônia (IESAM). Recuperado de <http://www3.iesampa.edu.br/ojs/index.php/TELECOM/article/viewFile/675/549>.
- Lima, F. P. A. (1997). A organização da produção e a produção da LER. In Lima, M. E. A., Araújo, J.N.G., & F. P.A. Lima. *LER: dimensões ergonômicas e psicossociais*. (pp.237-263). Belo Horizonte: Health.
- Lima, F. P. A (2000). A formação em ergonomia: reflexões sobre algumas experiências de ensino da metodologia de análise ergonômica do trabalho. In C. Kiefer, I. Fagá, M. R. (2000). Sampaio, *Trabalho, educação e saúde*. Vitória: Fundacentro.
- Lima, F. P. A (2003). *Manual do mestrando*. Belo Horizonte: Departamento de Engenharia de Produção, Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção (PPGEP), UFMG.
- Lima, F. P. A & Silva, C. A. D. (2002). Objetivação do saber prático na concepção de sistemas especialistas: das regras formais às situações de ação. In Duarte, F. (Org.). *Ergonomia e projeto na indústria de processo contínuo*. (p. 84-121). Rio de Janeiro: Lucena.
- Lima, M. E. A. (1996). A pesquisa em saúde mental e trabalho. In A. Tamayo , J. E. B. Andrade, W. Codo. (Orgs.). *Trabalho, Organizações e Cultura*. (pp. 49-60). São Paulo: Cooperativa de Editores Associados (CAA) .
- Lima, M. E. A. (1998). Psicopatologia do Trabalho: origens e desenvolvimentos recentes na França. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 18(2), 10-15. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931998000200003&lng=en&nrm=iso

- Lima, M. E. A. (2000). Informatização e saúde no setor de telecomunicações: o problema das Lesões por Esforços Repetitivos. In *O trabalho humano em sistemas informatizados no setor de serviço*. (v. 1, pp. 159-168). São Paulo: Plêiade.
- Lima, M. E. A. (2002a). Esboço de uma crítica à especulação no campo da saúde mental e trabalho. In M. G. JACQUES, W. CODO (Orgs.). *Saúde mental & trabalho*. (pp.50-81). Rio de Janeiro: Vozes.
- Lima, M. E. A. (2002b). A questão do método em Psicologia do Trabalho. In I. B. Goulart (Org.) *Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos*. (pp.123-132). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lima, M. E. A. (2002c). Impactos psicossociais do desemprego de longa duração. In I. B. GOULART (Org.) *Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos*. (pp.337-335). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lima, M. E. A. (2004). A relação entre distúrbio mental e trabalho: evidência epidemiológicas recentes. In W. CODO (Org.). *O trabalho enlouquece?: um encontro entre a clínica e o trabalho*. (pp. 139-160). Rio de Janeiro: Vozes.
- Lima, M. E. A. (2005). A polêmica em torno do nexos causal entre transtorno mental e trabalho. *Revista de Administração da FEAD-Minas*, 2(1),73-80. Recuperado de http://www.prt18.mpt.gov.br/eventos/2006/saude_mental/anais/artigos/Maria_Elizabeth_Antunes_Lima.pdf.
- Lima, M. E. A. (2007). Contribuições da clínica da atividade para o campo da segurança no trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 32(115), 99-107, Recuperado de http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/RBSO_115.pdf.
- Lima, M. E. A. (2007a). Trabalho e identidade: uma reflexão à luz do debate sobre a centralidade do trabalho na sociedade contemporânea. *Educação Tecnológica CEFET-MG*, 12(3), 05-09.
- Lima, M. E. A. (2010). Casos clínicos. In C. E. C. Vieira, F. P. A. Lima, M. E. A. Lima (Orgs.). *O cotidiano dos vigilantes: trabalho, saúde e adoecimento*. (pp.161-164). Belo Horizonte: FUMARC.
- Lima, M. E. A., Araújo, J.N. G. de & Lima, F. P. A. (1998). Introdução geral. In M. E. A. Lima, J.N. G. Araújo, F. P. A. Lima, *L.E.R. Lesões por esforços repetitivos: dimensões ergonômicas e psicossociais*. (pp.11-29). Belo Horizonte: Saúde.
- Lima, M. E. A., Assunção, A. Á., Francisco, J. S. S. D. (2002). Aprisionado pelos ponteiros de um relógio: o caso de um transtorno mental desencadeado no trabalho. In W.Codo, & M. G. Jacques. *Saúde mental e trabalho: leituras* (pp.209-246). Rio de Janeiro: Vozes.
- Lima, M. E. A. & Brescia, M. F. Q. (2002). O trabalho como recurso terapêutico. In I. B. Goulart. (Org.). *Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos* (pp.357-77). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. N. (2000). *Manual do inventário do sintoma de estresse para adultos de LIPP*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Machado, J., Soratto, L., & Codo, W. (Orgs.) (2010). *Saúde e trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa, o NTEP e a previdência social*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Machado, M. N. M. (2002). *Entrevista de pesquisa: a interação pesquisador entrevistado*. Belo Horizonte: C/Arte.

- Marinho-Silva, A. (2004). *A regulamentação das condições de trabalho no setor de no Brasil: necessidades e desafios*. (Dissertação de mestrado). Programa de Pós Graduação em Saúde Pública. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
- Marinho-Silva, A. & Assunção, A.Á. (2005 dezembro). Negociações sociais para melhoria das condições de trabalho no setor de teleatendimento: o descompasso entre a posição das empresas e a realidade do trabalho. *Interface* (Botucatu), 9(18). Recuperado de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300007&lng=en&nrm=isso. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000300007>.
- Martins *et al.* (1991). Qualidade bacteriológica de águas subterrâneas em cemitérios. *Revista Saúde Pública*. São Paulo, 25(1), 47-52. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n1/10.pdf>.
- Martins, M. C. A. (2009). *Saúde Mental e Trabalho: o sofrimento psíquico em telefonistas*. (Trabalho de Conclusão de Curso). Escola de Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Recuperado de <http://www.ess.ufrj.br/monografias/105067838.pdf>.
- Mascia, F. L. & Sznalwar, L. I. (2000). Diálogo e constrangimento do Script na atividade de atendimento a clientes. In L. I. Sznalwar & L. N. Zidan. (Orgs.). *O trabalho humano com sistemas informatizados no setor de serviços*. (pp. 97-104). São Paulo: Plêiade.
- Matos, B. A. & Pacheco, A. (2001). *Avaliação da Ocorrência e do Transporte de Microrganismos no Aquífero Freático do Cemitério de Vila Nova Cachoeirinha, Município de São Paulo*. (Tese de doutorado). Programa de Pós Graduação em Recursos Minerais e Hidrogeologia, Instituto de Geociência, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Mercado-Martinez, F. J. & Bosi, M. L. M. (2004). Introdução: notas para um debate. In F. J. Mercado-Martinez & M. L. M. Bosi. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde* (pp.75-98). Rio de Janeiro: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (Org.). (1994). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (23a ed.). Rio de Janeiro: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2006). Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação. In M. C. S. Minayo. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (9a ed, rev.). (pp. 261-297). São Paulo: Hucitec.
- Mocelin, D. G. & Silva, L. F. S. C. da (2008). O telemarketing e o perfil sócio-ocupacional dos empregados em call centers. *Caderno CRH*, 21(53), 361-383. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792008000200012&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0103-49792008000200012.
- Moreira, L. R. (2000). *A inserção de tecnologias de gestão no mundo do trabalho e o estado psicológico do sujeito-trabalhador: estudo de caso numa empresa do setor metal-mecânico*. (Dissertação de Mestrado). Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
- Neves, E. M. (2004). Alegorias sobre a morte: a solidariedade familiar na decisão do lugar de “bem morrer”. *Caderno Pós Ciências Sociais*, 1(2), 53-71. Recuperado de <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rpcsoc/article/viewFile/207/144>.
- Nogueira, A. M. & Bastos, F. C. V. (2007, abril). *Políticas de Recursos Humanos e Desenho do Trabalho Assalariado em Empresas Fidelizadoras da Indústria de Call Centers no*

Brasil. Comunicação no 5º Ciclo de Debates em Economia Industrial, Trabalho e Tecnologia. Economia Industrial e Tecnologia USP. Recuperado de http://www.pucsp.br/eitt/downloads/v_ciclo_debate/V_Ciclo_EITT_Arnaldo_Nogueira_PoliticaREcursosHumano.pdf.

Norma Regulamentadora nº7: Programa de controle médico de saúde ocupacional (1978). Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego Última alteração Portaria SIT n.º 236, de 10 de junho de 2011. Recuperado de http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D308E21660130E0819FC102ED/nr_07.pdf.

Norma Regulamentadora nº 9: Programa de prevenção de riscos ambientais (1978). Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego Última alteração Portaria SSST n.º 25, de 29 de dezembro de 1994. Recuperado de http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BEF1CA0393B27/nr_09_at.pdf.

Norma Regulamentadora nº15: Atividades e operações insalubres (1978). Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Última alteração Portaria SIT n.º 291, de 08 de dezembro de 2011. Recuperado de [http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A36A27C140136A8089B344C39/NR-15%20\(atualizada%202011\)%20II.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A36A27C140136A8089B344C39/NR-15%20(atualizada%202011)%20II.pdf).

Norma Regulamentadora nº17: Ergonomia: Trabalho em/Telemarketing (Anexo 2). (1978). Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Última alteração Portaria SIT n.º 09, 30 de março de 2007. Recuperado de http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BEFBDACD94B74/nr_17_anexo2.pdf.

Nunes, M. B., Vieira, D. C. V., & Ferreira, M. E. (2010). *Serviço funerário da Santa Casa de Belo Horizonte: curso de praxitanatologia* (mimeo). Belo Horizonte: Santa Casa de Belo Horizonte.

Oddone, I., Re, A., & Briante, G. (1981). *Redécouvrir l'expérience ouvrière: vers une autre psychologie du travail?* Paris: Messidor.

Oi (2012). *Histórico*. Recuperado de http://ri.oi.com.br/oi2012/web/conteudo_pt.asp?idioma=0&conta=28&tipo=43303.

Oliveira, F. N. & Silva, J. P. S. (2009, set.-dez.). Coleta e destino final dos resíduos sólidos no município de soledade. *Pbglobal science and technology* (ISSN 1984 - 3801) *Gl. Sci. Technol.*, 2(3), 49-57. Recuperado de <http://rioverde.ifgoiano.edu.br/periodicos/index.php/gst/article/view/92/107>.

Oliveira, S. & Jacques, M. G. C. (2006). Políticas e práticas de Gestão e saúde: recortes sobre o trabalho de no Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 31(114), 63 -72. Recuperado de <http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%2014%20Políticas%20e%20práticas.pdf>.

Organização Mundial da Saúde (1993). Classificação de transtornos mentais da CID-10. PortoAlegre: Artmed.

Ortega & Ieira advocacia trabalhista. Direitos do operador de telemarketing: piso salarial e jornada de trabalho. Recuperado de <http://www.spadvogado.com.br/2011/04/direitos-do-operador-de-telemarketing.html>

- Pacaud, S. (1949, janeiro-junho). *Le travail humain: recherches sur le travail des téléphonistes étude psychologique d'un métier*. (T. 12, nº 1/2, pp. 46-65) Presses Universitaires de France. Recuperado de <http://www.jstor.org/discover/10.2307/40658838?uid=3737664&uid=2129&uid=2134&uid=369521941&uid=2&uid=70&uid=3&uid=369521931&uid=60&purchase-type=none&accessType=none&sid=21101929173051&showMyJstorPss=false&seq=1&showAccess=false>.
- Pacheco, V. G. (2002). *Gênero, saúde e trabalho: fatores que interagem no desenvolvimento de L.E.R. em trabalhadores telefônicos*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
- Parente, R. (2013). Camouflage cosmético: um truço soprattutto psicológico. *Doctor Mag*. Recuperado de <http://it.doctmag.com/dermo-estetica/camouflage--cosmetico--un--truco--soprattutto--psicologico>.
- Parker, S. (2012). *O livro do corpo humano*. São Paulo: Ciranda Cultural.
- Peres, C. C.; Marinho-Silva, A.; Cavalcante-Fernandes, E.; Rocha, L. E. (2006). Uma construção social: o anexo da norma brasileira de ergonomia para o trabalho dos operadores de telemarketing. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 31(114), 35-46. Recuperado de <http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20114%20Condições%20adoecimento.pdf>.
- Pitta, A. M.F. (1990). *Hospital: dor e morte no ofício*. São Paulo: Hucitec.
- Pontes, F. R., Cordeiro, P. A., & Silva, W. R. (2006). *Estresse laboral em um hospital filantrópico de Belo Horizonte*. (Monografia). Lato Sensu em Gestão Avançada em Recursos Humanos, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
- Ministério do Trabalho e Emprego (2012). Brasil. Portal do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Recuperado de <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/ResultadoFamiliaAtividades.jsf>.
- Portal Tributário Editora (PTE). Banco de horas (2013). *Portal Tributário Editora*. http://www.guiatrabalhista.com.br/guia/banco_horas.htm.
- Portaria n.º 03, de 15 de março de 2011 (2011). Centro de Vigilância Sanitária de São Paulo (CVS/SP). Recuperado de ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.jan.11/Iels07/E_PT-CVS-1_2011.pdf.
- Portaria n.º 25, de 29 de dezembro de 1994 (1994). Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho. NR 09, Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. Recuperado de http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BEF1CA0393B27/nr_09_at.pdf.
- Porto da Silveira, J. F. (2001). *A matemática da telefonia*. Recuperado de <http://www.mat.ufrgs.br/~portosil/erlang.html>.
- Poupart, J. (2008). A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In Poupart, J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. (pp. 215-253). (A. C. Nasser, Trad.). Rio de Janeiro: Vozes. (Obra publicada em 1997, com o título *La recherche qualitative*).

- Ramazzini, B. (2000). *As doenças dos trabalhadores*. (R. Estrêla, Trad.) (3a ed). São Paulo: Fundacentro; Ministério do Trabalho e Emprego. (A primeira edição foi em 1700 com o Título original De morbis artificum diatribe).
- Rebelatto, M. F. (2006). *Avaliação de métodos de desinfecção de resíduo infeccioso e de seu percolado*. (Dissertação Mestrado Engenharia Ambiental Programa de Pós-Graduação em Engenharia Ambiental (PPGEA) do Centro Tecnológico da Universidade Federal de Santa Catarina). Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/88206/228098.pdf?sequence=1>
- Reis, S. C. dos, Reis M. C. dos, Vasconcelos V. de, & Jordão E. (2012, jul.-dez). Elementos para uma abordagem sistemática da gestão de resíduos farmacológicos à luz da Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS). *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, 2(2), 71-87. Recuperado de <http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/RBPP/article/view/1716/pdf> doi: 10.5102/rbpp.v2i2.1716.
- Resolução da Diretoria Colegiada (RDC/ANVISA) nº 176 de 24 de outubro de 2000 (2000)*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Determina a publicação de Orientação Técnica elaborada por Grupo Técnico Assessor, sobre Padrões Referenciais de Qualidade do Ar Interior, em ambientes climatizados artificialmente de uso público e coletivo. Recuperado de <http://www.anvisa.gov.br/scriptsweb/anvisalegis/VisualizaDocumento.asp?ID=136&Versao=1>
- Resolução da Diretoria Colegiada (RDC/ANVISA) nº 306 de 07 de dezembro de 2004 (2004)*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Recuperado de <http://www.fepam.rs.gov.br/legislacao/arq/leg0000000071.pdf>.
- Resolução da Diretoria Colegiada (RDC/ANVISA) nº 68 de 10 de outubro de 2007 (2007)*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Dispõe sobre o controle e fiscalização sanitária do traslado de restos mortais humanos (2007). Recuperado de http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/transporte-de-cadaveres/RES_147.pdf.
- Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 (1996)*. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Plenário do Conselho Nacional de Saúde, Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>.
- Resolução nº 30, de 29 de junho de 1998 (1998)*. Agência Nacional de Telecomunicações. (ANATEL) Aprova o plano geral de metas de qualidade para o serviço telefônico fixo comutado. Recuperado de http://sistemas.anatel.gov.br/SACP/DocSite/acontece_anatel/consulta/2002/consulta_426/pgmq.pdf.
- Resolução nº 4 de 3 de novembro de 1998 (1998)*. Conselho de Saúde Suplementar (COMSU) nº 4 atualizada. Recuperado de http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=317.
- Resolução nº 283, de 12 de julho de 2001 (2001)*. Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). Dispõe sobre o tratamento e a destinação final dos resíduos dos serviços de saúde. Recuperado de <http://www.mma.gov.br/port/conama/res/res01/res28301.html>.

- Resolução nº 335, de 3 de abril de 2003* (2003). Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). Dispõe sobre o licenciamento ambiental de cemitérios. Recuperado de <http://www.aguaseguas.ufjf.br/RESOLUCAO%20conama335%CEMITERIOS.pdf>.
- Resolução nº 358, de 29 de abril de 2005* (2005). Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Recuperado de <http://www.mma.gov.br/port/conama/res/res05/res35805.pdf>.
- Resolução nº 420 de 12 de fevereiro de 2004* (2004). Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT, 2004). Aprova as Instruções Complementares ao Regulamento do Transporte Terrestre de Produtos Perigosos. Recuperado de http://www.antt.gov.br/index.php/content/view/1420/Resolucao_420.html.
- Resolução Normativa RN nº 167, de 9 de janeiro de 2008* (2008). (Revogada pela RN nº 211, DE 11/01/2010). Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências. Recuperado de http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=1242.
- Resolução Normativa RN nº 414, de 9 de setembro de 2010* (2010). Estabelece as Condições Gerais de Fornecimento de Energia Elétrica de forma atualizada e consolidada. Recuperado de <http://www.aneel.gov.br/cedoc/bren2010414.pdf>.
- Revista Brasileira de Saúde Ocupacional (RBSO)* (2006). Volume temático: Trabalho e problemas de saúde, São Paulo, 31(114) jul.-dez.. Recuperado de <http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20114%20Editorial.pdf>.
- Rezende M. S. (2007). *Atividade de Trabalho em Call Center: a mobilização das teleoperadores para compatibilizar saúde, produtividade e qualidade*. (Dissertação de Mestrado). FIOCRUZ. Rio de Janeiro. Recuperado de <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4714/2/996.pdf>.
- Richardson, R. J., Peres J., A. de S., Wanderley, J.C. V., Correia, L.M., Peres M., H. de (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. (3a ed). São Paulo: Atlas.
- Rodrigues, C. (2005). *Nas fronteiras do além: a secularização da morte no Rio de Janeiro (séculos XVIII e XIX)*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional.
- Ruduit, S. (2001). *Relações interfirmas e emprego: estudo de uma rede de empresas em telecomunicações*. (Dissertação de mestrado). IFCH/Departamento de Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/soc/n8/n8a15.pdf>.
- Salomon, J.-J.; Sagasti, F.; Sachs-Jeantet, C. (1993, abr.). Da tradição à modernidade. *Estud. av.*, São Paulo. 7(17). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141993000100002&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141993000100002>.
- Santagenoveva* (2013). Figura Protocolo de Manchester. Recuperado de <http://www.santagenoveva.net/dicasdesaude/256>.
- Santos, C. A. F. (1983). Os profissionais de saúde enfrentam-negam a morte. In J. S. Martins (Org.). *A morte e os mortos na sociedade brasileira*. São Paulo: Hucitec.
- Santos, E. H. (1997). Trabalho prescrito e real no atual mundo do trabalho. *Trabalho & Educação*, Belo Horizonte, Nete, Fae, UFMG, v.1, pp.14-27, Recuperado de <http://www.portal.fae.ufmg.br/seer/index.php/trabedu/article/viewFile/953/831>.

- Santos, M. H. (2010). *Santa Casa de Belo Horizonte: uma história de amor à vida*. (2a ed.). Belo Horizonte: Santa Casa de Misericórdia.
- Santos, R. V. (1998). A realidade do processo de trabalho vivenciado nos cemitérios. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 25, 57-73.
- Santos, U. P., Rumel, D., Martarello, N. A., Ferreira, C. S. W., & Matos, M. P. (1992). Síndrome dos edifícios doentes em bancários. *Revista Saúde Pública*, 26(6), 400-404. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v26n6/05.pdf>.
- Sato, L. (2002). Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através de negociações cotidianas. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5), 1147-1157. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext,&pid=S1413-03942008000100014&lng=pt&nrm=iso.
- Schwartz, Y. & Durive, L. (Orgs.) (2007). *Trabalho & ergologia: conversas sobre a atividade humana* (J. Brito & M. Athayde et al., Trad.). Niterói: EdUFF. (Obra original publicada em 2003 com o título Travail & Ergologie: entretiens sur l'activité humaine).
- Schwartz, Y. & Durive, L. (Orgs.) (2010). *Trabalho & ergologia: conversas sobre a atividade humana* (J. Brito & M. Athayde, Trad.). Niterói: EdUFF. (Obra original publicada em 2003 com o título Travail & Ergologie: entretiens sur l'activité humaine).
- Scopo (2013). Equipamentos e serviços de proteção individual. Proteção respiratória. Respirador PFF2 sem válvula Lubeka. Recuperado de <http://www.scoporc.com.br/produto/ver/38>.
- Sève, L. (2000-1) Marxisme et théorie de la personnalité (1969): retour sur la genèse d'un livre. In Orofiamma, R., Dominicé, P. & Lainé, A. Les histoires de vie: theories et pratiques. *Education Permanente*, 142, pp.11-25. Paris: Université de Genève, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education.
- Silva, L. R. (2004). *Atividade e o cotidiano dos auxiliares de necropsia do Instituto Médico-Legal de Belo Horizonte, Minas Gerais: trabalho não reconhecido*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
- Sincavir Saúde (2009). Plano de saúde do Hospital F, Recuperado de <http://www.sincavir.org.br/modules/news/article.php?storyid=475>.
- Sindicato dos Trabalhadores de Telecomunicações do Estado de Minas Gerais (Sinttel-MG) (2006). Estudo de Percepção sobre as condições de trabalho e saúde no setor de teletendimento. Setor de Psicologia do Departamento de Saúde do Sinttel-MG. Diretora: Ruth Costa. Assessora de formação: Maria de Fátima Barbosa Duarte Psicólogo: Admardo Bonifácio Gomes Júnior Estagiários: Raul Costa Duarte Érika Ribeiro Andrade. 33p. Recuperado de <http://www.segurancaetrabalho.com.br/download/teletendimento-sinttelmg.pdf>
- Soares, R. G., Assunção, A. Á., & Lima F. de P. A. (2006). A baixa adesão ao programa de ginástica laboral: buscando elementos do trabalho para entender o problema. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 31(114), 149-160. Recuperado de <http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20114%20Condições%20adoecimento.pdf>.

- Soriano, R. R. (2004). *Manual de pesquisa social*. (R. Rosenbusch, Trad.) Rio de Janeiro: Vozes. (Título original Guía para realizar investigaciones sociales).
- Sousa, A., Silveira, A. A., Dibai, J. F., Costa, V. R. (2010, março). *Manual de Rotinas do Call Center do Hospital F⁷²*. (impresso). 110p. Belo Horizonte.
- Souza, K. C. C. & Boemer, M. R. (1998). O significado do trabalho em funerárias sob a perspectiva do trabalhador. *Saúde e Sociedade*, 7(1), 27-52. doi: 10.1590/S0104-12901998000100003.
- Souza, P. C. Z. de & Athayde, I. M. (2006). A contribuição da abordagem clínica de Louis Le Guillant para o desenvolvimento da Psicologia do Trabalho. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ, 6(1), 6-18. Recuperado de <http://www.revispsi.uerj.br/v6n1/artigos/PDF/v6n1a02.pdf>.
- Sternberg, R. J. (2000). *Psicologia Cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Sznelwar, L. I. & Abrahão J. I., & Mascia, F. L. (2006). Trabalhar em centrais de atendimento: a busca de sentido em tarefas esvaziadas. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 31(114), 97-112. Recuperado de <http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20114%20Políticas%20e%20práticas.pdf>.
- Sznelwar, L. I. & Mascia, F. L. (2000). Diálogo e constrangimentos do script na atividade de atendimento a clientes. In: L. I. Sznelwar, L. N. Zidan. (Orgs.). *O trabalho humano com sistemas informatizados no setor de serviços*. [v.1, pp. 97-104]. São Paulo: Plêiade.
- Sznelwar, L. I. & Masseti, M. (2000). Sofrimento no trabalho: uma leitura a partir de grupos de expressão. In Sznelwar, L. I. & Zidan, L. N. (Orgs.). *O trabalho humano com sistemas informatizados no setor de serviços*. [pp. 105-117]. São Paulo: Plêiade.
- Sznelwar, L. I. & Silva, A. L. (2000). A dimensão usabilidade na concepção de sistemas informatizados. In Sznelwar, L. I. & Zidan, L. N. (Orgs.). *O trabalho humano com sistemas informatizados no setor de serviços*. [pp. 309-316]. São Paulo: Plêiade.
- Teiger, C. (1980). Les empreintes du travail. In : Société Française de Psychologie/ Psychologie du Travail. *Equilibre ou fatigue par le travail?* Paris: ESF.
- Thiollent, M. (1980). *Crítica metodológica, investigação social e enquête operária*. (270p.) São Paulo: Polis.
- Torres, C. C. (2001). *A atividade nas centrais de atendimento: outra realidade, as mesmas queixas*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Recuperado de <http://www.ergonet.com.br/download/centrais-atend-camila.pdf>.
- Trompette, P. & Caroly, S. (2004). En aparté avec les morts: peur, larmes et rire au travail : les métiers du funéraire. Paris, *Terrain*, 43. Recuperado de <http://terrain.revues.org/1836>.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Rio de Janeiro: Vozes.

⁷² Nome fictício.

- Uchida, S. (1998). Trabalho informatizado e sofrimento psíquico. *Psicol. USP*, São Paulo, 9(2), 179-204. ISSN 0103-6564. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65641998000200007>.
- Ueda, V. (1999). A implantação do telefone: o caso da companhia telefônica melhoria e resistência, Pelotas, Brasil. *Scripta Nova Revista eletrônica de geografia e ciências sociais*, Universidad de Barcelona, 46. Recuperado de <http://www.ub.es/geocrit/sn-46.htm>.
- Vaisman, E. (2001). Apresentação. Dossiê Marx: itinerário de um grupo de pesquisa. In: *Ensaio Ad Hominem*, [n. 1, tomo IV, pp. I-XXIV]. São Paulo: Estudos e Edições Ad Hominem.
- Valadares, C. M. (2009). Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde: estudo em hospitais da Região dos Inconfidentes/MG. 2009. [147p. Dissertação Mestrado em Engenharia Ambiental, Universidade Federal de Ouro Preto]. Recuperado de http://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/2191/1/DISSERTA%20c3%87%20c3%83O_GerenciamentoRes%20c3%adduosServi%20c3%a7os.pdf.
- Vasconcelos, E. M. (2002). *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Venco, S. (2006). Centrais de atendimento: a fábrica do século XIX nos serviços do século XXI. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 31(114), 7-18. Recuperado de <http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20114%20Políticas%20e%20praticas.pdf>.
- Venco, S. (2008). Quando o trabalho adoce: uma análise sobre o teleatendimento. *InterfacEHS, Revista de Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade*, 3(3), 1-18. Recuperado de <http://www.revistas.sp.senac.br/index.php/ITF/article/view/125>.
- Vergara, S. C. (2009). *Projetos e relatórios de pesquisa em administração* (11a ed.). São Paulo: Atlas.
- Vieira, C. E. C., Barros, V. A. & Lima, F. P. A.S. (2007) Uma abordagem da Psicologia do Trabalho, na presença do trabalho. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 13 (1), 155-168.
- Vilela, L. V. O. (2005). *A atividade do teleatendente: uma interface entre a organização do trabalho e o cliente*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Recuperado de [http://www.fundacentro.gov.br/dominios/ctn/anexos/teses_pdf/tese%20atividade%20teleatendente%20\(Lailah%20V.O.Vilela\).pdf](http://www.fundacentro.gov.br/dominios/ctn/anexos/teses_pdf/tese%20atividade%20teleatendente%20(Lailah%20V.O.Vilela).pdf).
- Vilela, L. V. O. & Assunção, A. A. (2004). Os mecanismos de controle da atividade no setor de e as queixas de cansaço e esgotamento dos trabalhadores. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(4). Recuperado de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400022&lng=en&nrm=iso.
- Vilela, L. V. O. & Assunção, A. A. (2007). Trabalho emocional: o caso dos teleatendentes de uma central de atendimento. *Cad. psicol. soc. trab.*, 10 (2). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172007000200007&lng=pt&nrm=iso.

- Wisner, A. (1985). *Quand voyagent les usines. When plants traveling*. Paris: Syros Collection, Atelier Futur. Recuperado de <http://www.ergonomie-self.org/media/media40383.pdf>.
- Wisner, A. (1987). *Por dentro do trabalho: ergonomia: método e técnica*. São Paulo: FTD, Oboré.
- Wisner, A. (2010). *A Inteligência no Trabalho: textos selecionados de Ergonomia*. Fundacentro. Recuperado de <http://www.fundacentro.gov.br/dominios/CTN/indexPublicacao.asp?D=CTN&C=2176&menuAberto=196>.
- Wolf, J. (2008). De la negation à la revalorization. Quelques enjeux de la prise em charge des émotions en chambre mortuaire. In Fernandez, F.; Lézé, S.; Marche, H. *Le langage social des émotions: études sur les rapports au corps et à la santé*. (pp.188-235). Paris: Economica; Anthropos.
- Wolff, J. F. (2003). Simulação de uma central de atendimento: uma aplicação. (Dissertação Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina) 81p. Florianópolis. Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/85735/193686.pdf?sequence=1>
- World Health Organization (Who) (1989). International Programme On Chemical Safety (IPCS). *Formaldehyde: environmental health criteria n. 89*. Recuperado de <http://www.inchem.org>.
- World Health Organization (Who) (1991). International Programme On Chemical Safety (IPCS). *Formaldehyde: health and safety Guide n. 57*. Recuperado de <http://www.inchem.org/documents/hsg/hsg/hsg057.htm>.
- Yin, R. K. (2005). Estudo de caso: planejamento e métodos (2a ed.). (D. Grassi Trad) . Porto Alegre: Bookman. (Obra original publicada em 1984).

APÊNDICE 1 – Parcerias Hospital F

- a) Parceria com o **Instituto Cultural Inhotim** – em janeiro de 2009, O Hospital F fechou convênio com o Instituto, no sentido de disponibilizar seus serviços para mais de seus 500 colaboradores.
- b) **Projeto Sincavir** – A empresa Sincavir, em 2008, assinou contrato no valor de R\$ 8 milhões de reais com o Hospital F para informatizar o seu plano de saúde. Essa informatização estava em conformidade com o planejamento do governo de Minas de organizar o atendimento em 19 hospitais do Estado por meio do uso do Protocolo de Manchester (ver Figura 70).



Figura 71 - Protocolo de Manchester.

Fonte:

De acordo com esse planejamento, estava prevista a cobertura de cerca de 80% das urgências no Estado e uma redução no envio de clientes do interior para os hospitais da capital mineira, além da possibilidade de as informações colhidas dos pacientes nessas consultas, como em todas as outras, serem disponibilizadas via internet, de modo que os médicos de todo o País pudessem ter acesso a elas, em tempo real.

- c) **Parceria Hospital F e Patos de Minas** – Minas Gerais- O atendimento dos servidores públicos municipais de Patos de Minas era feito por uma cooperativa médica de Belo Horizonte, a qual triplicara o preço de seus serviços. Esse aumento financeiro levou a prefeitura de Patos de Minas abrir concorrência para substituir os serviços da cooperativa

por outra entidade que prestasse os mesmos serviços a custos menores. Aberta a concorrência, ela foi vencida pelo Hospital F. Ao prestar os serviços, o Hospital F teve dificuldade para preencher o quadro do pessoal necessário para fazer o atendimento. Em Patos de Minas, só havia um hospital credenciado pelo Hospital F, o qual não tinha estrutura para atender as cerca de 6 mil pessoas filiadas ao plano de saúde mantido e administrado por aquela prefeitura. Assim, com frequência, muitos segurados desse plano tinham de deslocar-se para Belo Horizonte a fim de receberem atendimento. Essa situação ampliou consideravelmente o fluxo de ligações para o *Call Center*.

- d) Programa **de Saúde Mental** – trata de garantir a continuidade das experiências de humanização nos hospitais que aderiram às diretrizes da Política Nacional de Humanização.
- e) Programa **de Ampliação da Rede Própria** – O Hospital F vinha ampliando sua rede de serviços e, em 2012, a situação financeira estava mais equilibrada. A Instituição obteve um faturamento de R\$ 474 milhões (ano de 2012), em relação a R\$ 424 milhões do ano de 2011. Para 2013, a perspectiva era atingir uma receita operacional bruta de R\$ 532 milhões. (Site do Hospital F).
- f) **O Programa Mais Saúde - Médico Cuidador**⁷³ –foi criado para pacientes de doenças crônicas, com o objetivo de buscar qualidade de vida e reduzir os riscos à saúde por meio de acompanhamento diferenciado a diabéticos, hipertensos, obesos, portadores de doenças cardio-respiratórias crônicas. Esse tipo de cliente necessita de cuidados e acompanhamento especiais e, portanto, tem o seu retorno marcado com a frequência necessária à evolução de sua patologia sendo orientado e acompanhado por uma equipe multidisciplinar com psicólogos, nutricionistas, enfermeiros e homeopatas.

⁷³ Possuem também descontos na mensalidade que variam de 10% a 20%, dependendo do comprometimento do cliente com os critérios estabelecidos. Para clientes de planos coparticipativos, as consultas não geram a coparticipação.

APÊNDICE 2 – Síntese dos resultados nos dois campos

O quadro abaixo pretende sintetizar os principais achados da pesquisa referentes aos dois campos de estudo.

	Categorias	Call Center	Tanatopraxia
Organização do trabalho	Jornada de trabalho	6h diariamente	Regime de turnos de 12 por 36 horas
	Divisão de tarefas	Rigorosas	Flexíveis
	O conteúdo	Uso sistemas de informação	Uso do coletivo
	O ritmo de trabalho	Intenso	Intenso
	Pausas	Controladas	Livres, mas dependentes do fluxo de trabalho
	Horas extras	Impostas	Negociadas
	Remuneração	Desgaste na negociação	De acordo c/categoria
	Benefícios	Não satisfatórios	Não foram obtidos dados
	Férias	Desgaste na negociação	Negociação positiva
	Adicional de insalubridade	Não recebem	Negociado
	Ginástica laboral	Obrigatória	Inexistente
	Treinamentos	Teórico/relâmpago	Treinamento situado
	Promoções	Política inadequada	Regras e plano de carreira definidos
Supervisão e controle	Excesso de controle nas pessoas	O controle na e pela atividade	
Relações socio Profissionais	Relação superior/subordinado	Conflitos, pouca participação nas decisões, pouca autonomia sobre o processo de trabalho, conflitos nas comunicações.	Conflitos construtivos, decisão coletiva, liberdade responsável no processo de trabalho. Reconhecimento profissional.
	Relação entre pares	Conflitos, competição.	Cooperação, solidariedade, proteção
	Relação com os usuários	Uso de script. Desgaste na relação com usuário.	Satisfatória, predominando as gratificantes
Condições de Trabalho	Ambiente físico	Bom com algumas reclamações sobre ruído e ventilação.	Corpo morto. Mau dor. Resíduos tóxicos.
	Ambiente químico	Não se aplica	Gases tóxicos. Fluidos corpóreos.
	Ambiente biológico	Ausente	Grupo de RISCO A (ANVISA, 2004).
	Higiene	Boa	Necessidade de controle constante.
	Segurança	Boa	Riscos de contaminação ambiental e pessoal.
SM&T	Sintomas	Hiperemotividade e alterações de humor; hipersensibilidade ao ruído; distúrbios do sono; sintomas psicossomáticos (dores de cabeça, dor de estômago, herpes), sintomas físicos (dores nas mãos, dedos, punhos, coluna, ombros).	Os sintomas atuando como alertas e tratados imediatamente: “sentir alguma coisa diferente” como “cheiros”, “quentura”, “barulho estranho”, “rezar para conseguir fazer o trabalho”, “sonhar com o corpo de um falecido” mudanças de comportamento (chorar à toa, ficar nervoso a ponto de brigar com familiares, ficar ansioso, apresentar excesso de ciúmes, ficar com medo, ficar reclamando de doenças, se afastar nas horas das conversas coletivas, se isolar, ficar irritado, agressivo, ver fantasma, ouvir vozes).
	Estratégias	Voltadas para a execução da atividade.	Voltadas para a execução do trabalho como atividade e para a prevenção de agravos à saúde do colega.
	Os sentidos	Predominam os negativos. <i>“Isso não é trabalho”</i> .	Predominam os positivos. <i>“Isso é o trabalho que pedi a Deus”</i> .
	Ressignificação da vida a partir do trabalho	Não foram encontrados relatos	Vários relatos

Quadro 17 - Resultados categorizados por setor.

Fonte: Dados da pesquisa, 2009-2013.

ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital F

Registro CEP: 011/2009 (Este número deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

Belo Horizonte, 16 de fevereiro de 2009.

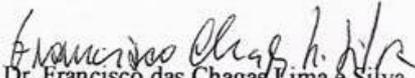
Interessada: Lecy Rodrigues Moreira
Pesquisadora Responsável

Parecer:

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) [REDACTED] do Hospital F de Belo Horizonte, em reunião do dia 13 de fevereiro de 2009 analisou e **APROVOU** o protocolo de pesquisa **“A clínica da atividade e processo saúde-doença de profissionais dos setores de tanatopraxia e teleatendimento: estudo de caso realizado na [REDACTED]”** registrado neste CEP sob número 011/2009, no qual V. Sa. figura como pesquisadora responsável.

OBS.:

Após o início da pesquisa, o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP relatórios semestrais e final (para o primeiro semestre o prazo é de 30 de junho; para o segundo semestre é 31 de dezembro).


Dr. Francisco das Chagas Lima e Silva
Coordenador do CEP

ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Doutorado em Psicologia

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, responsável pelo procedimento funerário de _____, autorizo a publicação para fins acadêmicos de: fotos e informações cadastrais que constam no banco de dados do Serviço Funerário Hospital F, referentes a esse procedimento.

Esses dados serão utilizados em uma pesquisa científica intitulada: **“A CLÍNICA DA ATIVIDADE E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DE PROFISSIONAIS DO SETOR DE TANATOPRAXIA E : estudo de caso realizado no Hospital F”** e, registrada no Conselho de Ética e Pesquisa Hospital F sob o número 011/2009”.

Este projeto tem como objeto de estudo o processo saúde-doença de profissionais dos setores da Tanatopraxia e *Call Center* da Hospital F.

Propõe-se através de um estudo de caso identificar, explicitar e compreender as possíveis relações entre “a atividade de trabalho impedida” e o processo de adoecimento desses profissionais.

A pesquisadora Lecy Rodrigues Moreira, CRP 04/1363 é a responsável pela pesquisa e está sob a orientação da professora Maria Elizabeth Antunes Lima. O projeto pertence ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

Informa-se que os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Informa-se que o sr(sra.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se, em qualquer fase da pesquisa, o sr (sra) poderá se recusar a continuar participando, sem qualquer prejuízo para o sr (sra). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone e/ou e-mail da pesquisadora do projeto.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Assinatura do Participante da Pesquisa	Pesquisadora: Lecy Rodrigues Moreira, CRP 04/1363 Telefones: (31) 3287-5677- (31) 9287-9350 E-mail: lecyrodrigues@hotmail.com

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2010.

ANEXO 3 - Normas de segurança, higiene e prevenção de acidentes**NORMAS DE SEGURANÇA, HIGIENE
E PREVENÇÃO DE ACIDENTES**

- TROCAR DE ROUPAS AO CHEGAR E AO SAIR DO TRABALHO
- USAR EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (GORRO, MÁSCARA, AVENTAL, LUVAS DE BORRACHA E CALÇADO DE BORRACHA)
- LAVAR AS MÃOS E ANTEBRAÇOS SEMPRE APÓS A REALIZAÇÃO DE QUALQUER PROCEDIMENTO
- TOMAR BANHO AO FINAL DA JORNADA DE TRABALHO
- TOMAR CUIDADO ESPECIAL COM O MANUSEIO DE INSTRUMENTOS PÉRFURO-CORTANTES (LÂMINA DE BISTURI, ETC)
- MANTER SEMPRE O AMBIENTE DE TRABALHO LIMPO, SECO E ORGANIZADO

LEMBREM-SE: NÓS NÃO PODEMOS GARANTIR O RESULTADO EM 100% DOS CASOS, MAS SOMOS PROFISSIONAIS E TEMOS SEMPRE QUE FAZER O MELHOR POSSÍVEL!

ANEXO 4 – Ata de embalsamamento

ATA DE EMBALSAMAMENTO

Aos dias do mês de de 200., deu entrada no Serviço Funerário do Hospital F
o corpo de

.....,
proveniente do, com relato de “Causa Mortis”
.....

.....,
atestado pelo dr(a).....,
para procedimento de EMBALSAMAMENTO (Infusão de solução conservante via arterial, com drenagem venosa, seguida de abertura da cavidade tóraco-abdominal – ou reabertura, em caso de corpo previamente necropsiado – com retirada das vísceras abdominais e torácicas, colocação das mesmas em saco plástico duplo com solução a base de formol, e recolocação das mesmas dentro da cavidade abdominal. Nos casos em não seja possível a recolocação das vísceras na cavidade, ou em tal pratica não seja apropriada, como em casos de traslado via aerea ou viagens para o exterior, tais vísceras são sepultadas em separado, mediante solicitação do medico responsável. Em seguida, são suturados os pontos de infusão com chuleio contínuo, e o corpo é lavado e colocado em urna zincada e lacrada).

Durante a inspeção do corpo pelo médico responsável, nenhuma anormalidade digna de nota foi verificada, tendo sido realizado procedimento padrão.

Nada mais a constar, lavrou-se esta ata em presença de duas testemunhas.

Belo Horizonte, de de 200..

Médico Responsável: _____
Dr. XXXXXXXXXXXX XXXXXXXX
CRM-MG 00.000

Responsável Técnico: _____

Testemunha: _____

Testemunha: _____

ANEXO 5 – Ata de Tanatopraxia

ATA DE TANATOPRAXIA

Aos dias do mês de de 200., deu entrada no Serviço Funerário da Santa Casa o corpo de

.....
 , proveniente do IML, com relato de “Causa Mortis”

.....

.....

...

para procedimento de **Tanatopraxia** (Infusão de conservantes e aspiração de secreções).

Durante a inspeção do corpo pelo médico responsável, constatou-se as seguintes anormalidades:

.....

Nada mais a constar, lavrou-se esta ata em presença de duas testemunhas.

Belo Horizonte, de de 200....

Médico Responsável: _____

Dr. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
 CRM-MG 00.000

Responsável Técnico: _____

Responsável pelo falecido: _____

Testemunha: _____

Testemunha: _____

ANEXO 6 – Roteiro de Vistoria no. 261 para agências funerárias e empresas de transporte de cadáveres humanos.

ID	Descrição item (Valor do Roteiro = 88)	SubGrupo	Tipo	Qualif
1	Encontra-se regularizado junto à vigilância sanitária por meio de: Opções: *alvará de autorização sanitária *requerimento de autorização sanitária	D	C	N
89	Possui um dos documentos abaixo: Opções: *alvará de localização e funcionamento * protocolo condizente com a atividade exercida no local	D	C	N
305	O estabelecimento apresenta perfeita limpeza, higienização e conservação geral?	AFGE	C	N
565	O estabelecimento encontra-se em perfeito estado de conservação, com construção sólida, sem defeitos de edificação, tais como rachaduras, vazamentos, infiltrações ou outros que desaconselhem sua autorização sanitária e está adequado à atividade, a que se destina?	AFGE	C	N
5840	Existe local próprio para administração e recepção?	AFGE	C	N
5853	O estabelecimento possui sala de recepção para o público, dotada de assentos que atendam à demanda?	AFGE	C	N
5842	O estabelecimento possui instalações sanitárias destinadas ao público, separadas por sexo, dotadas de sabão líquido, papel toalha e lixeira com tampa e pedal?	AFGE	C	N
5854	É respeitada a proibição de se manter cadáveres nas dependências do estabelecimento?	CGF	C	N
5855	O estabelecimento é responsável pelo cadáver desde a remoção inicial até a entrega do corpo?	T	C	N
5856	É respeitada a proibição de utilizar o veículo destinado ao transporte de cadáveres humanos para outro fim?	T	C	N
5860	O condutor do veículo faz uso de uniforme completo?	T	C	N
5861	O condutor do veículo porta crachá com foto, contendo dados pessoais e nome da empresa?	T	C	N
1169	Os veículos estão em bom estado de conservação, limpeza e funcionamento (pneus, limpadores, iluminação, fiação)?	T	C	N
5857	O veículo apresenta, em sua parte traseira, a inscrição “funerária”, com letras de, no mínimo, 10 cm, de cor contrastante com a do veículo?	T		N
5862	Existe, entre o habitáculo do veículo e a cabine do motorista, divisória de material impermeável, que permita fácil assepsia?	T	C	N
5858	A parte destinada à colocação da urna é revestida com material impermeável?	T	C	N
5859	O veículo é equipado com dispositivos de fixação das urnas funerárias?	T	C	N
5164	Existem condições que propiciem alimentação, proliferação ou abrigo de animais sinantrópicos, tais como: *pratinhos de vasos de plantas; *latinhas, embalagens descartáveis, pneus ou material em desuso em condições de acumular água; *caixas d’água ou depósitos de água sem tampa; *piscinas, lagos ou espelhos d’água decorativos com água sem tratamento; *ralos com entupimento ou em desuso; *vasos sanitários em desuso sem tampa; *cacos de vidro nos muros que possam acumular água; *bandeja externa de geladeira e ar condicionado com acúmulo de água; *falta de higienização no suporte de água mineral sempre que houver troca do galão *área externa, inclusive canaletas, com lixo.	Saúde Pública Prevenção da DENGUE	C	N
4411	Inexiste qualquer motivo pelo qual o AAS não deve ser liberado, como foco grave de insalubridade ou condições que representem risco de agravo à saúde (descreva a situação).	ALVARÁ	C	N

Fonte: Documentos do Hospital F., 2010.

Legenda

Área física geral do estabelecimento (AFGE)	Documentação (D)	Transporte (T)	(N)	(I)
Condições gerais de funcionamento (CGF)	Pessoal (P)	(C)	(R)	

ANEXO 7 – Roteiro de Vistoria nº 265 para necrotério

305	O estabelecimento apresenta perfeita limpeza, higienização e conservação geral?	AFGE	C	N	DM 5616/87, ART. 70, XIV C/C LM 7031/96, ART. 29
5916	A edificação atende ao fim a que se destina	AFGE	C	N	DM 5616/87, ART. 74
2757	Utiliza somente produtos de limpeza com registro no Ministério da Saúde?	AFGE	C	N	LM 7031/96, ART. 34, C/C ART. 97, VI
5842	O estabelecimento possui instalações sanitárias destinadas ao público, separadas por sexo, dotadas de sabão líquido, papel toalha e lixeira com tampa e pedal?	AFGE	C	N	DM 5616/87, ART. 77, C/C RDC 50/02, ART. 1, RT, Parte II, 3 – Dimensionamento, quantificação e instalações prediais dos ambientes, tabelas – unidade funcional: 8 – Apoio logístico – conforto e higiene
5853	O estabelecimento possui sala de recepção para o público, dotada de assentos que atendam à demanda?	AFGE	C	R	DM 5617/87, ART. 169, III
5917	O bebedouro/filtro se encontra exclusivamente fora da sala de Tanatopraxia e das áreas de permanência de cadáveres?	AFGE	C	N	DM 5617/87, ART. 167, III E IV
5918	O estabelecimento possui sala exclusiva para ornamentação dos cadáveres?	AFGE	C	N	RDC 50/02, ART. 1, RT, Parte II, 3 – Dimensionamento, quantificação e instalações prediais dos ambientes, tabelas – unidade funcional: 8 – Apoio logístico – necrotério
5919	A sala de ornamentação possui pia para lavagem das mãos, dotada de sabão líquido, papel toalha e lixeira com tampa e pedal?	AFGE	C	R	
5921	Existe ante-sala exclusiva para paramentação e desparamentação dos tanatólogos?	AFGE	C	N	PORTARIA MTB Nº 3.214/78, ART. 1 – NR – 24, C/C DM 5617/87, ART. 80
5920	O estabelecimento possui sala/espço adequado para a permanência dos cadáveres já preparados até o momento do transporte?	AFGE	C	R	RDC 50/02, ART. 1, RT, Parte II, 3 – Dimensionamento, quantificação e instalações prediais dos ambientes, tabelas – unidade funcional: 8 – Apoio logístico – necrotério
5922	A porta de acesso à sala de Tanatopraxia possui dispositivo automático de fechamento?	AFGE	C	R	
5923	A sala de Tanatopraxia possui área adequada à manipulação dos cadáveres?	AFGE	C	N	DM 5616/87, ART. 169, I
5924	A sala de Tanatopraxia possui câmara frigorífica adequada para o armazenamento de cadáveres, com área mínima de 8 metros quadrados?	AFGE	C	N	DM 5616/87, ART. 169, II
5926	A sala de Tanatopraxia possui tanque, dotado de sabão líquido, papel toalha para lavagem de instrumentais, equipamentos e instalações?	AFGE	C	I	DM 5616/87, ART. 169, I, b
5927	A sala de Tanatopraxia possui pia exclusiva para higienização das mãos, junto à porta de saída, dotada de sabão bactericida, papel toalha e torneira com acionamento que impeça o uso das mãos ?	AFGE	C	N	DM 5616/87, ART. 169, I, b
5928	As lixeiras das salas de ornamentação e de Tanatopraxia estão devidamente identificadas, de acordo com o PGRSS e são acionadas exclusivamente por pedal?	AFGE	C	N	RDC 306/04, ART. 1, ANEXO, ITENS 1.2.2 (LIXEIRAS) E 1.3.1 (IDENTIFICAÇÃO)
5929	Os materiais descartáveis (máscaras, luvas, algodão, gazes etc.) são desprezados em saco plástico branco-leitoso com simbologia de material infectante?	AFGE	C	N	RDC 306/04, ART. 1, ANEXO, 1.3.3
5930	É realizado o descarte de perfuro – cortantes de maneira adequada em recipientes de material rígido, providos de tampa e suporte próprio, identificados com simbologia de material infectante?	AFGE	B	I	RDC 306/04, ART. 1, ANEXO, ÍTEM 14.1
5925	A sala de Tanatopraxia possui mesa/bancada para preparação de cadáveres de material inoxidável, com declive suficiente, que permita o escoamento de líquidos?	AFGE	B	I	DM 5616/87, ART. 169, I,a
5931	Após cada procedimento, é feita limpeza do instrumental com detergente enzimático?	AFGE	C	R	
5932	Os instrumentais são embalados adequadamente para a esterilização?	AFGE	C	N	LM 7031/96, ART. 32, C/C PM 024/99 ANEXO VIII, NTE 002/99, RVF 008 – CME ÍTEM 02
2320	Possui equipamento apropriado para esterilização dos instrumentais?	AFGE	C	I	LM 7031/96, ART. 35, C/C PM 024/99 ANEXO VIII, NTE 002/99, RVF 008 – CME ÍTEM 01
238	Há número de instrumentais em quantidade suficiente à demanda?	AFGE	C	I	LM 7031/96, ART. 32, PARÁGRAFO ÚNICO (continua)
5933	A sala de Tanatopraxia possui sistema de exaustão	AFGE	C	N	

5934	aprovado pela secretaria municipal de meio-ambiente? É respeitada a proibição do uso de ventiladores e condicionadores de ar nas dependências de Tanatopraxia?	AFGE	C	N	
5947	Há instalações sanitárias destinadas para os empregados, separadas por sexo, dotadas de papel toalha, sabão líquido e lixeira com tampa, acionada por pedal?	AFGE	C	N	DM 5616/87, ART. 77, C/C RDC 50/02, ART. 1, RT, Parte II, 3 – Dimensionamento, quantificação e instalações prediais dos ambientes, tabelas – unidade funcional: 8 – Apoio logístico – conforto e higiene
4870	As instalações sanitárias possuem sistema de fechamento automático?	AFGE	C	N	DM 5616/87, ART.77, VI
4780	Possui vestiário ou local para guarda dos pertences dos funcionários?	AFGE	C	N	DM 5616/87, ART. 80, C/C RDC 50/02, ART. 1, RT, Parte II, 3 – Dimensionamento, quantificação e instalações prediais dos ambientes, tabelas – unidade funcional: 8 – Apoio logístico – conforto e higiene
696	Os vestiários são separados por sexo?	AFGE	C	N	DM 5616/87, ART.80, I
4335	O vestiário possui chuveiro?	AFGE	C	N	DM 5616/87, ART. 80, C/C RDC 50/02, ART. 1, RT, Parte II, 3 – Dimensionamento, quantificação e instalações prediais dos ambientes, tabelas – unidade funcional: 8 – Apoio logístico – conforto e higiene
3176	Possui sala de descanso para a Equipe?	AFGE	C	F	LM 7031/96, ART. 35, C/C RDC 50/02, ART. 1, RT, Parte II, 3 – Dimensionamento, quantificação e instalações prediais dos ambientes, tabelas – unidade funcional: 8 – Apoio logístico – conforto e higiene
5948	As camas, colchões, lençóis e travesseiros da sala de descanso estão em perfeito estado de conservação e higiene?	AFGE	C	N	(continua)
5949	É respeitada a proibição de utilizar lençóis provenientes de outros estabelecimentos se assistência à saúde, tais como hospitais e clínicas?	AFGE	C	F	
5869	O estabelecimento dispõe de roupas de cama em número suficiente para atender à demanda?	AFGE	C	F	
5870	O estabelecimento dispõe de lavanderia própria ou utiliza serviço terceirizado?	AFGE	C	F	
5871	O estabelecimento possui depósitos, em separado, para guarda de roupas de cama limpas e sujas?	AFGE	C	N	
5843	O refeitório/copa se encontra à distância segura das áreas de risco (a critério da autoridade sanitária)?	AFGE	C	R	
5950	O estabelecimento dispõe de conjuntos de EPI's descartáveis para fornecimento aos tanatólogos de acordo com a demanda?	P	C	I	PM 4805/05, ART. 1, ANEXO I – NR – 32, ÍTEM 32.2.4.7 C/C LM 7031/96, ART. 38 , PARÁGRAFO ÚNICO
4644	Os EPI's abaixo relacionados estão disponíveis regularmente para uso quando necessário? Opções: *luvas de procedimento; *luvas de auto proteção - de látex, borracha ou nitrílica; *máscaras n95 (TBC); *óculos de acrílico; *avental de manga longa; *avental impermeável *máscara cirúrgica descartável; *gorros descartáveis; *botas	P	C	N	PM 4805/05, ART. 1, ANEXO I – NR – 32, ÍTEM 32.2.4.7 C/C LM 7031/96, ART. 38 , PARÁGRAFO ÚNICO
5951	A permanência dos empregados dentro da sala de Tanatopraxia é permitida apenas com a completa paramentação dos EPI's ?	P	C	I	

Fonte: Documentos do Hospital F., 2010.