

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR E
ECOLOGIA HUMANA**

**“O PROCESSO DE TRABALHO DA LIMPEZA E COLETA INTERNA
DO LIXO HOSPITALAR NA EMERGÊNCIA
DO HOSPITAL MUNICIPAL PAULINO WERNECK”**

Carlos Eduardo Rodrigues da Silva

**Rio de Janeiro
1999**

**“O PROCESSO DE TRABALHO DA LIMPEZA E COLETA INTERNA
DO LIXO HOSPITALAR NA EMERGÊNCIA
DO HOSPITAL MUNICIPAL PAULINO WERNECK”**

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública,
Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia
Humana para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientação: Dr Luiz Antonio dos Anjos
Dr João Alberto Ferreira

Carlos Eduardo Rodrigues da Silva

1999

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a todos os trabalhadores da empresa de conservação que realizam a limpeza e a coleta interna do lixo no Hospital Municipal Paulino Werneck, pela valorosa colaboração, pelo carinho, pela atenção, como também pela calorosa acolhida e pela confiança depositada em mim. Nunca os esquecerei.

A Marcelo Rodrigues da Silva, pela disponibilidade e colaboração fundamental em todas as fases da elaboração deste estudo;

Ao Dr. Luiz Antonio dos Anjos, meu orientador, por indicação segura dos caminhos à serem seguidos;

Ao Dr. João Alberto Ferreira, pela valiosa orientação e colaboração, críticas, incentivo fundamental em diversos momentos e também pela dedicação integral durante estes 2 anos do curso de mestrado;

A Prof^a Lúcia Cardoso Mourão, do Instituto de Saúde da Comunidade da UFF pelo carinho, atenção, dedicação, críticas, incentivo nos diversos momentos difíceis e também pela valiosa participação na revisão das “diversas versões finais” do projeto de mestrado e desta dissertação;

Ao Dr. Ubirajara Mattos, pelas críticas e valiosas sugestões na delimitação do meu objeto de estudo;

Ao Dr. Carlos Minayo, sempre pronto a colaborar com críticas e sugestões;

Ao Dr. William Waissmann, por toda a atenção dispensada durante a minha curta trajetória “da Medicina do trabalho a Saúde do trabalhador”. Sua participação vem sendo fundamental na transformação da minha conduta, desde a época da Marinha Mercante até a presente data;

Aos amigos e diversos profissionais do CESTEJ, em especial ao pesquisador Jorge Sandins, o meu muito obrigado, por todo o apoio e pela convivência harmoniosa;

Aos profissionais da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), meu reconhecimento pelo excelente trabalho desenvolvido;

À direção, aos amigos e a todos os trabalhadores do Hospital Municipal Paulino Werneck, pela colaboração, atenção e acolhida durante os dois anos que utilizei-me deste hospital como campo de observação e pesquisa. Gostaria, neste momento, de fazer um agradecimento especial a Dr^a Guilhermina (vice-diretora) e a Sr^a Nancy (administradora), pelo incentivo;

Aos amigos do PAM RJ - Ilha do Governador, o meu muito obrigado pela atenção dispensada durante a construção e finalização deste projeto;

Ao Dr. Floriano Alves Borba, diretor do PAM RJ Ilha do Governador, gostaria de ressaltar a sua importância em todas as fases deste projeto, através da sua valiosa colaboração, este projeto tornou-se possível;

Aos meus grandes amigos do CMS NECKER PINTO, em especial a equipe de Enfermagem, gostaria de agradecer todo o carinho, atenção, compreensão e estímulo dispensado não só durante o período do mestrado, mas durante toda a convivência;

A Dr. Maria Aparecida de Assis Patroclo e ao Dr. Edson Borga, da Coordenação de área programática 3.1 (CAP 3.1), o meu agradecimento pela valiosa colaboração em diversos momentos desta pesquisa;

Aos amigos Marcos e Edma Valadão, do HSE, pela valiosa colaboração: vocês foram fundamentais para a realização deste projeto;

A Dulcéia M. Martins, do Programa de Saúde dos Trabalhadores do Município do Rio de Janeiro, pela atenção e críticas sempre bem vindas;

Aos amigos do Programa de Saúde dos Trabalhadores do Estado do Rio de Janeiro, em especial ao Fadel, pela valiosa colaboração na delimitação do meu objeto, e também pelo apoio dispensado durante grande parte do curso de mestrado;

Aos meus amigos e familiares, pela atenção, carinho e compreensão,

A Rômél Faustino Ribeiro de Souza pelo apoio através da presença constante, pela colaboração nas diversas fases deste projeto e por sugestões sempre bem vindas;

A Sanitarista Nádia de Campos Chaves, o meu muito obrigado, pela indispensável colaboração, e por incentivar-me desde o começo da minha trajetória, sendo a primeira, antes até de eu mesmo, a acreditar que eu conseguiria;

Aos Garcia, em especial a Alexandre Aguiar Garcia, pelo carinho, estímulo e atenção em diversos momentos. Com toda certeza vocês foram fundamentais não só durante a realização deste estudo, como também na construção de minha trajetória;

A Nadir Vieira dos Santos, (in memorian), por ter indicado-me o caminho e fazer-me acreditar que é possível transformar os sonhos em realidades.

Por último, porém não menos importante, o meu muito obrigado aos meus colegas da turma de mestrado, Denise Torreão, Kim, Paulo de Tarso, Ronaldo, Ursula e Zilah, pela atenção, carinho, amizade e pelos muitos e bons momentos que passamos juntos.

RESUMO

O presente trabalho versa sobre o processo de trabalho da limpeza e coleta interna do lixo no Hospital Municipal Paulino Werneck. Optou-se como corte, neste estudo, o Setor de Emergência. Esta opção baseou-se na observação da especificidade do trabalho realizado neste local. Partiu-se do pressuposto de que quanto mais rápido as tarefas tem que ser realizadas, maior será o risco, na realização do trabalho real, da ocorrência de acidentes, principalmente os produzidos por material perfurocortante, hipoteticamente descartados inadequadamente e agravados pelo fato de não serem observadas e/ou adotadas as normas de biossegurança normalmente contidas no trabalho prescrito. Neste trabalho foi analisado o ambiente de trabalho, a organização e a divisão do trabalho, as condições em que o trabalho é realizado, como também os riscos e cargas existentes na realização do processo de trabalho, sempre tendo a norma (trabalho prescrito), como referencial para avaliar a realidade constatada (trabalho real). A Metodologia inclui visitas aos diversos setores da unidade, como também entrevistas com os trabalhadores e profissionais administrativos, com a finalidade de conhecer o hospital. Foi analisado o processo de trabalho e o fluxo do lixo desde sua geração até o destino final dentro da unidade, com o objetivo de comparar o trabalho prescrito do trabalho real. Como resultado principal desta pesquisa, evidenciou-se que o trabalho prescrito contido nas normas, não é cumprido na realização do trabalho real.

ABSTRACT

The Present thesis is on the process of cleaning job and inner garbage gathering in the Paulino Werneck City Hospital. This thesis was based on the observation of the specific work accomplished in the Emergency Section of the hospital. It was hypothesized that the faster the tasks had to be performed the greater the risk in its accomplishment and that the occurrence of accidents, mainly produced by sharp materials discarded inadequately and worsened by the fact that the biossecurity norms were not followed. In this thesis the environment, the organization and the division of the cleaning work of the Emergency sector was analyzed. It also evaluated the conditions in that the work is accomplished, as well as the risks and loads in in the accomplishment of the work process, always following the norms (prescribed work) as referred to evaluate the observed reality (the real work). The methodology included visits to the various sections of the unit, as well as interviews with the workers and administrative professionals. The work process and the flow of the garbage from its generation to the final destination inside of unit is described. As the main result of this research, it was evidenced that the prescribed work contained in the norms, it is not accomplished in the real work.

SUMÁRIO

Agradecimentos

Epígrafe

Resumo

Abstract

Palavras chave

Lista de tabelas, abreviaturas e anexos

Apresentação

CAPÍTULO	PÁGINA
I - REVISÃO DA LITERATURA	18
I.1 - Saúde x trabalho	18
I.2 - Resíduos e meio ambiente	24
I.3 - O lixo	26
I.4 – Normas, regulamentos e definições	30
II – OBJETIVOS, METODOLOGIA E PLANEJAMENTO DO ESTUDO	40
II.1 – Objetivos	40
II.1.1 - Geral	40
II.1.2 - Específico	40
II.2 - Metodologia	41
II.3 - Desenho do estudo	42
II.3.1 - Local de observação	42
II.3.2 - População estudada	44
II.3.3 - Procedimentos	45
Entrevista com os trabalhadores	
Filmagem em vídeo	
Entrevista com a administradora	
Entrevista com a encarregada geral	
III - RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
III.1 – Resultado das entrevistas	49
III.1.1 - Caracterização sócio - econômica da população estudada	49
III.1.2 - Os acidentes de trabalho	58
III.1.3 - A percepção de riscos dos trabalhadores e o uso de EPIs	60
III.1.4 - Discussão dos resultados	68
III.2 – Resultados e discussão das observações	71
III.2.1 – O trabalho prescrito e o trabalho real	71
III.2.2 - A organização e a divisão do trabalho	72
III.2.3 - O processo de trabalho	73
III.2.4 - As condições de trabalho	78
III.2.5 - O Trabalho Prescrito e Trabalho Real .	80

IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	90
IV.1 – Considerações finais	90
IV.2 – recomendações	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
ANEXOS	106

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT = Associação Brasileira de Normas Técnicas
 AT = Acidente do trabalho
 BO = Boletim de ocorrência, boletim de atendimento do setor de Emergência
 ELC = Empresa de limpeza e conservação
 CLT = Consolidação das Leis do Trabalho
 EPCs = Equipamentos de proteção coletiva
 EPIs = Equipamentos de proteção individual
 HGB = Hospital Geral de Bonsucesso
 HMPW = Hospital Municipal Paulino Werneck
 HMSA = Hospital Municipal Souza Aguiar
 PST = Programa de Saúde dos Trabalhadores
 PT = Processo de trabalho
 PU = Pronto urgência, Pronto atendimento, Setor de Emergência
 SAS = Serviço Social
 TML = Transporte e manuseio do lixo

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - Roteiro para entrevista com a encarregada geral da empresa de conservação lotada no HMPW.

ANEXO 2 - Roteiro para entrevista com a administradora do HMPW.

ANEXO 3 - Roteiro para entrevista com a encarregada geral da empresa de conservação lotada no HMPW.

ANEXO 4 – Edital de concorrência para a prestação de serviços de limpeza e conservação no HMPW.

LISTA DE TABELAS

TABELAS	PÁGINAS
1 – Distribuição etária dos trabalhadores da empresa de conservação do Hospital Municipal Paulino Werneck (Nov/Dez 97)	Pág. 48
2 – Horário de trabalho dos trabalhadores da empresa de conservação do Hospital Municipal Paulino Werneck (Nov/Dez 97)	Pág. 49
3 – Salário mensal líquido dos trabalhadores da empresa de conservação do Hospital Municipal Paulino Werneck (Nov/Dez 97)	Pág. 50
4 – Renda mensal líquida dos trabalhadores da empresa de conservação do Hospital Municipal Paulino Werneck (Nov/Dez 97)	Pág. 50
5 – Nível de escolaridade dos trabalhadores da empresa de conservação do Hospital Municipal Paulino Werneck (Nov/Dez 97)	Pág. 51
6 – Número de filhos dos trabalhadores da empresa de conservação do Hospital Municipal Paulino Werneck (Nov/Dez 97)	Pág. 52
7 – Número de pessoas que residem no mesmo domicílio dos trabalhadores da empresa de conservação do Hospital Municipal Paulino Werneck (Nov/Dez 97)	Pág. 53
8 – Tempo de trabalho nesta empresa de conservação (Nov/ Dez 97)	Pág. 53
9 – Tempo de trabalho no Hospital Municipal Paulino Werneck	

(Nov/Dez 97)	Pág. 54
10 – Tempo necessário para o deslocamento de casa para o trabalho (Nov/Dez 97)	Pág. 55
11 – Meio de transporte utilizado para o traslado casa – trabalho – casa pelos trabalhadores da empresa de conservação do Hospital Municipal Paulino Werneck (Nov/Dez 97	Pág. 56
12 – Acidentes de Percurso acontecidos com o trabalhador (Nov/Dez 97)	Pág. 57
13 – Causas dos acidentes de trabalho ocorridos com o trabalhador no emprego atual (Nov/Dez 97.....	Pág. 58
14 – Percepção quanto a adequação do descarte de material perfurocortante, efetuado por Odontólogos, Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem e Técnicos de laboratório (Nov/Dez 97)	Pág. 60
15 – Percepção dos trabalhadores quanto a possibilidade de contrair alguma doença ocupacional (Nov/Dez 97)	Pág. 61
16 – Percepção dos trabalhadores da empresa de conservação do Hospital Municipal Paulino Werneck, quanto as causas dos acidentes ocorridos no seu local de trabalho (Nov/Dez97).	Pág. 62
17 – Percepção dos trabalhadores da empresa de conservação do Hospital Municipal Paulino Werneck, à respeito do que é necessário fazer para melhorar as condições de trabalho (Nov/Dez97)	Pág. 63
18 – Percepção dos trabalhadores da empresa de conservação do Hospital Municipal Paulino Werneck, quanto a opinião da população a respeito da função exercida por eles (Nov/Dez97)	Pág. 65
19 – Uso de Equipamentos de proteção individual (botas e luvas) fornecidos pela empresa de conservação do Hospital Municipal Paulino Werneck (Nov/Dez 97)	Pág. 65

“Se a saúde é um estado; se o papel do trabalho na vida das mulheres e dos homens é diverso e se o trabalho é um fator central no processo dinâmico de adoecimento e de aquisição de saúde, a apreensão das dimensões da saúde e da doença das mulheres se delineia de um modo particular, determinado pelas possibilidades (ou sua ausência) que a trabalhadora encontra para construir caminhos alternativos à sua condição dominada”.

Brito, (1996)

APRESENTAÇÃO

O objetivo deste estudo foi, à luz das normas de segurança para o manuseio com lixo, verificar a situação real das condições de trabalho, em especial de biossegurança, dos trabalhadores que atuam na limpeza do Hospital Municipal Paulino Werneck (HMPW), localizado na cidade do Rio de Janeiro, particularmente no trabalho de limpeza do setor de Emergência daquele hospital.

Este trabalho está baseado no pressuposto, de que devido à rapidez com que as tarefas normalmente têm que ser realizadas pela equipe de saúde na Emergência, normas de biossegurança, como por exemplo, as relativas ao correto descarte de material perfurocortante, muitas vezes não são respeitadas durante o trabalho real colocando em risco a saúde e a segurança dos trabalhadores responsáveis pela limpeza e coleta interna do lixo. Além disso, o trabalho, em muitas oportunidades, é realizado pelos trabalhadores com a tensão de estarem lidando com a dicotomia representada pela linha tênue entre a saúde e a doença ou, ainda mais grave entre a vida e a morte.

Ao mesmo tempo, considerou-se a provável existência de procedimentos errados, também em desacordo com o que preconiza a norma, observados no desenvolvimento do processo de trabalho dos

trabalhadores que realizam a limpeza e a coleta interna do lixo hospitalar, tornando-os, assim, mais vulneráveis a doenças ocupacionais e/ou a acidentes de trabalho.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorrem no mundo, a cada ano cerca de 200 mil mortes por acidentes de trabalho e aproximadamente 150 milhões de trabalhadores adoecem devido a organização e processos de trabalho perigosos. Em países em desenvolvimento como o Brasil, o descaso com a saúde e a segurança do trabalhador são ainda mais graves (Martins, 1996). Ao analisar dados estatísticos do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS)/DATAPREV, de 1970 a 1991, constata-se a existência de 28 milhões de acidentes de trabalho, e que estes resultaram em mais de 90 mil mortes. As doenças profissionais aumentaram em 40%, neste mesmo período (Martins, 1996).

Para caracterizar a inserção do autor neste contexto da Saúde e mais especificamente na área hospitalar, é importante fazer um breve relato de sua história profissional. Em 1986, o autor ingressou, através de concurso público no quadro de profissionais de enfermagem da prefeitura do Rio de Janeiro. Após a posse, esteve cedido por dois anos ao Hospital Geral de Bonsucesso (HGB), onde trabalhou por algum tempo no setor de Emergência. Ao término desta cessão, retornou à Secretaria Municipal de Saúde, sendo lotado no Hospital Municipal Paulino Werneck (HMPW), onde permaneceu por 18 meses trabalhando na Emergência. Durante o trabalho na Emergência dessas duas unidades de saúde, o autor percebeu que a realidade do HMPW, que é considerado de pequeno porte, não era diferente do hospital de grande porte onde havia trabalhado. Os problemas e/ou as dificuldades eram as mesmas, sendo que em uma unidade menor, como o HMPW, além do espaço físico ser reduzido, o quantitativo de trabalhadores para a realização das tarefas também era insuficiente. Além disso, dependia de suporte de hospitais maiores para cirurgias, internações, alguns exames e grandes emergências, o que fazia com que aumentasse o sofrimento psicológico dos diversos profissionais da equipe.

Durante os plantões observou-se a organização e a divisão do trabalho dos diversos profissionais que atuavam na Emergência e mais especificamente, dos trabalhadores da coleta interna do lixo hospitalar, por serem estes os que mais apresentam acidentes de trabalho. Em diversas ocasiões ocorreram acidentes com estes trabalhadores produzidos por material perfurocortante, entre outros, e que não eram registrados como acidentes. Da mesma forma, não eram abertos boletins de atendimento, talvez porque tanto o profissional médico, quanto o trabalhador acidentado, não considerassem o acidente com a devida importância. Nestas situações, o máximo que ocorria era o profissional médico atender informalmente ao acidentado, devido à boa relação interpessoal existente.

Após este período, o autor manteve contato com diversos sindicatos da área de saúde, e também participou de alguns cursos, em particular, o de especialização em Saúde do Trabalhador, que abriu caminho para o ingresso neste programa de mestrado para estudar os profissionais que manuseiam o lixo no Hospital Municipal Paulino Werneck, que é a única unidade pública de emergência do bairro da Ilha do Governador.

Este estudo estruturalmente é composto desta apresentação e de quatro capítulos. Na revisão da literatura, Capítulo I, objetiva-se buscar através da bibliografia consultada a relação existente entre a saúde do trabalhador que coleta o lixo hospitalar e o processo e ambiente de trabalho na qual está inserido, como também a correta utilização das normas e regulamentos.

No Capítulo II, estão delineados os objetivos gerais e específicos do estudo realizado, a metodologia e o desenho do estudo, com descrição do local de observação, da população estudada e dos procedimentos.

Nos resultados das entrevistas, Capítulo III, que está dividido em 3 partes, registrou-se os dados contidos nas entrevistas dos 26 trabalhadores, bem como as observações de campo do trabalho real, comparado com o prescrito. Através de itens como distribuição etária, horário de trabalho, salário mensal líquido, renda familiar líquida, nível de escolaridade, número de filhos, número de pessoas que residem no mesmo domicílio, etc., caracterizamos a população em estudo. A percepção dos riscos pelos trabalhadores, foi levantada para se caracterizar melhor o conhecimento do trabalho realizado. Como resultado mais importante estabeleceu-se a comparação entre o trabalho real, determinado pelas observações e entrevistas e o trabalho prescrito na norma. As Considerações finais e recomendações estão no Capítulo IV.

CAPÍTULO I

REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo tem como objetivo a revisão da bibliografia referente a saúde do trabalhador e mais especificamente sobre o processo e o ambiente de trabalho da coleta interna do lixo hospitalar, e a saúde do trabalhador envolvido, bem como das normas e regulamentos para esta atividade e está dividido em três partes: Saúde e trabalho; Resíduos e meio ambiente; e Lixo.

I.1 – SAÚDE E TRABALHO

Os problemas cotidianos dos trabalhadores são transferidos para o campo do trabalho sem que eles tenham plena consciência deste fato. Situações como, falta de moradia, postos e processos de trabalho obsoletos e/ou inadequados, riscos e cargas de trabalho, falta de recursos humanos, dilemas como trabalho prescrito x trabalho real, dupla jornada, dificuldades para conseguir e/ou manter o emprego, baixos salários, dificuldades no relacionamento interpessoal (nas diversas esferas sociais), má qualidade da alimentação, dificuldades no acesso à rede pública de saúde, problemas com a educação dos filhos e a manutenção da família, entre outras causas, fazem com que o trabalhador questione o valor do seu trabalho e o sentido da vida.

Estes problemas, levam o corpo físico a apresentar manifestações psicossomáticas, que são geradas pelo desconforto emocional, como a tensão e a angústia, e que desencadeiam, em seu devido tempo, distúrbios orgânicos como o stress, doenças cardiovasculares (hipertensão arterial), labirintose e problemas gastrointestinais, entre outras (Rebouças et al., 1989; Waissmann, 1993). O trabalho, mais especificamente a maneira que este é organizado, além dos efeitos no corpo físico pode desencadear também problemas na saúde mental do trabalhador. Dejours (1987) analisou a Psicopatologia do trabalho a partir de diversas formas de ansiedade oriundas das relações interpessoais, como também pela percepção do trabalhador aos riscos no ambiente de trabalho. Para este autor, apesar do sofrimento causado pela divisão e/ou organização do trabalho, não há interrupção deste trabalho e, nem mesmo, na maioria das vezes ações que minimizem esta carga.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, realizada em 1986, define a saúde dos trabalhadores, como decorrente de melhoria das condições de emprego; estabilidade no trabalho e que este seja bem remunerado; como também oportunidade de

lazer; organização livre, autônoma e representativa da classe; direito a informação sobre todos os dados que digam respeito à relação vida / saúde / trabalho; acessibilidade a serviços de saúde, com capacidade resolutive e em todos os níveis; além de efetiva participação em qualquer decisões sobre assuntos referentes à classe; recusa ao trabalho sob condições que não considerem estes e outros direitos (Brito & Porto, 1992).

Em relação aos riscos existentes no ambiente de trabalho, Oddone et al. (1986), ressaltaram a importância da criação e manutenção de núcleos dentro das fábricas, como também da integração dos trabalhadores com o sindicato, objetivando detectar e quantificar o risco. Esta prática baseia-se no princípio do resgate do saber operário. A Epidemiologia daria neste momento, através da observação da prevalência e da incidência dos principais agravos à saúde dos trabalhadores, suporte para a intervenção objetivando prevenir doenças ocupacionais, como também evitar acidentes.

As doenças ocupacionais originam-se de exposições a alguns agentes químicos, físicos e biológicos, existentes no ambiente de trabalho. Em países industrializados, este grupo de doenças é responsável pela maioria das doenças e de mortes. Nos países em desenvolvimento, onde tanto a regulamentação, quanto a experiência a respeito da saúde do trabalhador ainda não é efetiva, as condições de trabalho tornam-se ainda mais perigosas (Yoshida, 1996).

Dentre os principais tipos de doenças ocupacionais, estão os causados por agentes químicos, como poeiras e pós, produtos químicos em geral e por agentes microbiológicos. Das diversas doenças produzidas por agentes biológicos, destaca-se a exposição a doenças infecciosas, como a Hepatite B, facilmente encontrada em ambientes hospitalares. Existem diversos autores que relatam que a infecção pelo vírus da Hepatite B (HBV), em trabalhadores da área de saúde é 10 vezes maior do que na população em geral (Yoshida, 1996). O HBV é transmitido por mucosa ou parenteralmente por inoculação percutânea, através do sangue ou de outros fluidos orgânicos HBsAg positivos, de indivíduos com infecção crônica ou aguda (Yoshida, 1996).

Segundo Leavel & Clarck (1976), o controle completo da doença, só é possível através do conhecimento de sua história e de sua distribuição. Da mesma forma, este conceito pode ser aplicado às enfermidades ocupacionais. Ainda hoje, em doenças relacionadas ao ambiente de trabalho, existe a dificuldade do estabelecimento donexo-causal, por parte dos diversos profissionais envolvidos no processo e comprometidos com a causa dos trabalhadores. Isto se dá, muitas vezes, por questões políticas e econômicas. Para alguns empresários, reconhecer o nexo-causal entre a doença e o processo de trabalho é reconhecer a própria culpa por não proporcionar as mínimas condições possíveis para a manutenção da saúde do trabalhador. Para encobrir suas falhas, tais empresários utilizam-se de brechas na legislação, de lobbies parlamentares e da convivência de profissionais não conscientes do seu papel social e da importância da ética profissional.

Para Ferreira (1997), existem poucos estudos relativos a saúde dos trabalhadores que manuseiam lixo hospitalar. Este fato talvez se justifique pela representação que o lixo possui no meio social ou, talvez então, pela ausência de capacitação técnica. Existe a possibilidade, segundo este autor, que a realização de estudos

epidemiológicos, possam evidenciar relações de causa e efeito que definam doenças ocupacionais dos trabalhadores que manuseiam resíduos. De maneira geral, no Brasil, os trabalhadores envolvidos com qualquer tipo de resíduo recebem adicional de insalubridade, que nada mais é do que a monetização do risco de adoecer e ao mesmo tempo, pode ser considerado como uma forma de reconhecimento da insalubridade da atividade.

A exposição a microorganismos patológicos, é apenas um dos riscos ocupacionais no processo de trabalho dos que manuseiam resíduos. A medida que estes microorganismos encontram um hospedeiro suscetível pode ocorrer diversas doenças infecciosas. No Brasil, são poucas as unidades de saúde onde os resíduos são considerados com a devida importância, não havendo inclusive a preocupação com a saúde dos trabalhadores, representada por esterilização de perfucortantes, treinamento e desinfecção. Dificilmente encontram-se serviços de saúde que possuam recipientes rígidos utilizados para descarte de agulhas e bisturis, com a finalidade de reduzir ou eliminar os acidentes. A ausência do descarte correto de perfurocortantes associada a uma incorreta sistemática gerencial, pode tornar-se responsável por doenças infecciosas, através da prática de “reaproveitamento” de seringas e agulhas pelos catadores de lixo existentes nos diversos aterros sanitários, que comercializam estes produtos inclusive no tráfico de drogas (Ferreira, 1997).

O trabalhador é o elemento mais importante do processo de trabalho para a análise do que seja "saúde no trabalho". É possível, através da organização do processo de trabalho, observar as diversas formas de consumo da força de trabalho, que implicam em diversas formas de desgaste do trabalhador. Estas formas de consumo, são a síntese da mais-valia absoluta e relativa. A mais-valia absoluta é a forma mais antiga de exploração do trabalhador, seja através do aumento da jornada de trabalho ou da diminuição do salário. A mais-valia relativa pode ocorrer de duas maneiras: através da intensificação do trabalho ou pelo aumento da produtividade do trabalho, através de uma mudança na organização do trabalho (Laurell, 1981).

Os trabalhadores do serviço de limpeza e conservação são, quase sempre, contratados por empresas de serviços terceirizados, ficando assim, mais expostos a situações de controle mais rígidos por parte dos serviços médicos, inclusive a procedimentos eticamente condenáveis como o exame médico admissional (utilizado para discriminar candidatos) e para o controle do absenteísmo (Mendes, 1991), além de serem facilmente substituídos em caso de doença, devido a sua baixa escolaridade e por "não necessitarem", segundo alguns, de conhecimentos técnicos aprimorados.

No decorrer de suas atividades, os trabalhadores executam atividades múltiplas e variadas, a partir de um número mínimo de trabalhadores, ampliados através de horas extras, rodízios e transferências de "turnos mais leves" para os mais pesados e / ou de maior necessidade (Antunes, 1995).

Para Marx (1993), o processo de alienação manifesta-se no trabalho. O trabalho é o relacionamento ativo do homem com a natureza, a criação do próprio homem. Com a expansão da propriedade privada e da divisão do trabalho, todavia, o trabalho perde a sua

característica de expressão do poder do homem; o trabalho e seus produtos assumem uma existência à parte do homem, de sua vontade e de seu planejamento.

Os trabalhadores que manuseiam lixo estão em contato direto com material orgânico em decomposição, estando assim expostos a agentes biológicos e/ou químicos, que podem ser causadores de determinadas patologias infecto-contagiosas, mormente nos aparelhos digestivo e respiratório, como tuberculose e pneumonia, além de dermatites infecciosas, irritantes ou alérgicas, e casos de salmoneloses, parasitoses e tétano (Velloso, 1995).

Aproximadamente um terço dos acidentes que ocorrem em unidades hospitalares são produzidos por material perfurocortante, principalmente os eventos ocasionados por acidentes com as agulhas, no recapeamento indevido das mesmas, após a utilização pelos diversos profissionais da equipe de saúde; como também em acidentes ocorridos com os trabalhadores das empresas de conservação, no decorrer de seu processo de trabalho de coleta deste lixo hospitalar descartado em local inadequado, como o lixo comum ou em caixas erroneamente adaptadas.

Para os trabalhadores da área hospitalar o fator de risco de maior importância na transmissão da AIDS é o contato com o sangue no ambiente de trabalho. Esta transmissão ocupacional do HIV pode ocorrer em exposição a material infectante, como sangue, principalmente através de acidentes de trabalho produzidos por material perfurocortante. Mesmo que o risco de se contaminar com o HIV, na situação ocupacional, seja em torno de 0,5% após a exposição parenteral a fluidos e/ou secreções infectadas, corretas normas de biossegurança devem ser adotadas. Além da AIDS, outras doenças podem ser contraídas no ambiente ocupacional, através de acidentes de trabalho com uma incidência muito maior. Hoofnagle, apud Ministério da Saúde (1989), relata que a hepatite B (HBV), pode ser transmitida em até 30% dos casos de acidente de trabalho. Também as hepatites não – A, não – B e delta, a citomegalovirose, a malária e a doença de Chagas, podem ser transmitidas por acidentes profissionais.

A norma do Ministério da Saúde (1989), sobre transmissão da AIDS no ambiente de trabalho, relata que são “características do acidente de trabalho com possibilidade de transmissão do HIV: Exposição parental (picadas de agulhas ou cortes) e contato de membrana mucosa com sangue e/ou outros fluidos corpóreos. Exposição da pele, mesmo que aparentemente íntegra, ao sangue, quando por tempo prolongado ou em grande quantidade”.

Quanto aos procedimentos de emergência, a referida norma, relata, que determinados profissionais de saúde, algumas vezes, durante a sua jornada de trabalho em unidades de Emergência, podem entrar em contato com secreções ou sangue, sem os

devidos cuidados de biossegurança. A norma relata, ainda, que comportamentos heróicos, em situações de emergências não devem ocorrer, e que a conduta correta deve ser pautada na racionalidade e que mesmo em situações de comprovada emergência, a rapidez que o procedimento exige por parte do profissional não invalida que corretas normas de biossegurança sejam obedecidas.

Segundo o manual sobre normas técnicas para prevenção da transmissão da AIDS do Ministério da Saúde (1989), um dos grandes desafios desta doença, consiste na adoção de normas corretas de biossegurança por parte dos trabalhadores que atuam na área de saúde. A AIDS tem levado alguns profissionais de saúde, a adotar medidas de biossegurança desorganizadas e/ou extremamente conservadoras e desnecessárias, e a diminuição dos recursos para o setor saúde dificulta qualquer iniciativa de, entre outras, a introdução e aperfeiçoamento de práticas educativas.

Para Borges (1985), existem muitas formas de transmissão de infecção no ambiente hospitalar, mas sem nenhuma dúvida, o lixo hospitalar séptico em todas as suas fases do seu processamento gerencial, constitui uma fonte importante desses tipos de infecções. O lixo séptico, em todas as suas fases, desde a sua produção, acondicionamento, transporte interno na unidade de saúde, estocagem, transporte externo e até o seu destino final, representa grau de periculosidade, colocando em risco todos aqueles que o manuseiam, como também o ambiente.

O risco de acidentes ocupacionais depende, não somente do tipo de atividade, mas também da natureza do material manuseado e dos meios de proteção empregados. Não se dá a devida atenção aos riscos de acidentes, a que estão expostos não só os trabalhadores, mas também a população em geral. Situações onde ocorrem acidentes que produzem cortes, perfurações e/ou contusões são estudadas mais como curiosidade do que pela sua importância epidemiológica em termos de incidência (Forantine, 1969)

I . 2 - RESÍDUOS E MEIO AMBIENTE

Segundo Ferreira (1997), a sociedade atual chega ao fim do século XX como a civilização dos resíduos. Este fato tornou-se verdadeiro devido ao desperdício e também pelas contradições existentes no desenvolvimento industrial e tecnológico. Ao mesmo tempo que os recursos naturais são utilizados indiscriminadamente e sem preocupação com a perpetuidade, diariamente são lançados nos ecossistemas novos produtos sintéticos, que são eventualmente, impossíveis de serem absorvidos sem causar o devido impacto ambiental. Embora sabendo da existência no cenário mundial de grupos de atores conscientes dos problemas ambientais, as ações são ainda incipientes e desordenadas, sofrendo inclusive interferência do sistema capitalista dominante.

Em relação à disposição dos rejeitos nas cidades, o problema do homem se resume no fato de encontrar a melhor maneira de devolver à natureza, o que dela foi retirado, para atender as suas necessidades de sobrevivência, com o mínimo de agressão possível (Pinto, 1979).

Ao ser resolvida a questão do descarte do lixo, como também, a coleta externa do lixo realizada pela COMLURB – Companhia Municipal de Limpeza Urbana do Rio de Janeiro, de maneira que o meio ambiente não seja agredido, estar-se-á não só melhorando saúde e qualidade de vida, como também garantindo a perpetuação das diversas espécies da terra. Em relação à origem do lixo, considerado por Pinto (1979) como o fator mais importante para a sua caracterização, o lixo urbano costuma ser classificado em quatro grupos: o lixo doméstico, o lixo de atividades do comércio e da indústria, o lixo público (aquele recolhido em logradouros públicos), e o lixo de fontes especiais, como por exemplo, os resíduos sólidos de estações de tratamento de esgotos e os resíduos hospitalares, que devido às suas características, segundo este autor, necessitam de métodos e cuidados especiais para o seu manuseio.

Pinto (1979) ressalta, ainda, a importância do estudo da caracterização de cada tipo de lixo como forma de auxiliar no planejamento da maneira mais adequada da sua coleta, transporte e disposição final.

Forantini (1969) relata que não é dado ao lixo a sua devida importância em termos de ameaça à saúde, sendo considerado mais como questão de estética, economia e conforto, do que como eminente causa direta de qualquer agravo à saúde. A respeito dos aspectos epidemiológicos ligados ao lixo, Forantini (1969), afirma que os resíduos sólidos, que são resultantes das atividades dos homens e animais domésticos, pode ser designado, genericamente, sob o nome de lixo. Uma vez preenchido a sua finalidade, é destinado a ser eliminado, surgindo então, a questão de sua destinação final. A solução desta problemática torna-se necessária, pois a permanência desses resíduos no meio-ambiente poderá redundar em efeitos negativos; tais como contaminação por agentes patogênicos, como também acidentes devidos a objetos perfurocortantes.

Oliveira (1969) aborda questões relativas aos aspectos relacionados ao lixo, como quando relata que este pode manifestar-se de diferentes maneiras na transmissão de doenças, como por exemplo a triquinose, doença transmitida através da carne do porco, que foi alimentado com restos de alimentos ou com lixo em geral, que caso não tenha tido acondicionamento adequado, pode ter estado exposto à vetores como moscas, mosquitos e ratos, podendo, assim, transmitir entre outras doenças, a tuberculose, a febre tifóide e a peste bubônica.

Para que se tenha um sistema de resíduos hospitalares eficiente, torna-se necessário a integração de todas as instituições comprometidas com esta questão, utilizando-se para isto, a combinação de recursos disponíveis e variáveis locais. (Ministério da Saúde, 1989). Sobre a coleta e destino do lixo, as normas técnicas para prevenção da transmissão da AIDS do Ministério da Saúde (1989), indica que em “relação ao lixo hospitalar são recomendados precauções especiais com papéis utilizados para limpeza, gazes, algodão, compressas, restos de tecidos, absorventes higiênicos, restos de material biológico da anatomia patológica, do laboratório de análises clínicas e amostras de sangue e seus produtos”.

Em relação aos aspectos administrativos operacionais dos resíduos hospitalares, é atribuição do Estado intervir, enquanto poder público, sempre que houver risco à saúde e ao meio ambiente; sendo atribuição dos estabelecimentos de saúde, a gerência dos resíduos através da comissão de controle da infecção hospitalar (CCIH), com a ajuda da comissão interna de acidentes (CIPA), cuja existência é facultativa, com a finalidade de dinamizar todas as atividades. (Ministério da Saúde, 1989).

I.3 - O LIXO

Segundo Santos et al. (1995) a denominação “lixo”, como a maioria das palavras da língua portuguesa, vem do latim LIX, que quer dizer cinza. Este termo vem de uma época bastante remota onde eram usados fornos, fogões e lareiras à base de lenha que formavam resíduos da lenha carbonizada e cinza. Os referidos autores, afirmam que, de um modo geral, todos os resíduos eram aproveitados para a alimentação de animais como porcos e galinhas, ou como adubo para a plantação. Hoje o lixo não contém somente cinzas, e a palavra “lixo” passou a denominar, genericamente, tudo aquilo que não tem mais serventia e se joga fora.

Em determinado momento, tornou-se necessário, devido a ampliação do quantitativo do volume e da variedade destes resíduos, avaliar este lixo em termos dos seus eventuais riscos, inclusive biológicos, tanto para os trabalhadores envolvidos em manuseio, quanto para a população extra – muros das empresas, além dos possíveis impactos ambientais representados principalmente pelo descarte de diversos resíduos em cursos d’água e solo.

O lixo é normalmente definido como todo o resíduo sólido resultante das atividades humanas. Estes resíduos podem ser objetos que não mais possuem valor econômico ou utilidade, como também porções de materiais sem qualquer significação, resíduos de processos industriais ou domésticos a serem descartados, enfim, qualquer coisa sem utilidade e que se jogue fora. Em relação a esta definição apresentada, deve-se levar em consideração que o conceito de utilidade é relativo, visto que o que é descartado por alguns, considerado como lixo, pode ser aproveitado originalmente por outros; da mesma maneira que objetos ou materiais que em pequena quantidade não são relevantes, podem ter importância econômica se em quantidade suficiente (Pinto, 1979).

Oliveira (1969) define lixo, de uma maneira geral, como todos os resíduos sólidos provenientes das atividades humanas. Segundo o autor é importante observar que na língua Portuguesa dever-se-ia adotar a expressão geral, já consagrada, de resíduos sólidos, ao referir-se ao lixo em geral, e que sendo assim, poder-se-ia ter uma uniformidade de nomenclatura com os resíduos líquidos e gasosos, pois todos causam graves problemas de saneamento do meio, principalmente de poluição ambiental. Para este autor, o lixo hospitalar de acordo com a sua fonte de produção, pode ser bastante heterogêneo, e variável a sua composição qualitativa e quantitativa.

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), em sua Norma Técnica NBR 10004 (1987), classificou e normatizou os resíduos oriundos de hospitais, residências, indústrias, entre outros. Segundo esta norma, os resíduos podem ser definidos como: “Resíduos nos estados sólidos e semi-sólidos, que resultam de

atividades da comunidade de origem: industrial, doméstica, hospitalar, comercial, agrícola, de serviços e de varrição. Ficam incluídos nesta definição os lodos provenientes de sistema de tratamento de água, aqueles gerados em equipamento e instalação de controle de poluição, bem como determinados líquidos cujas particularidades tornem inviável o seu lançamento na rede pública de esgotos ou corpos de água, ou exijam para isso soluções técnicas e economicamente inviáveis em face a melhor tecnologia disponível”

Os resíduos sólidos que são produzidos em um determinado hospital, de acordo com a sua fonte geradora, podem ser classificados em diversos tipos. Entretanto a maioria do lixo hospitalar possui características similares a do lixo domiciliar. O que os diferencia é a pequena parcela considerada patogênica, que é composta de materiais como gaze, algodão, agulhas e seringas descartáveis, pedaço de tecido humano, placenta e sangue e também resíduos que tenham em sua produção tido contato com pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas (Sá et al., 1993).

Em relação a periculosidade dos resíduos, Sá et al. (1993), relataram um estudo americano, sobre o lixo gerado no Centro Médico da Universidade de West Virgínia (EUA), que apresentou a conclusão que apenas 25 ou 30 % do total do lixo podem ser considerados como infectantes ou de risco biológico e que dos organismos considerados perigosos encontrados mais facilmente está o *Staphylococcus Aureus*. Os autores recomendam que, como na prática é difícil a separação do lixo de acordo com as fontes produtoras internas do hospital, cuidados especiais devem ser tomados no acondicionamento, manuseio, estocagem e tratamento de todo e qualquer lixo hospitalar.

O manuseio com o lixo hospitalar necessita de cuidados especiais tanto das administrações hospitalares quanto das autoridades municipais, desde a sua produção até a destinação final. Borges (1985) chegou a esta conclusão, através de trabalho realizado na região metropolitana da cidade de Belo Horizonte/MG, cidade em que nenhum dos hospitais pesquisados possuía local exclusivo e/ou adequado para o armazenamento do lixo que oferecesse condições de higiene e funcionamento adequados. O autor, fazendo uma diferenciação em termos de patogenicidade entre o lixo hospitalar e o lixo domiciliar, relata que não existem registros de doenças provocadas pelo lixo domiciliar, com exceção de alguns casos de comprometimentos respiratórios e/ou afeções cutâneas. Sendo assim, para deste autor, o lixo domiciliar, em termos de transmissão de doenças é considerado secundário. A composição deste tipo de lixo, torna-o menos susceptível como possibilidade de ser fonte de qualquer tipo de contaminação, podendo ser entretanto responsável pela proliferação de vetores que indiretamente podem atribuir a este tipo de lixo uma importância na transmissão de diversas doenças, mormente as de origem virótica ou bacteriana.

Para a autora citada, no caso específico dos resíduos hospitalares assépticos, estes possuem o mesmo desempenho do lixo doméstico, porém “os resíduos sépticos requerem condições especiais quanto ao acondicionamento, estocagem, coleta, transporte e destinação final por apresentarem periculosidade real ou potencial à saúde humana, notadamente se forem originários de unidades cirúrgicas, de isolamentos, de áreas infectadas ou com pacientes portadores de moléstias infecto-contagiosas”. Outros autores não concordam totalmente com estes conceitos.

Para Ferreira (1997), até recentemente, acreditava-se que os resíduos domiciliares eram de pouco risco tanto para o homem quanto para o meio ambiente. Atualmente, com a introdução de novas tecnologias e

produtos, como também o aumento do consumo e pelo maior conhecimento dos impactos no meio ambiente, considera-se que os resíduos domiciliares sejam capazes de interferir de maneira significativamente no ecossistema, tornando-se assim, perigosos. Já os resíduos infecciosos ou de risco biológico, que são gerados em unidades hospitalares através do uso em atividades terapêuticas, podem fazer parte do lixo domiciliar ou coletados e tratados como lixo hospitalar. Atualmente, no lixo domiciliar são encontrados curativos, fraldas descartáveis, seringas e agulhas descartáveis, utilizados no tratamento domiciliar de doentes.

A crescente preocupação com os resíduos infectantes, tem favorecido o aparecimento de sistemas gerenciais diferenciados em todas as fases para este tipo de resíduo, o que não acontece com os resíduos domiciliares. Em relação aos resíduos hospitalares, outros autores relatam que a posição de grande parte dos técnicos é oposta ao senso comum, ou seja, acreditam que os resíduos hospitalares não apresentem maiores riscos para quem os manipula do que os resíduos domiciliares. Sendo assim, não torna-se necessário a utilização de sistemas gerencias diferenciados. Da mesma forma, para grandes instituições dos EUA, como o Centro de Controle de Doenças (CDC), a Agência de Proteção Ambiental (EPA) e o Instituto Nacional de Saúde (NIH), os resíduos hospitalares não apresentam um maior risco do que qualquer outro tipo de resíduo produzido por populações (Ferreira, 1997).

I . 4 – NORMAS, REGULAMENTOS E DEFINIÇÕES

Neste momento, torna-se necessário, para estabelecer uma melhor compreensão do tema abordado neste estudo, definir alguns conceitos dos procedimentos técnicos utilizados com o objetivo de eliminar ou inibir microorganismos presentes em tecidos humanos, produtos, artigos e superfícies hospitalares.

A limpeza é a atividade que tem como objetivo remover a sujeira, utilizando-se apenas água e sabão. Ao contrário da limpeza, a desinfecção objetiva eliminar todos os microorganismos, utilizando-se, para isso, agentes químicos e físicos.

Existem dois tipos de limpeza: a concorrente, que consiste na limpeza e/ou desinfecção e que é realizada diariamente e onde o paciente encontra-se internado; e a terminal, que é a limpeza ou desinfecção que é realizada com o leito desocupado, devido a alta, transferência ou óbito do paciente que naquele leito se encontrava (Ministério da Saúde, 1993).

A limpeza é o processo mecânico, que tem como objetivo remover materiais estranhos, como por exemplo, matéria orgânica, de superfícies e objetos, através do uso de água e sabão ou detergentes (Ministério da Saúde, 1989).

A desinfecção é um processo físico-químico que destrói os microorganismos, com exceção dos esporos bacterianos (Ministério da Saúde, 1989). A desinfecção consiste em eliminar microorganismos de forma vegetativa que existem nas superfícies inertes, através

da aplicação de agentes físicos ou químicos. Esta técnica pode ser realizada através da exposição do objeto à água em temperatura entre 60 e 100° C ou a substâncias químicas denominadas desinfetantes, que devem ser utilizadas, por um período entre 15 e 30 minutos (Ministério da Saúde, 1993).

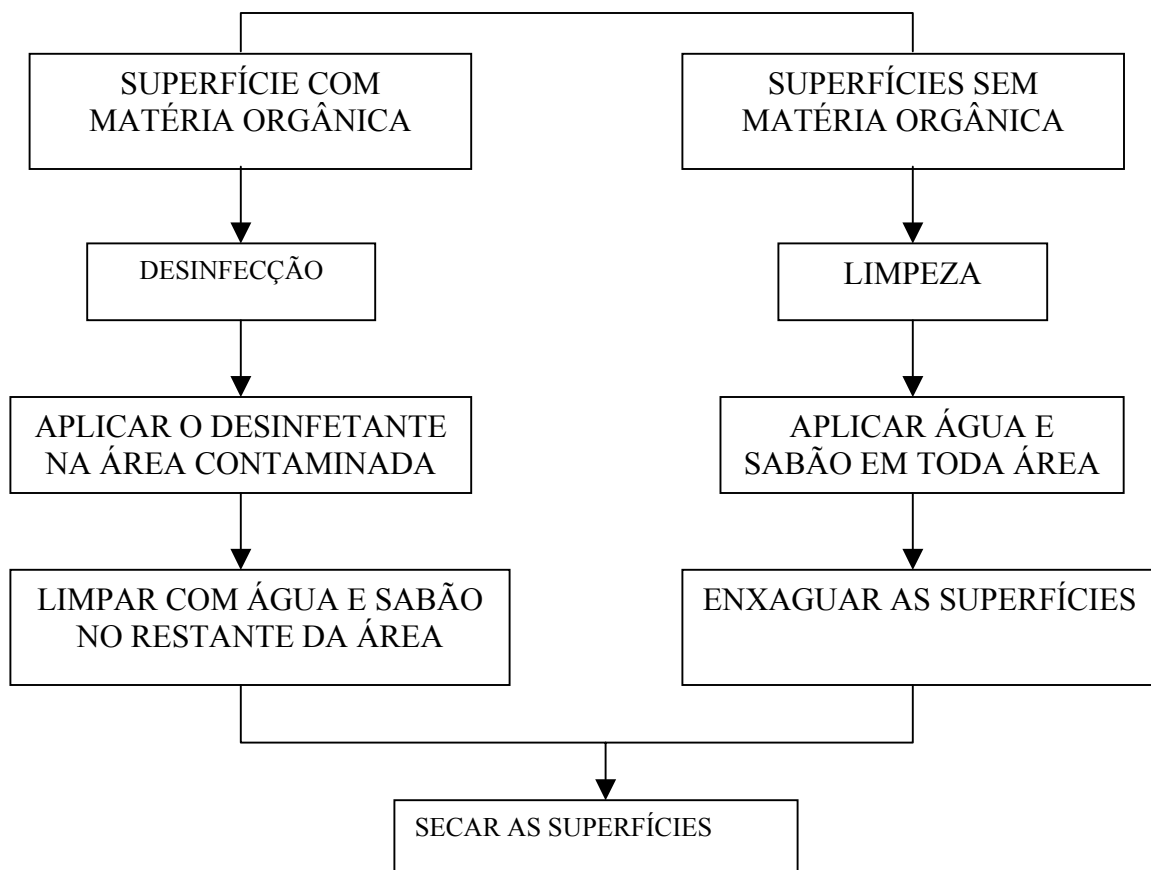
Os desinfetantes hospitalares são agentes químicos que possuem a propriedade de eliminar vírus, bactérias e fungos em um curto intervalo de tempo máximo de 30 minutos. Estes agentes, ao contrário dos esterelizantes químicos, não são esporicidas, como também não são eficazes para a eliminação de alguns vírus. Estes desinfetantes estão subdivididos em 3 níveis de desinfecção: a desinfecção de alto nível, que destrói todos os microorganismos, exceto altos números de esporos bacterianos, neste grupo temos, como exemplo, o glutaraldeído e o formoldeído; a desinfecção de nível intermediário que inativa a *mycobacterium tuberculosis*, as bactérias vegetativas, e a grande maioria dos fungos e dos vírus, porém não destrói os esporos bacterianos. Fazem parte deste grupo de desinfetantes os fenóis sintéticos, o álcool 70 % e o hipoclorito de sódio; e a desinfecção de baixo nível, que destrói a maioria das bactérias, alguns fungos e vírus, porém não elimina microorganismos resistentes, como por exemplo, esporos bacterianos e o bacilo da tuberculose. Como exemplo, temos o quaternário de amônia.

O termo desinfetante só deve ser utilizado para designar germicidas que tem uso em superfícies inertes, distinguindo assim, dos outros grupos de germicidas. Os desinfetantes hospitalares são produtos destinados à desinfecção de objetos hospitalares, como também de superfícies fixas e devem ser empregados em locais em que haja matéria orgânica em decomposição (Ministério da Saúde, 1993).

A esterelização é um processo físico-químico que elimina todos os microorganismos, diferencia-se da desinfecção, porque elimina inclusive os esporos bacterianos (Ministério da Saúde, 1989). A antissepsia é o procedimento mecânico, utilizado para a eliminação e destruição de microorganismos existentes em tecidos através da aplicação de agentes antimicrobianos (Ministério da Saúde, 1989).

Segundo o manual do Ministério da Saúde (1993), deve-se promover a limpeza com água e sabão nas superfícies hospitalares fixas, sempre que apresentar sujidade. Em áreas críticas, semi-críticas e não críticas, as superfícies hospitalares fixas com presença de qualquer matéria orgânica, deverão inicialmente passar pelo processo de desinfecção e a seguir, limpeza com água e sabão, em toda a sua extensão, conforme esquema a seguir:

SUPERFÍCIES HOSPITALARES



Todas as salas do ambiente hospitalar devem conter recipientes adequados para o recebimento de resíduos, forradas com sacos plásticos coletores de lixo. Ao efetuar o recolhimento dos resíduos, o trabalhador responsável pela coleta interna do lixo deverá fechar os sacos plásticos e acondicioná-los em sacos de lixo duplos, que são mais resistentes, do tipo hospitalar. Os fluidos drenados, excreções e secreções corpóreas devem ser cuidadosamente descartados para a rede de esgotos (Ministério da Saúde, 1989).

A respeito do correto uso dos equipamentos de proteção individual (EPIs), necessários para a realização do processo de coleta interna do lixo hospitalar, o manual normas técnicas para prevenção da transmissão da AIDS (Ministério da Saúde, 1989), relata que “o pessoal da limpeza deve usar luvas plásticas, aventais e botas plásticas durante os procedimentos de limpeza e coleta do lixo hospitalar”.

Segundo a lei nº 6.514, de 22 de Dezembro de 1977, tem-se que: “Serão consideradas atividades ou operações insalubres aquelas que, por sua natureza, condições ou métodos de trabalho, exponham os empregados a agentes nocivos à saúde, acima dos limites de tolerância fixados em razão da natureza e da intensidade do agente e do tempo de exposição aos seus efeitos”.

Segundo a Norma Regulamentadora 6 (Portaria MTb nº 3.214, de 8/06/1978), considera-se Equipamento de Proteção Individual – EPI todo dispositivo de uso individual, de fabricação nacional ou estrangeira, destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador. Esta Norma Regulamentadora determina ainda, que a empresa é obrigada a fornecer gratuitamente aos empregados o EPI adequado ao tipo de risco, e em perfeito estado de conservação. A Norma Regulamentadora 17, entre outras determinações, estabelece a exigência de que o trabalhador não realize o transporte manual de cargas que possa comprometer a sua saúde e segurança.

O manual técnico do Ministério da Saúde (1993), relata que as superfícies fixas da área hospitalar, como pisos, paredes, mobiliários e equipamentos, entre outros, não apresentem risco considerável de transmissão de infecções. Para tal afirmação, levou-se em conta que as infecções são produzidas por fatores inerentes ao próprio paciente, como por exemplo, idade, condições clínicas e nutricionais e patologia de base.

Deve-se providenciar a desinfecção das superfícies fixas somente quando houver respingo ou deposição de matéria orgânica, mesmo assim, neste processo, deve-se realizar a desinfecção localizada. Em locais ou mobiliários que possam apresentar risco de contaminação para pacientes e trabalhadores, devido a descarga de excreta, secreções ou exsudação de material orgânico, devem ser realizadas descontaminação antes ou simultaneamente à limpeza.

As áreas que permanecem molhadas ou úmidas estão mais propícias a abrigar germes gram-negativos e fungos, e em áreas empoeiradas germes gram positivos e microbactérias, entre outros. Sendo assim, torna-se necessário que superfícies e artigos sejam muito bem secos, como também a observação da prática de não realização de varredura seca em áreas hospitalares.

Utensílios como vassouras, esfregões, panos de limpeza e chão, entre outros, devem ser lavados em salas especiais como os expurgos ou na lavanderia das unidades hospitalares, diariamente ou sempre após a utilização em áreas contaminadas.

Para o Manual básico de higiene hospitalar (COMLURB, 1994), apesar de ser relativamente fácil comprovar a presença de microorganismos patogênicos no ambiente hospitalar, torna-se difícil estabelecer a responsabilidade deles nas infecções hospitalares.

Superfícies fixas como pisos, paredes, tetos, mobiliários e equipamentos, entre outros, não apresentam risco importante quanto a transmissão de infecções hospitalares, tornando assim, a desinfecção ambiental de rotina desnecessária. Apesar disso, áreas que permanecem úmidas ou molhadas, como também áreas empoeiradas abrigam germes, como também facilitam a sua reprodução. Torna-se necessário então secar muito bem artigos e superfícies, e não realizar a varredura seca em áreas hospitalares.

O manual do Ministério da Saúde (1989), em relação ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, relata que a manipulação destes, deve ser dividida em quatro partes, assim distribuídas:

1 – Quanto à triagem e acondicionamento:

A separação dos resíduos deve ser realizada no local onde o mesmo foi produzido, sob a responsabilidade de um técnico do setor, observando-se para isto a identificação deste resíduo quanto à natureza e a unidade de origem, como também o tratamento prévio, quando necessário. O acondicionamento deve adequar-se aos diferentes tipos de resíduos e recomenda-se a utilização de embalagens plásticas especificadas pela Norma Básica Regulamentadora (NBR) 9190 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), que são da cor branca leitosa (tipo II), quanto aos resíduos considerados comuns, deve-se usar os sacos plásticos para uso em lixo domiciliar (tipo I);

2 - Quanto à coleta e transporte:

Os resíduos dos serviços de saúde devem ser coletados da fonte que os produziu em intervalos regulares, em horários, preferencialmente, de menor movimento. Esta coleta, basicamente, constitui-se na retirada do lixo, previamente fechado, de cada setor, e transportado até o local de armazenamento final dentro da unidade. Os carrinhos utilizados para este transporte deverão conter paredes lisas, com identificação visível e tampa de fácil manejo, além de dreno tipo válvula de pia, para facilitar a limpeza diária;

3 – Quanto a apresentação à coleta pública:

O local designado para o armazenamento interno final dos resíduos, deve ser planejado com a finalidade de facilitar o acesso dos carros de transporte interno e dos veículos de coleta pública, devendo inclusive ser dimensionado de acordo com a quantidade e o volume dos resíduos que são produzidos na unidade de saúde;

4 – Quanto ao pessoal que executa o processo de trabalho de limpeza, coleta e transporte dos resíduos:

Devem receber treinamento adequado, atenção médica e equipamentos de proteção individual.

A NBR 12807 (ABNT, 1993), sobre Resíduos de serviços de saúde, define os termos empregados em relação aos resíduos de serviços de saúde. Entre outras, define no item 3.2, abrigo de resíduo como sendo o local que tem como função o armazenamento temporário dos resíduos de unidades de saúde, aguardando a coleta externa. No item 3.3 desta mesma norma, é definido o acondicionamento como sendo o “ato de embalar os

resíduos de serviços de saúde, em recipiente, para protegê-los de risco e facilitar o seu transporte, de acordo com os procedimentos adotados pela NBR 12809”.

A NBR 12808 (ABNT,1993), referente a resíduos de serviço de saúde, tem como objetivo a classificação dos resíduos de serviços de saúde quanto aos riscos potenciais a saúde pública e ao meio ambiente, com a finalidade de proporcionar um gerenciamento adequado destes resíduos. Esta NBR define os resíduos em classes e sub-classes, sendo: Classe A – resíduos infectantes e Classe B – resíduo especial, de acordo com a sua origem. Como exemplo de sub-classe, tem-se no item 4.1.4 tipo A.4 - Perfurante ou cortante, as agulhas, ampolas, pipetas, lâminas de bisturi e vidros.

A NBR 12809 (ABNT, 1993), relativa ao manuseio de resíduos de saúde, objetiva fixar procedimentos exigidos para garantir as condições de higiene e segurança no processamento interno de resíduos infectantes, tanto nos considerados especiais, quanto nos comuns, existentes nas unidades de saúde. Esta NBR regulamenta todos os procedimentos com os resíduos de serviços de saúde, desde a geração e segregação, passando pelo manuseio e acondicionamento, coleta interna I, armazenamento interno, coleta interna II, até o acondicionamento externo

A NBR 12810 (ABNT, 1993), referente a coleta de resíduos de serviços de saúde, tem como finalidade determinar os procedimentos obrigatórios para a realização da coleta interna e externa dos resíduos de unidades de saúde, satisfazendo as condições de higiene e segurança. Nas condições gerais (item 4), esta NBR, determina como deve ser a coleta dos resíduos, o treinamento e os exames admissional e periódico dos trabalhadores da coleta de resíduos. No item Condições específicas (item 5), são especificados os equipamentos de coleta interna, que são compostos dos Equipamentos de proteção individual (EPI) e o carro da coleta interna. Além disso esta norma apresenta também os equipamentos da coleta externa.

A NBR 10004 (ABNT, 1987), relativa aos resíduos sólidos, objetiva classificar os resíduos sólidos de acordo com os seus riscos potenciais à saúde pública e ao meio ambiente, com a finalidade de que estes resíduos tenham manuseio e destinação adequados. Esta norma define e classifica os resíduos e a periculosidade dos mesmos.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS, METODOLOGIA E PLANEJAMENTO DO ESTUDO

II . 1 – OBJETIVOS

II . 1 . 1 - OBJETIVO GERAL

Avaliar os procedimentos da coleta interna do lixo hospitalar no setor de Emergência do Hospital Municipal Paulino Werneck e investigar os riscos à saúde dos trabalhadores, decorrentes de procedimentos inadequados e/ou em desacordo com as normas pertinentes.

II . 1 . 2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS :

- 1 – Identificar as formas de limpeza e coleta interna no Setor de Emergência do Hospital Municipal Paulino Werneck (HMPW);
- 2 – Identificar os procedimentos de trabalho em desacordo com o prescrito nas normas e regulamentos;
- 3 - Identificar riscos relacionados à manipulação do lixo e as medidas de prevenção existentes nos setores da unidade de saúde;

II . 2 – METODOLOGIA

A metodologia utilizada incluiu visitas aos setores da unidade selecionada e entrevistas com trabalhadores e profissionais da área administrativa, com a finalidade de conhecer as rotinas do hospital.

O primeiro contato com a instituição, constituiu-se em uma entrevista com a direção da unidade, a fim de explicitar os objetivos do estudo e obter anuência para visitar e observar os setores durante os diversos turnos de trabalho. Para melhor elaboração deste trabalho, foram consultados documentos e a legislação pertinente. Foi então elaborado um roteiro para ser utilizado como modelo para as entrevistas e inspeções (observação).

Foi analisado o processo de trabalho e o fluxo do lixo hospitalar desde a sua geração até o seu acondicionamento final dentro da unidade, com o objetivo de comparar o trabalho prescrito com o trabalho real.

Para o trabalho prescrito foram utilizadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas NBR 12807, NBR 12808, NBR 12809 e NBR 12810 (ABNT, 1993) e NBR 10.004 (ABNT, 1987), referentes a resíduos sólidos e resíduos de serviços de saúde, para a realização de comparações entre a realidade constatada no ambiente e no processo de trabalho e o que preconiza a referida bibliografia. Também, foi utilizado manuais técnicos sobre limpeza hospitalar, as Normas Regulamentadoras de números 6 e 17, e o edital de concorrência que gerou o contrato de prestação de serviços firmado entre a instituição e a empresa de prestação de serviços de limpeza e conservação.

Foi realizada uma entrevista com os trabalhadores da limpeza hospitalar cujas perguntas foram baseadas em questionário semi-estruturado (Anexo 1). O questionário tem perguntas abertas e fechadas sobre a percepção dos trabalhadores aos riscos e cargas, sua situação sócio-econômico-cultural, como também sobre a ocorrência de doenças profissionais e acidentes de trabalho. Estas entrevistas individuais foram gravadas em áudio, com a autorização dos trabalhadores. O desenvolvimento do processo de trabalho dos trabalhadores da limpeza na Emergência do HMPW, foi observado e gravado em vídeo. Para obter dados gerais sobre a instituição, entrevistamos a administradora do Hospital Municipal Paulino Werneck (Anexo 2). Foi realizada ainda, uma entrevista gravada em vídeo, com a encarregada da limpeza no HMPW (roteiro da entrevista no Anexo 3).

No sentido de garantir o anonimato das pessoas entrevistadas as fitas e vídeos não foram anexados à dissertação de mestrado.

II . 3 - DESENHO DO ESTUDO

Esta dissertação é um estudo descritivo e consiste na observação de uma determinada realidade, no caso a organização e o processo de trabalho dos profissionais que realizam a limpeza e a coleta interna do lixo no HMPW, a sua comparação com o que prescrevem as normas e regulamentos e as consequências do não atendimento a elas. Além disso, foram identificados os riscos a que os trabalhadores estão expostos durante a realização do seu trabalho.

II . 3 . 1 – LOCAL DE OBSERVAÇÃO: O HOSPITAL MUNICIPAL PAULINO WERNECK (HMPW)

O Hospital Municipal Paulino Werneck, é uma unidade da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro e faz parte da Área Programática 3-1 (AP 3-1). O hospital foi fundado em 6 de Agosto de 1935, possuindo, em 1998, aproximadamente 440 funcionários da SMS, além de profissionais cedidos pelo Ministério da Saúde e os prestadores de serviços (terceirizados), numa área física de 760 metros quadrados, construídos de forma horizontal e pavilhonado.

Apesar de ser considerado de pequeno porte, possuindo 47 leitos, atualmente é o único hospital de emergência do bairro da Ilha do Governador, na cidade do Rio de Janeiro, que além de possuir uma população residente bastante numerosa, estimada em 211.672 habitantes (IBGE, 1991), ainda apresenta uma significativa população flutuante, representada pelos trabalhadores de grandes empresas e indústrias, tais como: Shell, Estaleiro Emaq/Verolme, Esso, Petrobras, Aeroporto Internacional do Rio de Janeiro Galeão/Antônio Carlos Jobim, Ligth, Telerj, Shopping Centers, Supermercados e Hipermercados, além de diversos quartéis das três forças armadas e moradores de bairros periféricos da Baixada Fluminense.

Os usuários se utilizam dos serviços oferecidos pelo hospital através do Ambulatório ou da Emergência. O Ambulatório, oferece à população as seguintes especialidades: Otorrinolaringologia, Cardiologia, Traumato-ortopedia, Cirurgia ginecológica, Cirurgia de colo de mama, Cirurgia geral, Clínica médica, Odontologia, Nutrição e Pré-natal para adolescentes, sendo que nestas duas ultimas especialidades, o atendimento é restrito aos encaminhamentos internos feitos por profissionais que atuam nos programas de Saúde da Mulher e Hipertensão Arterial, além de um serviço de Pronto Atendimento (SPA) para as especialidades de Pediatria e Clínica Médica. Atualmente, no serviço de Ambulatório são realizados aproximadamente 4.500 atendimentos por mês.

Além dos já citados, funcionam ainda no hospital os serviços de Farmácia, Nutrição, Serviço Social e Medicina alternativa.

A Emergência é dividida em áreas distintas possuindo uma recepção, onde são feitos os boletins para atendimento e que serve também como sala de espera, e 8 salas, assim distribuídas:

- Sala de Pronto Socorro (PS) de homens – possuindo 7 macas;
- Sala de Pronto Socorro (PS) de mulheres – possuindo 7 macas;
- Sala de Pronto Socorro (PS) de crianças – possuindo 7 pequenas macas;
- Sala de Pronto Socorro (PS) de Odontologia;

- Sala de Pronto Socorro (PS) de Ortopedia;
- Sala de Pronto Socorro (PS) para grande emergência;
- Sala para o laboratório;
- Sala para o Raio X – Que possui aparelho de Ultra-sonografia e 2 aparelhos de Raio X.

Segundo informações da administração do Hospital, são atendidas aproximadamente 18.000 pessoas por mês na Emergência do hospital, que funciona 24 horas por dia, sete dias da semana. O grande número de atendimentos da Emergência, explica-se pelo fato do fechamento da Emergência do PAM Ilha do Governador (em 1996) e do funcionamento irregular da Emergência do Hospital Universitário da UFRJ no período de coleta de dados.

II . 3 . 2 – POPULAÇÃO ESTUDADA

Os trabalhadores avaliados no presente estudo são empregados de uma firma particular contratada, mediante licitação, para a realização de limpeza, conservação e coleta interna do lixo no HMPW. Os trabalhadores totalizam 26 (3 do sexo masculino e 23 do sexo feminino), incluindo uma encarregada.

Segundo o edital específico de concorrência para licitação de serviços de limpeza, conservação e coleta interna de lixo hospitalar no HMPW, ganha pela atual concessionária responsável por esta atividade compete a ela, diariamente, em horário correspondente ao funcionamento integral dessa unidade, obedecendo rotinas de limpeza e organograma estabelecidos pelas comissões de infecção hospitalar, que são integrantes, anexas e fazem parte do referido edital, executar os seguintes serviços:

- ÁREAS CRÍTICAS, na qual inclui-se o Serviço de Emergência:

“Limpeza e/ou desinfecção do piso, paredes, maçanetas, portas, janelas, parapeitos, mesas cirúrgicas, mesas de exame, equipamentos hospitalares, focos de luz, pias, torneiras, ralos, sifões, armários, cadeiras, vidraças, aparelhos telefônicos, coletores de detritos, banheiros, instalações sanitárias, escarradeiras, comadres e patinhos, camas, berços, incubadoras, colchões, travesseiros, balcões, cinzeiros, extintores de incêndio, esquadilhas, basculantes, persianas, aparelho de ar condicionado (com assessoria de seção de manutenção)”

Como visto, o processo de trabalho dos trabalhadores da empresa de prestação de serviços que realizam a limpeza, conservação e coleta interna do lixo na emergência do Hospital municipal Paulino Werneck é bastante amplo, variado e diferenciado.

A jornada de trabalho, que não é contemplada no edital de concorrência e nem no contrato de terceirização, é distribuída da seguinte maneira:

- 1 encarregado geral, que trabalha de Segunda-feira à Sábado das 7:00 às 16:00 horas
- 11 trabalhadores que trabalham de 7:00 às 15:00 horas, todos os dias da semana, com uma folga na semana, sendo pelo menos uma no Domingo durante o mês;
- 10 trabalhadores que trabalham de 15:00 às 23:00 horas; todos os dias da semana, com uma folga na semana, sendo pelo menos uma no Domingo durante o mês;
- 4 trabalhadores (todas do sexo feminino) no período noturno, em sistemas de 2 trabalhadoras em cada um dos dois plantões existentes de 12 horas de trabalho para 36 horas de descanso, perfazendo um total de, em média, 15 plantões por mês.

Todos os trabalhadores são sindicalizados, (Sindicato dos Trabalhadores em Limpeza e Conservação do Município do Rio de Janeiro), recebem vale-transporte, e não recebem ticket-refeição.

II . 3 . 3 - PROCEDIMENTOS

Foram utilizados os seguintes procedimentos para coleta de dados:

- 1 – Entrevista (Anexo 1), gravada em áudio, com todos os trabalhadores. A entrevista incluía perguntas sobre: a caracterização sócio-econômica da população estudada, os acidentes de trabalho, a percepção de riscos dos trabalhadores e informações sobre o uso de EPIs e prevenção por vacinas;
- 2 – Filmagem em vídeo, das atividades dos trabalhadores envolvidos no processo de trabalho “Faxina geral do setor de Emergência”;
- 3 – Entrevista semi-estruturada (roteiro da entrevista - Anexo 2) com a administradora do hospital;
- 4 – Entrevista gravada em vídeo (roteiro da entrevista – Anexo 3), com a encarregada geral, lotada no HMPW, da empresa responsável pela limpeza, conservação e coleta interna do lixo.

A realização da coleta de dados foi efetuada no próprio Hospital Municipal Paulino Werneck, nas salas da administração e do serviço de Emergência e ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 1997.

A participação foi voluntária, mediante a informação dos objetivos da pesquisa e da garantia do pesquisador de que as informações prestadas seriam confidenciais e utilizadas apenas estatisticamente, sem o conhecimento por parte da empresa, ou de qualquer outro, das respostas individuais. Ao início de qualquer entrevista ou gravação, foi solicitado aos trabalhadores autorização para o registro dos mesmos.

A seguir são descritos de forma resumida os detalhes de cada um dos procedimentos.

ENTREVISTA COM OS TRABALHADORES

A parte inicial da entrevista teve como objetivo, obter as seguintes variáveis: idade, turno de trabalho, salário mensal líquido, renda mensal líquida, nível de escolaridade, estado civil, número de filhos, número de pessoas residentes na moradia, tempo de trabalho na empresa e no hospital, manutenção de outra atividade remunerada, tempo necessário para o deslocamento residência - trabalho e meio de transporte utilizado para este deslocamento.

Na sequência, para o conhecimento dos acidentes de percurso e de trabalho, indagou-se sobre a frequência e o tipo de acidentes ocorridos com os trabalhadores e os acidentes de trabalho ocorridos com colegas de trabalho.

Para caracterizar a percepção dos trabalhadores sobre sua atividade laboral foram utilizados os seguintes indicadores: percepção dos riscos existentes na realização do seu trabalho; quanto ao descarte de material perfurocortante em local adequado; quanto a possibilidade de contrair alguma doença ocupacional; quanto a possibilidade do esforço realizado ser em demasia; quanto às causas dos acidentes ocorridos no local de trabalho; quanto a sua satisfação pessoal em relação ao seu trabalho; em relação a opinião das pessoas à respeito da função exercida por eles e sobre o que seria necessário mudar para melhorar as suas condições de trabalho.

Como último aspecto da entrevista realizada com os trabalhadores, foram contemplados os seguintes itens: uso de equipamento de proteção individual e história vacinal.

FILMAGEM EM VÍDEO

A filmagem em vídeo, de um processo de trabalho específico, denominado de “faxina geral da emergência”, teve como objetivo complementar a observação do pesquisador sobre a realização desta atividade, a diferença existente entre o trabalho prescrito, que é aquele fundamentado na norma técnica, e o trabalho real, que é a forma na qual o processo de trabalho é realizado.

A filmagem, previamente autorizada, foi realizada em um sábado à tarde, e teve a duração aproximada de 29 minutos, na realização da faxina, não sendo computado o tempo necessário para as providências e a preparação do material necessário para a realização da atividade. A faxina filmada foi realizada na sala de Emergência de mulheres por 3 trabalhadores.

ENTREVISTA COM A ADMINISTRADORA

A entrevista com a Administradora do HMPW, objetivou obter informações gerais sobre o hospital, tais como: número de funcionários lotados no hospital: da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, do Ministério da Saúde, terceirizados; área física do hospital; número mensal de atendimentos no ambulatório e na emergência, a questão da geração do lixo, seu acondicionamento dentro da unidade, seu volume e o seu recolhimento externo.

ENTREVISTA COM A ENCARREGADA GERAL

A entrevista com a encarregada geral de limpeza, foi filmada em vídeo, com o seu consentimento, e discorreu principalmente sobre o processo de trabalho, os riscos, as cargas, o treinamento, o material utilizado para a realização do trabalho diário; inclusive a utilização de produtos químicos e a sua diluição.

CAPÍTULO III

RESULTADOS E DICAÇÃO

III . 1 – RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

III . 1 . 1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO - ECONÔMICA DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Foram utilizados os seguintes indicadores para caracterizar a população estudada: distribuição etária, horário de trabalho, salário mensal líquido, renda familiar líquida, nível de escolaridade, número de filhos, número de pessoas que residem no mesmo domicílio, tempo de trabalho nesta empresa de conservação, tempo de trabalho no Hospital Municipal Paulino Werneck, manutenção de outra atividade remunerada, tempo necessário para o deslocamento de casa para o trabalho e o meio de transporte utilizado.

DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA:

Em relação a idade referida pelos 26 trabalhadores (Tabela 1), a faixa etária predominante é em torno de 36 a 41 anos, sendo o de menor idade 23 anos e o de maior idade 59 anos.

Tabela 1. Distribuição etária dos trabalhadores da empresa de conservação do Hospital Municipal Paulino Werneck (Nov/Dez 97).

<i>IDADE (EM ANOS)</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
< 30	3	11,5
30 – 35	4	15,3
36 – 41	8	30,7
42 – 47	7	26,9
48 – 53	3	11,5
54 – 59	1	3,8
TOTAL	26	100

HORÁRIO DE TRABALHO:

O turno com o maior quantitativo de pessoal é o primeiro (de 7:00 às 15:00 horas; (Tabela 2), com 12 trabalhadores (46,1 %). O plantão noturno possui 4 trabalhadores (15,4 %), todos do sexo feminino, e com escala de 12 horas de trabalho, por 36 horas de descanso, sendo duas trabalhadoras em cada noite, alternadamente. Entre as 19:00 e as 23:00 h. existe uma superposição de turnos fazendo com que haja, neste intervalo, um total de 14 trabalhadores.

**Tabela 2. Horário de trabalho dos trabalhadores da empresa de conservação do Hospital Municipal
Paulino Werneck (Nov/Dez 97)**

<i>HORÁRIO DE TRABALHO</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
7:00 às 15:00	12	46,1
15:00 às 23:00	10	38,5
19:00 às 7:00	4	15,4
TOTAL	26	100

SALÁRIO MENSAL LÍQUIDO:

Em relação ao salário mensal líquido recebido, 25 trabalhadores recebem entre R\$ 121,00 a R\$ 240,00 líquidos por mês (Tabela 3); e que apenas um trabalhador (3,9 %), relata receber menos do que um salário mínimo nacional.

**Tabela 3. Salário mensal líquido dos trabalhadores da empresa de conservação do Hospital Municipal
Paulino Werneck (Nov/Dez 97).**

<i>SALÁRIO MENSAL</i> <i>(salários mínimos *)</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
< 1	1	3,9
1 – 1,4	13	50,0
1,5 – 2	12	46,1
TOTAL	26	100

* O salário mínimo em dezembro de 1997 era de R\$ 120,00

RENDA FAMILIAR LÍQUIDA:

Onze trabalhadores (42,3 %), responderam que não sabiam qual era a sua renda familiar. Os resultados dos 15 que responderam a pergunta estão apresentados na Tabela 4.

**Tabela 4. Renda familiar líquida dos trabalhadores da empresa de conservação do Hospital Municipal
Paulino Werneck (Nov/Dez 97)**

<i>RENDA MENSAL(em salários mínimos)</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
< 3	8	30,7
3 – 5	2	7,6
5 – 7	5	19,2
Ignorado	11	42,0
TOTAL	26	100

A maioria absoluta dos trabalhadores (61,5 %), declarou não possuir outra atividade remunerada além do trabalho no hospital.

NÍVEL DE ESCOLARIDADE:

Sobre o nível de escolaridade relatado pelos 26 trabalhadores da empresa de conservação (Tabela 5), foi observado que o maior quantitativo pertence aos 13 trabalhadores (50,0 %), que possuem até a 4ª série do 1º grau completa. Dois trabalhadores (7,69 %), afirmaram nunca ter estudado.

Tabela 5. Nível de escolaridade dos trabalhadores da empresa de conservação do Hospital Municipal Paulino Werneck (Nov/Dez 97)

<i>NÍVEL DE ESCOLARIDADE</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Nunca estudou	2	7,6
1ª à 4ª série	13	50,0
5ª à 8ª série (incompleta)	6	23,0
1º grau completo	2	7,6
2º grau completo	3	11,5
TOTAL	26	100

NÚMERO DE FILHOS:

Em relação ao número de filhos referido pelos trabalhadores da coleta interna do lixo hospitalar (Tabela 6), tem-se que o maior quantitativo é o representado pelos 10 trabalhadores (38,5 %), que possuem entre três e quatro filhos. Em contrapartida, temos um trabalhador (3,8 %), que relata possuir sete filhos.

Tabela 6. Número de filhos dos trabalhadores da empresa de conservação do Hospital Municipal Paulino Werneck (Nov/Dez 97)

<i>NÚMERO DE FILHOS</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sem filhos	4	15,4
1 – 2	8	30,8
3 – 4	10	38,5
5 – 6	3	11,5
7 ou mais	1	3,8
TOTAL	26	100

NÚMERO DE PESSOAS QUE RESIDEM NO MESMO DOMICÍLIO:

A respeito do número de pessoas que residem no mesmo domicílio que os 26 trabalhadores da empresa de conservação (Tabela 7), tem-se que o maior quantitativo é o representado por dois grupos: um deles possui sete trabalhadores (26,9 %), que referem residir com 4 à 6 pessoas; e o outro deles, também com sete trabalhadores (26,9 %), que referem residir com apenas mais uma pessoa.

Tabela 7. Número de pessoas que residem no mesmo domicílio dos trabalhadores da empresa de conservação do Hospital Municipal Paulino Werneck (Nov/Dez 97)

<i>Nº DE PESSOAS NO MESMO DOMICÍLIO</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sozinho(a)	1	3,8
1	7	26,9
2	4	15,3
3	4	15,3
4 à 6	7	26,9
> 6 pessoas	3	11,5
TOTAL	26	100

TEMPO DE TRABALHO NESTA EMPRESA DE CONSERVAÇÃO:

Ao avaliar-se o tempo de trabalho nesta mesma empresa de conservação, referido pelos 26 trabalhadores (Tabela 8), tem-se que dez trabalhadores (38,5 %), estão há mais de 10 anos prestando serviços para esta mesma empresa, o que não significa que tenham trabalhando durante todo este tempo no Hospital Municipal Paulino Werneck, ou mesmo em um só outro local. A rotatividade neste tipo de atividade em geral é elevada. O grupo de trabalhadores estudado, de certo modo, constitui uma exceção entre os trabalhadores de limpeza e conservação.

Tabela 8. Tempo de trabalho nesta empresa de conservação (Nov/Dez 97)

<i>TEMPO DE TRABALHO (ANOS)</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
< 1	3	11,5
1,0 – 3,0	5	19,2
4,0 – 6,0	2	7,6
7,0 – 10,0	6	23,0
> 10	10	38,5
TOTAL	26	100

TEMPO DE TRABALHO NO HOSPITAL

MUNICIPAL PAULINO WERNECK:

Em relação ao tempo de trabalho no Hospital Municipal Paulino Werneck (Tabela 9), os dois maiores grupos são os que contém sete trabalhadores (26,9 %). Apesar de existirem no HMPW 10 trabalhadores que estão na mesma empresa há mais de 10 anos, o grupo de trabalhadores que está há mais de 10 anos no H.M.P.W., é representado por apenas 3 trabalhadores (11,5 %).

Tabela 9. Tempo de trabalho no Hospital Municipal Paulino Werneck (Nov/Dez 97)

<i>Tempo de Trabalho (anos)</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
< 1	5	19,2
1 – 3	7	26,9
4 – 6	7	26,9

7 – 9	4	15,3
>/ 10	3	11,5
TOTAL	26	100

TEMPO NECESSÁRIO PARA O

DESLOCAMENTO DE CASA PARA O TRABALHO:

Em relação ao tempo necessário (ou gasto), em minutos, para que os 26 trabalhadores da empresa de conservação locomovam-se de suas residências para o trabalho no hospital, ou de volta para casa (Tabela 10), observa-se que o grupo mais representativo é composto por 11 trabalhadores, e que correspondem a 42,3 % da amostra e necessitam de no máximo 30 minutos para a realização deste deslocamento. Apenas um trabalhador (3,9 %), necessita de mais do que 120 minutos para o referido traslado. Dois trabalhadores, que correspondem a 7,7 % da amostra, revelaram não saber, quantos minutos são necessários para ir ou voltar do trabalho.

Tabela 10. Tempo necessário para o deslocamento de casa para o trabalho
(Nov/Dez 97)

<i>TEMPO EM MINUTOS</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
< 30	11	42,3
30 – 60	5	19,2
61 – 90	3	11,5
91 – 120	4	15,3
> 120	1	3,8
Ignorado	2	7,6
TOTAL	26	100

O principal meio de meio de transporte utilizado pelos trabalhadores é o ônibus, sendo que 38,5 % utilizam 2 ônibus para o traslado casa – trabalho

Tabela 11. Meio de transporte utilizado para o traslado casa - trabalho referido pelos 26 trabalhadores da empresa de conservação do Hospital Municipal Paulino Werneck (Nov/Dez 97)

<i>MEIO DE TRANSPORTE</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Caminhada	6	23,0
1 ônibus	10	38,5
2 ônibus	8	30,7

3 ônibus	1	3,9
1 trem e 2 ônibus	1	3,9
TOTAL	26	100

III . 1 . 2 – OS ACIDENTES DE TRABALHO

Para falar dos acidentes ocorridos com os 26 trabalhadores que realizam a limpeza, conservação e coleta interna do lixo na Emergência do HMPW foram utilizados os seguintes indicadores: acidentes de percurso acontecidos com o trabalhador, acidentes de trabalho ocorridos com o trabalhador no emprego atual, tipos de acidentes de trabalho ocorridos com os trabalhadores e os acidentes de trabalho ocorridos com os colegas no trabalho atual.

ACIDENTES DE PERCURSO:

O acidente de percurso, em uma definição simplista, é aquele acontecido com o trabalhador no traslado casa-trabalho-casa. Conforme apresentado na tabela 12, vinte e um dos trabalhadores (80,8 %), relatam não ter sofrido nenhum tipo de acidente de percurso desde que estão lotados no Hospital Municipal Paulino Werneck.

Tabela 12. Acidentes de Percurso acontecidos com o trabalhador (Nov/Dez 97)

<i>ACIDENTE</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	5	19,2
Não	21	80,8
TOTAL	26	100

Dos cinco acidentes de percurso relatados, três ocorreram em ônibus (60 %), sendo o restante quedas.

ACIDENTES DE TRABALHO:

Em relação aos acidentes de trabalho, o maior quantitativo da amostra, representado por 19 trabalhadores (73,1 %), relata não ter sofrido nenhum tipo de acidente desde que começou a trabalhar no Hospital Municipal Paulino Werneck. Dos sete trabalhadores que relataram ter sofrido algum tipo de acidente (Tabela 13), cinco deles (71,4 %), informaram ter tido corte produzido por material perfurocortante, como agulhas e bisturis, descartados em locais inadequados, na opinião deles. Três dos trabalhadores acidentados (42,9 %), informaram ter tido mais do que três acidentes de trabalho; dois trabalhadores (28 %), acidentaram-se duas vezes e os outros dois restantes, acidentaram-se uma única vez.

Quanto ao primeiro atendimento e ao registro dos acidentes de trabalho, tem-se ainda que dos sete trabalhadores que relataram ter sofrido algum tipo de acidente de trabalho, quatro deles, informam que não tiveram nenhum tipo de atendimento médico ou de qualquer outro profissional de saúde, e consequentemente não existe boletim de atendimento e/ou registro de acidente de trabalho. Os três trabalhadores restantes, informaram que tiveram atendimento médico e de outros profissionais, como também boletim de atendimento, em todos os seus acidentes de trabalho. Informaram ainda que apesar do relatado, não houve registro de acidente de trabalho.

**Tabela 13. Causas de acidente de trabalho ocorridos
com o trabalhador no emprego atual (Nov/Dez 97)**

<i>CAUSAS DE ACIDENTES</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Corte produzido por material perfurocortante descartado em local inadequado	5	71,4
Escorregou e caiu	1	14,3
Corte na mão produzido ao utilizar palha de aço	1	14,3
TOTAL	7	100

**OS ACIDENTES DE TRABALHO OCORRIDOS
COM OS COLEGAS NESTE TRABALHO:**

Em relação a possibilidade de qualquer um dos trabalhadores da empresa, ter presenciado ou tido conhecimento de algum acidente ocorrido com os seus colegas de trabalho, quinze trabalhadores (57,8 %),

disseram não ter presenciado, ou souberam de qualquer acidente de trabalho ocorrido com seus colegas, neste emprego.

III . 1 . 3 - A PERCEPÇÃO DE RISCOS DOS TRABALHADORES E O USO DE EPIs

A respeito da percepção dos 26 trabalhadores que realizam seu processo de trabalho na limpeza e coleta interna do lixo da emergência, foram utilizados os seguintes indicadores: Percepção dos riscos existentes na realização do seu processo de trabalho, quanto ao descarte de material perfurocortante em local adequado, quanto a possibilidade de contrair alguma doença ocupacional, quanto à possibilidade do esforço despendido ser em demasia, quanto as causas dos acidentes ocorridos no local de trabalho, sobre o que é preciso mudar para melhorar as suas condições de trabalho, quanto a sua satisfação pessoal em relação ao seu trabalho e em relação a opinião das pessoas à respeito da função exercida por eles.

PERCEPÇÃO DOS RISCOS:

Sobre a percepção dos riscos existentes tanto no seu ambiente de trabalho, quanto na realização do seu processo de trabalho, pelos 26 trabalhadores da empresa de conservação, tem-se que a maioria absoluta dos entrevistados, representado pelo grupo de 24 trabalhadores que correspondem ao percentual de 92,3 %, responderam que percebem a existência do risco em sua atividade de trabalho.

PERCEPÇÃO QUANTO A ADEQUAÇÃO DO DESCARTE DE MATERIAL PERFUROCORTANTE:

Em relação a adequação do descarte de materiais considerados como cortantes ou perfurantes (Tabela 14), como por exemplo, agulhas e bisturis, pelos diversos profissionais da equipe de saúde que atuam na emergência, à saber Médicos, Odontólogos, Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem e Técnicos de Laboratório, tem-se que, na opinião dos 26 trabalhadores que realizam o trabalho de coleta interna do lixo hospitalar, e que são os principais interessados em que corretas práticas de biossegurança sejam adotadas, tanto pelos profissionais da equipe de saúde que atuam na emergência, na utilização do local adequado para o descarte de perfurocortantes; quanto por eles próprios, para maior segurança e proteção de sua saúde, 14 trabalhadores (53,8 %) consideram que o descarte de material perfurocortante é realizado de maneira correta, mesmo não conhecendo o contido nas normas.

Todos os trabalhadores que responderam SIM ao questionamento sobre a adequação do descarte de perfurocortantes, acrescentaram que este procedimento (descarte em local correto) é bastante recente, e que a prática anteriormente utilizada era o descarte em local inadequado.

Tabela 14. Percepção quanto a adequação do descarte de material perfurocortante, efetuado por Odontólogos, Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem e Técnicos de laboratório (Nov/Dez 97).

<i>PERCEPÇÃO</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Adequado	14	53,8
Inadequado	9	34,6
Variado (adequado/inadequado)	3	11,5
TOTAL	26	100

DOENÇA OCUPACIONAL:

Quanto a percepção dos 26 trabalhadores da limpeza, conservação e coleta interna do lixo no Hospital Municipal Paulino Werneck a respeito da possibilidade de contrair alguma doença ocupacional advinda do seu trabalho em ambiente considerado insalubre (Tabela 15), a grande maioria (65,4 %), respondeu que está consciente quanto a possibilidade de contrair alguma doença em função do seu tipo de trabalho. Nesta entrevista 10 trabalhadores informaram ter tido doenças respiratórias durante o trabalho no HMPW.

Tabela 15. Percepção dos trabalhadores quanto a possibilidade de contrair alguma doença ocupacional (Nov/Dez 97)

<i>PERCEPÇÃO</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	17	65,4
Não	8	30,8
Ignorado	1	3,8
TOTAL	26	100

PERCEPÇÃO QUANTO AO ESFORÇO FÍSICO PARA A REALIZAÇÃO DAS TAREFAS:

Em relação a observação do pesquisador sobre o fato do o esforço físico para a realização de grande parte das tarefas ser considerado em demasia, a grande maioria dos trabalhadores, representado por 18 deles, correspondendo a 69,2 % da amostra, respondera que consideravam o esforço físico para a realização das tarefas em excesso., principalmente nos dias de faxina geral.

PERCEPÇÃO QUANTO AS CAUSAS DOS ACIDENTES DE TRABALHO:

Em relação a percepção dos trabalhadores, a respeito das possíveis causas dos acidentes de trabalho eventualmente ocorridos com eles (Tabela 16), durante a execução de seu processo de trabalho, neste hospital, temos que um grupo de 13 trabalhadores, que correspondem a 50 % da amostra, responderam que os acidentes ocorridos com eles próprios, ao realizar suas tarefas são devido ao descuido ou falta de atenção do próprio trabalhador. Os trabalhadores deste estudo não tiveram nenhum treinamento em serviço na área de segurança no trabalho.

Tabela 16. Percepção dos trabalhadores da empresa de conservação do Hospital Municipal Paulino Werneck, quanto as causas dos acidentes ocorridos no seu local de trabalho (Nov/Dez 97)

<i>PERCEPÇÃO</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Descuido ou falta de atenção do trabalhador	13	50,0
Descuido da equipe de saúde no descarte de material perfurocortante	5	19,2
Má Qualidade dos sacos de lixo	1	3,8
Ignorado	6	23,1
Falta de material adequado	1	3,8
TOTAL	26	100

MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO:

A respeito do que seja possível fazer para melhorar suas condições de trabalho no hospital (Tabela 17), sete trabalhadores, (26,9 %) preferiram não responder a pergunta; quatro trabalhadores, (15,7 %) da amostra, disseram que as condições de trabalho melhorariam, se recebessem um aumento em seus salários.

Tabela 17. Percepção dos trabalhadores da empresa de conservação do Hospital Municipal Paulino Werneck, à respeito do que é necessário fazer para melhorar as condições de trabalho (Nov/Dez 97).

<i>NECESSÁRIO</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Melhores equipamentos	2	7,8
Plantão diurno	3	11,8
Aumento do salário	4	15,7
Diminuição do esforço físico	2	7,8
Aumento do quantitativo de pessoal	1	3,9
Atenção ao trabalhador	1	3,9
Melhorar a limpeza	1	3,9

Oportunidade para estudar	1	3,9
Mais amor	1	3,9
Ser compreendido	1	3,9
Valorização do trabalhador	1	3,9
Ignorado	1	3,9
Não responderam a pergunta	7	26,9
TOTAL	26	100

SATISFAÇÃO PESSOAL EM RELAÇÃO AO TRABALHO DE LIMPEZA E CONSERVAÇÃO HOSPITALAR:

Em relação a satisfação pessoal dos 26 trabalhadores que atuam na conservação da Emergência do HMPW, 22 trabalhadores (84 % da amostra) estão satisfeitos com o tipo de trabalho que executam, apesar dos inúmeros motivos que teriam, com certeza, para serem insatisfeitos.

PERCEPÇÃO EM RELAÇÃO A OPINIÃO DA POPULAÇÃO A RESPEITO DA SUA ATIVIDADE:

A respeito da opinião das pessoas sobre a função exercida por estes trabalhadores (Tabela 18), 15 trabalhadores (57,7 %), referem que as pessoas acham boa a função exercida por eles, e apenas um trabalhador, que corresponde a 3,8 % da amostra, relata que as pessoas de um modo geral acham que a função exercida por ele é perigosa.

Tabela 18. Percepção dos trabalhadores da empresa de conservação do Hospital Municipal Paulino Werneck, quanto a opinião da população a respeito da sua atividade (Nov/Dez 97)

<i>OPINIÃO</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Boa	15	57,6
Normal	2	7,6
Criticam	4	15,3
Ignorado	4	15,3
Perigoso	1	3,8

USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL:

A respeito do uso dos equipamentos de proteção individual (Tabela 19), verificou-se que, ao contrário do que foi observado pelo pesquisador durante o trabalho de campo, a maioria dos entrevistados, 24 trabalhadores (92,3 %), responderam que sempre usam os equipamentos de proteção individual durante a realização do seu processo de trabalho. Apenas um trabalhador (3,8 %), respondeu que só utiliza os referidos equipamentos algumas vezes. O mais interessante é que este trabalhador que diz usar os equipamentos de proteção individual apenas algumas vezes, foi um dos trabalhadores que durante a observação do pesquisador no período do trabalho de campo, estava na maioria absoluta das vezes utilizando luvas e botas.

Tabela 19. Uso de Equipamentos de proteção individual (botas e luvas) fornecidos pela empresa, referido pelos 26 trabalhadores da empresa de conservação do Hospital Municipal Paulino Werneck (Nov/Dez 97)

<i>EQUIPAMENTOS</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Algumas vezes	1	3,8
Sempre	24	92,3
Nunca	1	3,8
TOTAL	26	100

HISTÓRIA VACINAL:

Em relação a história vacinal dos trabalhadores, a respeito de ter sido imunizado com alguma dose da vacina Anti –Tetânica, que fornece imunização por 10 anos, se administrada em três doses, com um intervalo mínimo de dois meses entre as doses, ou a vacina Dupla, que fornece imunização contra tétano e difteria, com a mesma posologia e com o mesmo prazo de proteção, observou-se que apenas 11 trabalhadores (42,3 %), tomaram pelo menos uma dose da referida vacina. Caracterizando, assim um quadro que não garante a proteção contra o perigo do tétano acidental, representado pelo risco de acidentes produzidos por material perfurocortante, no descarte inadequado desses materiais.

Torna-se importante ressaltar, que destes 11 trabalhadores citados, todos tomaram a referida vacina por conta própria e que não existe, nem por parte da empresa contratante quanto pelo hospital, qualquer política de incentivo à vacinação profilática.

III . 1 . 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Alguns autores, como por exemplo, Laurell e Noriega (1989) e Anjos et al. (1995), consideram importante avaliar o desgaste operário. Uma das formas de analisar este desgaste do trabalhador, talvez seja o tempo gasto diariamente no trajeto residência/trabalho (vide tabela 10). Nesta pesquisa observou-se que um número significativo dos trabalhadores gasta mais de 2 horas no traslado casa-trabalho-casa. Este tempo gasto no traslado somado ao esforço físico para a realização das tarefas, desgasta o trabalhador.

Em relação aos acidentes, observa-se que nos casos de todos os sete trabalhadores que relataram ter sofrido algum tipo de acidente de trabalho, não foram feitos os registros dos mesmos. A primeira impressão que se tem é que neste tipo de trabalho não ocorrem acidentes, o que infelizmente, baseado no exposto anteriormente, não é a realidade. Torna-se importante ressaltar que a grande maioria dos trabalhadores que responderam não ter sofrido nenhum acidente de trabalho, neste emprego, não consideram pequenas quedas, cortes ou perfurações nos membros inferiores produzidos por material perfurocortante, como sendo acidente de trabalho. Este pensamento talvez seja explicado, pelo fato de que na opinião deles, estes acidentes, quando acontecem, é por culpa do próprio trabalhador, por ter sido descuidado.

Sendo assim, não é acidente de trabalho, porque não foi por culpa do “patrão” ou pelas condições de trabalho impostas por estes.

Velloso (1995) descreve que em determinadas situações, o acidente de trabalho pode estar vinculado à doença profissional e que o surgimento e a evolução de determinada enfermidade, por exemplo, problemas de coluna devido ao levantamento e carregamento de peso, aumentará a probabilidade da ocorrência de acidentes como torções, contusões e lombalgias.

Possas (1987) faz referência à questão da sub-notificação dos acidentes de trabalho, intensificada depois do advento da lei Nº 6.367. A partir dessa lei, a Previdência Social (INPS), transferiu a responsabilidade do pagamento dos primeiros 15 dias após a ocorrência do acidente para a empresa. Sendo assim, o INPS, passou a pagar o benefício a partir do 16º dia, caso a licença não termine e o trabalhador não retorne às suas atividades normais.

Devido ao fato de que na grande maioria dos acidentes não haver afastamento do trabalho ou período de licença superior a 15 dias, a empresa não informa a ocorrência desses acidentes, contribuindo assim para a sub-notificação. Esta conduta (ou política), inclusive fortalece a campanhas, algumas vezes enganosas, adotadas por algumas empresas, e que tem como título: “Nesta empresa há “x” dias não acontecem acidentes com afastamento”.

Faleiros (1992), em relação a dicotomia existente entre o ato inseguro x condições inseguras, relata que a teoria de culpabilização põe a responsabilidade da ocorrência dos acidentes nos trabalhadores, provocando na opinião pública a falsa impressão de que o trabalhador é descuidado, desviando assim, a avaliação e/ou observação das precárias condições de trabalho.

Na atual pesquisa, 17 trabalhadores (65,4 %), responderam estar conscientes quanto a possibilidade de contrair alguma doença em função do tipo de atividade exercida por eles (Tabela 15). Nesta mesma entrevista, aproximadamente 40 % dos trabalhadores, afirmaram ter sido acometidos de doenças respiratórias durante o tempo que desenvolvem suas atividades profissionais no Hospital Municipal Paulino Werneck. Paradoxalmente, a maioria dos trabalhadores apesar de estarem conscientes da possibilidade de contrair alguma doença no ambiente de trabalho, quando estas acontecem, não estabelecem o nexo causal.

Após a avaliação da percepção dos trabalhadores quanto a possibilidade de contrair alguma doença ocupacional, realizou-se um cruzamento com o nível de escolaridade e com a faixa etária. Observou-se que quanto maior a escolaridade e menor a idade, maior a percepção quanto a possibilidade de contrair alguma doença ocupacional.

Tanto a afirmação contida nas respostas de metade dos trabalhadores, quanto as definições de acidente de trabalho, ato inseguro e condições inseguras, nos faz crer que a adoção da teoria da culpabilização por parte do trabalhador, ou seja, a dicotomia existente entre as questões relativas ao “ato inseguro x condições inseguras”, ainda persiste, não se conseguindo avançar significativamente neste aspecto.

Em acordo com o relatado, os trabalhadores da limpeza, conservação e coleta interna do lixo hospitalar do HMPW, em sua grande maioria, representados por 18 trabalhadores (69,2 % da amostra), consideram o esforço físico despendido por eles, para a realização do processo de trabalho, como sendo excessivo.

A respeito do período de proteção oferecido pela vacina Anti-Tetânica, um trabalhador informa que em sua opinião esta imunizado até o final de 1998, dois trabalhadores relatam que estão imunizados por 10 anos e oito trabalhadores ignoram por quanto tempo estão imunizados (protegidos) contra o Tétano acidental.

O esquema básico da vacina dupla adulto, que protege o trabalhador contra o Tétano e a Difteria, é composto por três doses da vacina, com um intervalo entre as doses de 02 meses e após o esquema completo, o trabalhador deverá tomar uma dose de reforço a cada 10 anos. Nenhum trabalhador relata ter sido imunizado com alguma dose da vacina contra Hepatite B.

III . 2 – RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS OBSERVAÇÕES

III . 2 . 1 - TRABALHO PRESCRITO E TRABALHO REAL

Neste momento analisaram-se os resultados obtidos nas comparações realizadas entre o trabalho prescrito, que neste estudo, é o composto pelas normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas, referentes a resíduos sólidos e resíduos de serviços de saúde; pelas Normas Regulamentadoras (NRs) e pelo

edital de concorrência para prestação de serviços e por manuais técnicos sobre limpeza e resíduos; e o trabalho real, representado pelas entrevistas, observações do pesquisador e pela filmagem em vídeo.

Durante a avaliação realizada no trabalho de campo, percebeu-se que o que é preconizado pelas normas técnicas (trabalho prescrito) é diferente do que informam, como sendo a realidade desenvolvida (trabalho real), a encarregada e os trabalhadores e também é diferente do que foi observado pelo pesquisador (trabalho real).

III . 2 . 2 - A ORGANIZAÇÃO E A DIVISÃO DO TRABALHO

O quantitativo de trabalhadores, dos diversos turnos, na maioria das vezes, não são fixos nos setores ou serviços, ou seja os trabalhadores atuam em todas as dependências do hospital em sistema de rodízio. Esta lotação dos trabalhadores pelos diversos postos de trabalho é feita mediante uma escala de serviços, que pode ser diária, semanal ou mensal. Isto se faz necessário, segundo a encarregada responsável pela empresa de conservação, devido à necessidade de serviço, pois é preciso substituir os trabalhadores que estão de folga, férias ou com licença médica.

Anteriormente, até o final de Dezembro de 1996, quando terminou o governo do então prefeito da cidade do Rio de Janeiro, Sr. Cesar Maia, o quantitativo dos trabalhadores da empresa terceirizada e prestadora de serviços responsável pela limpeza, conservação e coleta interna do lixo, era maior, tornando assim, diferente a jornada de trabalho, a divisão do trabalho, e também a distribuição dos trabalhadores nos diversos postos de trabalho.

Esta mudança no quantitativo de trabalhadores, segundo a encarregada da empresa de conservação, lotada no HMPW, ocorreu em função da diminuição dos trabalhadores contratados para fazer o serviço de limpeza e conservação, à pedido do contratante, baseado na cláusula 11.1 do edital de prestação de serviços, no qual relata que o quantitativo de trabalhadores lotados no hospital poderá ser acrescido ou diminuído de acordo com as necessidades de serviço da unidade. Devido a diminuição do quantitativo de trabalhadores, a jornada de trabalho se tornou intensificada, dificultando inclusive o cumprimento do trabalho prescrito com a utilização de um efetivo menor de trabalhadores.

III . 2 . 3 - O PROCESSO DE TRABALHO

O processo de trabalho da limpeza, conservação e coleta interna do lixo hospitalar no Serviço de Emergência, começa às 7:00 horas da manhã, com a passagem do serviço ou de plantão pelas trabalhadoras do turno da noite para os trabalhadores do primeiro turno do dia. Neste momento, as trabalhadoras da noite informam para os colegas que estão iniciando no horário, como estão as condições do ambiente (ou área

física) da Emergência, ou seja qual foi o trabalho realizado no período e o que eventualmente não pode ser feito.

Após esta rotina descrita, os trabalhadores irão providenciar a realização do que for preciso ser feito, que normalmente, inicialmente é esvaziar o lixo contido nos baldes dos carrinhos de curativo e/ou nos baldes individuais dos pacientes acamados, de cada uma das três salas de atendimento de urgência (sala de homens, de mulheres e de crianças), como também das salas de Raio X, de atendimento odontológico de urgência, de grande emergência, da ortopedia, do laboratório e da recepção. Este lixo é transportado, por um dos trabalhadores, em sacos plásticos até um recipiente grande de plástico com tampa e forrado por saco plástico grande denominado “flexão”, que fica na porta de cada uma das salas de atendimento. Este lixo será transportado para uma área física aberta localizada ao lado da sala dos médicos. A seguir estes resíduos serão depositados em latões de 200 litros e transportados por um trabalhador com o auxílio de um carrinho, para uma outra área aberta na entrada de emergência do hospital. O lixo permanece neste local, até ser recolhido pela firma terceirizada, especializada em coleta de lixo hospitalar, contratada pela Companhia Municipal de Limpeza Urbana do Rio de Janeiro (COMLURB) para realizar o serviço de coleta externa do lixo.

Após o procedimento, os trabalhadores fazem uma limpeza superficial, denominada pela encarregada, como manutenção de rotina, em todas as oito salas e que consiste em realizar varredura manual, que é o ato de passar pano molhado enrolado em um rodo no piso das salas e dos dois corredores internos e um externo, a lavagem dos banheiros, limpar pontos de oxigênio, bancadas, parapecitos de janelas, carrinhos de curativos, vidros das janelas, além de determinados pontos da parede que por ventura estejam sujos de sangue.

Durante o restante da jornada, seja diurna ou noturna, os trabalhadores continuam a realizar a manutenção de rotina, que consiste em efetuar a limpeza todas as vezes que for necessário, como por exemplo, quando acontece um atendimento de emergência na qual o ambiente físico fique sujo de sangue ou de alguma espécie de resíduo sólido ou líquido.

Dentre as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores, inclui-se uma denominada “Faxina geral da Emergência”. Esta atividade consiste, como o próprio nome sugere, em um espécie de faxina geral, que ocorre algumas vezes por mês, em dias da semana alternados. A encarregada da limpeza relata que “a lavagem geral da Emergência ocorre em dias alternados para não prejudicar muito o trabalho da equipe médica”, e que seriam necessários seis trabalhadores para a realização desta tarefa, porém com o advento da redução do quantitativo de pessoal, atualmente apenas quatro trabalhadores atuam na área a ser lavada. Na observação do pesquisador durante a execução desta tarefa pelos trabalhadores, evidenciou-se que a realização desta atividade com um quantitativo menor de trabalhadores, significa uma perda no padrão de qualidade.

Estes quatro trabalhadores escalados para a faxina são considerados, na opinião da encarregada, ao contrário de alguns outros, como sendo práticos, ágeis, eficazes, possuidores de uma visão ampla. Assim, estes trabalhadores são capazes de controlar a duração da atividade, podendo ser mais rápidos ou mais lentos dependendo da demanda e das características na emergência. A encarregada conclui, dizendo, que estes quatro trabalhadores cansam-se muito mais do que os outros que estão executando outras atividades.

Em relação a observação da encarregada geral, sobre a limpeza de unidades hospitalares, o manual normas técnicas para prevenção da transmissão da AIDS (1989), relata que “a frequência e os métodos de limpeza variam de acordo com a área do hospital (ou unidade de saúde), o tipo de superfície a ser limpa e a quantidade e o tipo de contaminação existente”. Para o referido manual, superfícies como pisos, mesas e suportes de soros, entre outros, devem ser limpos regularmente. Sempre que ocorrer qualquer contaminação produzida por fluidos corpóreos, como também, após a desocupação do leito pelo paciente, é importante promover a devida desinfecção com hipoclorito de sódio a 0,5%. E que para paredes e cortinas, a limpeza é recomendada somente em casos onde a sua contaminação seja visível.

A encarregada, descrevendo o processo de lavagem geral do Setor de Emergência, diz que quando vai haver a referida faxina, normalmente, são deslocados outros trabalhadores para ajudar os que já estavam lotados naquele turno e local. Em geral, de 2ª a 6ª feira, em todos os turnos no período diurno, estão escalados para trabalhar na Emergência dois funcionários. Sendo assim, torna-se necessário deslocar mais dois trabalhadores que estavam lotados em outro setor, para completar os quatro, considerados como quantidade mínima, na opinião dela, para a realização da tarefa. Se esta faxina ocorrer em um Sábado ou Domingo, só haverá um funcionário da empresa de conservação escalado na emergência. Serão necessários então, o remanejamento de três trabalhadores. Neste caso, serão utilizados um trabalhador do sexo masculino que estava no pátio, um trabalhador do sexo feminino da maternidade e outra do centro cirúrgico.

Em relação ao tempo necessário para a realização da faxina geral da Emergência, a encarregada diz que “se nós não tivermos que parar o serviço, devido a entrada de **uma emergência mesmo** (grifo do autor), a faxina leva em torno de uma hora.” A expressão grifada nesta fala, faz referência ao fato de que um percentual bastante razoável dos atendimentos realizados neste setor, não serem considerados como atendimentos de emergência, ou seja, são atendimentos que não necessitam de rapidez de resolução, que poderiam ser absorvidos pelo ambulatório e que por algum motivo esta demanda foi reprimida. Para a concretização da previsão de que a realização desta tarefa será em uma hora, a encarregada diz que nem todas as salas estão incluídas nesta lavagem, apenas as três salas para atendimento das emergências de homens, mulheres e crianças, o posto de enfermagem, as salas de ortopedia e grande emergência e os dois corredores. O laboratório e a sala do Raio X tem a sua faxina uma vez por semana, em dia alternados, e a sala de atendimento de urgência odontológica tem a sua limpeza geral todas as quintas feiras, à partir das 15 horas. Nesta faxina, são lavados o piso e os colchões, como também providenciadas a limpeza de parapeitos e janelas, entre outros.

A respeito da realização da tarefa, a encarregada, relata, que os trabalhadores escalados para a faxina sabem previamente quando a mesma acontecerá e ficam aguardando apenas que a encarregada responsável pela atividade informe o horário do início da mesma.

Antes de iniciarem-se os preparativos para a realização da referida lavagem, um dos trabalhadores vai ao setor, para certificar-se se a atividade pode ser realizada naquele momento. O critério mais importante e que vai determinar se a realização da tarefa é possível naquele dia e horário, é a constatação, pelo trabalhador da empresa ou a informação, de alguém responsável pela equipe de saúde que esteja trabalhando naquele momento, de que não há um número excessivo de pacientes acamados/internados ou de pacientes, em estado

que necessite de cuidados, sendo atendidos naquele momento. Caso alguma dessas situações esteja ocorrendo, a limpeza geral não será realizada naquele momento, e sim em outro horário ou até mesmo em outro dia, pois segundo a encarregada geral, “a prioridade é sempre o conforto do paciente, inclusive é por isso que esta limpeza geral é realizada em dias alternados”.

Segundo a encarregada, supondo que o dia para a realização da lavagem geral, seja um sábado, às 10:30 da manhã, um dos trabalhadores do turno já terá ido a Emergência verificar a viabilidade da realização da tarefa e se os outros trabalhadores depositaram todo o material necessário, como baldes, rodos, sabão, etc, na porta da primeira sala à ser lavada, por exemplo a sala de atendimento de urgência para mulheres. Neste momento, os trabalhadores entram na referida sala e começam a faxina geral. Enquanto um dos funcionários começa a lavar os parapeitos das janelas, os outros vão executando outras tarefas, como limpar as macas, os aparelhos de pressão, arrastando as mesas, limpando colchões, entre outras. Nesta atividade, cada um dos funcionários tem uma função pré-determinada até chegar ao momento de lavar o piso, que é a última parte do trabalho, dentro desta sala, pois depois será feito a mesma coisa nas outras salas e também serão limpos os corredores.

A faxina geral de cada uma das salas sempre começa por um dos cantos frontais ao banheiro. Isto tem como objetivo que a água que é utilizada para a lavagem das salas, seja puxada ou levada, com o auxílio de rodos, para o banheiro, onde existem ralos, e não escorra para o corredor principal, que dá acesso a todas as outras salas.

No caso da lavagem da sala do posto de enfermagem, que fica localizada entre as salas de atendimento de urgência de homens e urgência de crianças; da sala de atendimento de urgência ortopédica, que fica localizada em um corredor lateral, de frente para a sala da equipe médica de plantão; e da sala de grande emergência, que fica de frente a sala de emergência de homens, que não possuem banheiro e nem ralo para o escoamento, esta água será puxada com o auxílio de rodos, por toda a extensão dos corredores até um local, na área externa, que possua um ralo. Após puxar toda a água desses setores, é necessário passar pano seco em todo o piso, para que o mesmo fique completamente seco. Neste momento, ao passar o pano seco no piso, caso a água que sai, ao torcer o pano, esteja suja, torna-se necessário limpar este piso novamente, até que o piso esteja totalmente limpo. Sendo assim, perde-se muito tempo nesta atividade, além do desgaste físico dos trabalhadores.

A encarregada, diz também, que durante a realização da lavagem geral é feito o trabalho mais pesado, bruto; e que na execução desta tarefa existem muitas dificuldades, como por exemplo, lavar tetos, arrastar macas com pacientes acamados e suportes com soros que estejam fazendo hidratação venosa em veias periféricas ou subclávias. Quanto maior for a ocupação das macas, mais difícil será à realização do processo de trabalho. Sendo assim, convencionou-se que quando o paciente está acamado, é da equipe de enfermagem a responsabilidade de realizar a limpeza de colchões.

Diariamente, todo o hospital, com exceção da área administrativa e da cozinha, são varridos, com a utilização de um pano molhado envolvido em um rodo.

No Serviço de Emergência, segundo a encarregada, como em toda área hospitalar onde exista paciente internado, não se pode usar nenhum produto que contenha cheiro.

Esta encarregada finaliza, relatando que na opinião dela, em relação a carga de trabalho, a diferença das enfermarias para a emergência, é que nas enfermarias apesar do serviço ser mais pesado para os trabalhadores da limpeza que estão escalados naquele turno e setor, este trabalho pesado é realizado apenas pela manhã, sendo necessário, a partir disto somente a conservação, ao contrário da Emergência, onde o serviço executado pelos trabalhadores escalados neste setor é apenas o de manutenção.

III . 2 . 4 - AS CONDIÇÕES DE TRABALHO

Os riscos evidenciados durante a realização da filmagem deste processo de trabalho, foram agrupados de acordo com o descrito por Mattos (1992), e citados por Velloso (1995), em: Químicos, Físicos, Biológicos, Sociais, Ergonômicos e Mecânicos.

RISCO QUÍMICO

Da mesma forma do que o observado por Velloso (1995) em trabalhadores da coleta domiciliar de lixo, os trabalhadores deste estudo também estão expostos a agentes como poeiras, gases e substâncias líquidas diversas, inclusive explosivas e/ou inflamáveis, muitas vezes armazenados em locais inadequados, como por exemplo, próximo a Bico de Bunsen. Algumas dessas substâncias tem efeitos irritantes, sistêmicos, corrosivos e carcinogênicos.

RISCO FÍSICO

Em relação a este tipo de risco, observa-se que no Serviço de Emergência do HMPW, a ventilação natural, quanto a artificial são insuficientes. A iluminação natural e artificial são inadequadas.

RISCO BIOLÓGICO

Estão representados pelo contato diário e prolongado com diversos agentes de patogenidade variada e que podem desencadear patologias crônicas e agudas, e em muitas ocasiões por diversos fatores, não é estabelecido o nexos causal. Estes trabalhadores estão expostos ao contato com líquidos e/ou secreções corpóreas, como também, eventualmente a fragmentos de tecidos.

RISCO SOCIAL

Velloso (1995), citando Mattos (1992), faz referência aos Riscos Sociais, como sendo decorrentes de fatores ligados as relações de produção, como falta de treinamento, jornada de trabalho, horas extras, trabalho noturno, revezamento de turmas, entre outros.

Dentre as considerações possíveis, baseado na observação do pesquisador, vale ressaltar a questão do treinamento inadequado e muitas vezes inexistentes para a realização de algumas tarefas, a jornada de trabalho intensificada, devido a diminuição de trabalhadores e consequentemente a alteração da jornada de trabalho e a observação do fato de que existem apenas 4 trabalhadores, todas do sexo feminino, no turno da

noite, sendo 2 trabalhadoras em cada noite, perfazendo uma carga horária de 12 horas de trabalho, quase sempre sem as devidas pausas, para 36 horas de “descanso”, incluindo-se neste período, o tempo necessário para o deslocamento casa x trabalho e vice-versa, o trabalho doméstico, além do eventual trabalho extra, representado por vendas diversas, faxinas, entre outros.

RISCO ERGONÔMICO

Para Mattos (1992), os Riscos Ergonômicos estão relacionados ao mal posicionamento imposto ao trabalhador para a realização das tarefas em função de uma má organização das tarefas e dos postos de trabalho. O autor ainda cita que o transporte e o levantamento de cargas pesadas, leva o trabalhador a ter posturas e tensões corporais inadequadas devido a execução de tarefas mal projetadas.

Durante a filmagem da “faxina geral” pode-se observar e registrar que diversos pesos são levantados de forma desnecessária e com comprometimento para a saúde do trabalhador. Este excesso de peso que o trabalhador arrasta ou levanta para a realização das tarefas, torna-se ainda mais excessivo em dias de faxina geral. Na avaliação da maioria dos trabalhadores atos como, por exemplo, arrastar camas ou macas, inclusive com pacientes acamados sobre elas ou então levantar e/ou arrastar sacos plásticos ou recipientes coletores de lixo, são considerados por eles como atividades não comprometedoras da sua própria saúde. Como mais um exemplo deste tipo de risco, observou-se a manutenção de posturas inadequadas ou perigosas, adotadas pelos trabalhadores em escadas ou suspensos em janelas, para, na opinião deles, a execução de “um bom trabalho”.

RISCO MECÂNICO

Velloso (1995), relata que os riscos mecânicos estão representados pela possibilidade de existir acidentes com ou sem lesão, decorrentes do manuseio de máquinas e instrumentos, como também outros impactos mecânicos.

Na avaliação realizada pelo pesquisador observou-se que em diversas situações, durante a realização do processo de trabalho, o profissional está exposto a acidentes, tais como derrapagens e/ou quedas, devido ao piso estar molhado e não ser anti-derrapante; a quedas, durante o transporte de cargas ou por estar em escadas, sem a devida proteção.

Existe ainda, a possibilidade de acidente elétrico, representado por uso de substâncias líquidas na limpeza de paredes e tomadas, estas últimas, em certas ocasiões, apresentando Benjamins que ligam diversos aparelhos.

III . 2 . 5 –TRABALHO PRESCRITO E TRABALHO REAL

A LAVAGEM GERAL DA EMERGÊNCIA, SEGUNDO A OBSERVAÇÃO DO PESQUISADOR

Durante os preparativos para a realização da lavagem da Emergência as atividades desenvolvidas foram idênticas as descritas pela encarregada. A partir do início da atividade ocorreram diversas situações não descritas pela encarregada (página 74) ou então realizadas de maneira diferente do trabalho prescrito.

Ao contrário do que disse a encarregada, a respeito da lavagem geral do Setor de Emergência, em uma observação realizada em um Sábado, pela manhã, haviam apenas duas trabalhadoras e uma encarregada na realização da referida tarefa, totalizando três trabalhadoras. Além desse fato, foi observado que em desacordo com o que estabelece a NBR 12.810 (1993), que faz referência ao uniforme e relata que este “Deve ser composto por calça comprida e camisa com manga, no mínimo de $\frac{3}{4}$, de tecido resistente e de cor clara, específico para o uso do funcionário em serviço, de forma a identificá-lo de acordo com a sua função”, das três trabalhadoras responsáveis por realizar a faxina, apenas duas estavam vestindo o uniforme completo e os EPIs adequados (botas de cano longo e luva de borracha). A terceira trabalhadora, ao contrário das outras duas, usava roupa comum, de uso geral na rua, portanto não adequado a tarefa e a sua atividade em área hospitalar. A referida indumentária citada, constituía-se de uma bermuda tipo jeans e uma blusa de malha sem mangas.

O processo de trabalho, inicia-se mais uma vez, contrariando o que relata a encarregada geral, com a lavagem do piso realizado por uma das trabalhadoras, simultaneamente com a limpeza dos utensílios em geral realizada por outras duas trabalhadoras. O piso, como disse a encarregada, é lavado de uma das extremidades da sala em direção ao banheiro (nas salas que o possuem), onde esta localizado o ralo. Na lavagem do piso são usados: vassoura de piaçava, para através de fricção retirar a sujeira acumulada; rodo, para retirar a água em excesso; e uma máquina, semelhante a uma enceradeira doméstica e que é utilizada para espalhar o sabão neutro e completar a limpeza manual realizada pela trabalhadora com a vassoura. Além do relatado, são usados também simultaneamente baldes e mangueiras de água, usados pela mesma trabalhadora.

Durante a lavagem do piso a trabalhadora aproveitava e esfregava as paredes. A faxina continuava, com a lavagem das paredes, que era realizada com a mesma vassoura de piaçava que fora utilizada no piso, com o uso de esponjas, baldes e mangueira de água. Da mesma forma, o mesmo pano que foi usado para lavar o piso e as paredes, foi utilizado para limpar equipos de soro, macas, colchões, mesas e vidros das janelas. Enquanto a faxina estava sendo realizada, objetos como o flexão e os carrinhos de curativo, entre outros, permaneciam no corredor principal da emergência, na entrada da sala que estava sendo lavada. Estes objetos atrapalhavam a circulação de pacientes e trabalhadores da equipe de saúde.

Durante a observação da realização do processo de trabalho da lavagem geral da sala de Emergência de mulheres, ocorreu um atendimento de emergência, e mais uma vez a conduta estabelecida demonstrou ser de forma diferente do relatado pela encarregada geral e considerada, por ela, como trabalho prescrito, tanto por parte os trabalhadores da empresa de conservação, quanto dos profissionais de saúde, responsáveis pelo atendimento. Segundo a referida encarregada, “. . . atualmente apenas quatro trabalhadores atuam na área a ser lavada. Estes quatro trabalhadores escalados para a faxina, são considerados, na opinião da encarregada, ao contrário de alguns outros, como sendo práticos, ágeis, eficazes, possuidores de uma visão ampla e capazes inclusive de perceber o tempo que deve durar a atividade, quando serem mais rápidos ou ainda o momento

exato que é necessário interromper a atividade, devido ao início de um atendimento de emergência no local onde ocorre a faxina”.

Na realização desta faxina, deu entrada no hospital, uma senhora sentindo-se mal. Após resolvido as questões burocráticas referentes ao boletim de atendimento da emergência, pelo setor de recepção, a referida paciente foi atendida por uma das médicas que estava de serviço e que considerou o caso como necessário de internação. A usuária foi rapidamente acomodada em uma das macas disponíveis. A médica continuou, junto com uma auxiliar de enfermagem, a providenciar o tratamento necessário. Após a devida prescrição médica, a auxiliar de enfermagem, preparou a medicação, punccionou uma veia periférica no membro superior direito da paciente, pendurou o frasco de soro em um suporte e logo após providenciou a administração de medicamentos através do equipo do soro. Apesar do que foi relatado, o processo de trabalho das três funcionárias não foi interrompido, nem por iniciativa própria, como também não houve solicitação à este respeito por parte das profissionais da equipe de saúde envolvidos no atendimento. O trabalho da auxiliar de enfermagem, continuou normalmente, enquanto simultaneamente, as trabalhadoras da empresa de conservação, passavam a máquina para lavar o piso, produzindo assim, um barulho considerável, como também arrastavam móveis e realizavam a limpeza das paredes e vidros, ao redor da maca onde a usuária acima descrita acabava de ser internada.

Ao final deste processo de trabalho, todos os materiais e equipamentos, que estavam na porta da sala, no corredor principal, onde é realizado a triagem, foram recolocadas nos seus devidos lugares.

A limpeza e lavagem geral observados na sala do Serviço de Emergência teve início às 12:54 horas e terminou às 13:23 horas, ou seja, teve a duração de 29 minutos, sem contar o tempo necessário para separar e organizar o material necessário para a realização da tarefa. A encarregada geral disse que “se nós não tivermos que parar o serviço devido a entrada de **uma emergência mesmo** (grifo do autor), a faxina geral leva em torno de uma hora”. Ao observar-se que para a faxina geral de apenas uma sala são necessários, aproximadamente 30 minutos, e que no mesmo dia e horário são realizados a faxina geral em mais cinco salas, pode-se concluir que para o trabalho total nas seis salas, seriam necessários aproximadamente 3 horas com o quantitativo de 3 trabalhadores. Ao utilizar-se quatro trabalhadores, número considerado ideal pela encarregada, provavelmente seriam gastos aproximadamente 2 horas para a realização da atividade. Na avaliação do pesquisador, para obter-se qualidade na faxina geral seriam necessários 4 trabalhadores e aproximadamente 2 horas de trabalho.

Na filmagem em vídeo realizada pelo pesquisador, da atividade denominada faxina geral da Emergência, ocorrida na sala de mulheres, e executada por três trabalhadores, que utilizaram para a realização deste processo de trabalho, vassouras, rodos, panos de limpeza, baldes, produtos químicos, 1 mangueira e 1 máquina para lavar o chão, não foi utilizado escada para a limpeza de janelas ou locais mais altos. Para a realização destas tarefas o trabalhador utilizava-se de cadeiras ou mesas. A limpeza desta sala, que é retangular, foi realizada no sentido mais distante da mesma em direção ao banheiro, com o objetivo de utilizar o ralo contido nesta dependência.

Para um melhor entendimento da discordância existente entre a norma e o trabalho realizado, será descrito a realidade observada a respeito do ambiente e do processo de trabalho e comparado com o que preconiza a bibliografia.

Como descrito anteriormente, na observação do pesquisador a respeito do processo de trabalho, a jornada de trabalho começa às 7 horas da manhã, com a passagem de plantão feita por uma das trabalhadoras que estavam de plantão no horário noturno (e que estavam responsáveis pela limpeza, conservação e coleta interna do lixo de todo o hospital), para os dois trabalhadores responsáveis pelo primeiro turno do dia no Serviço de Emergência do hospital. Caso seja um fim de semana ou feriado, haverá apenas um trabalhador da empresa de conservação atuando na Emergência.

Após este procedimento habitual, será realizado a revisão do que necessita ser feito e a retirada do lixo. Estes resíduos são transportados de todas as salas, nem sempre com o uso de algum tipo de carrinho. Este fato contraria a NR 17 que determina que: “Não deverá ser exigido nem admitido o transporte manual de cargas, por um trabalhador, cujo peso seja suscetível de comprometer a sua saúde ou sua segurança” (Portaria MTb nº 3.214, de 8/06/1978). São transportados em pequenos sacos plásticos ou nas embalagens adaptadas pelos trabalhadores, feitas com folhas de jornais, em forma de cone que forram os baldes. Isto contraria a norma NBR 12809 (ABNT, 1983) que determina que todo resíduo classificado como infeccioso, deve ser devidamente acondicionado em saco branco leitoso, de acordo com a NBR 9190 (ABNT, 19) até um recipiente grande de plástico com tampa e forrado por um saco plástico grande, de 60 litros, preto, denominado “flexão”. Este recipiente fica localizado na entrada de cada uma das três salas de atendimento de urgência, onde o lixo é depositado e permanecerá até o momento que um outro trabalhador, que neste caso é sempre do sexo masculino, retire-o, com o auxílio de um carro e leve-o para uma determinada área física, aberta, sem cobertura, que fica localizada ao lado da sala dos médicos, processo que poderia ser considerado como “coleta interna I”.

Segundo a NBR 12.807 de Janeiro de 1993, a coleta interna I é a operação de transferência dos resíduos do local de geração para a sala de resíduo. Esta unidade hospitalar não possui a referida sala para resíduos. Neste local, os sacos plásticos de 60 litros são colocados em latões de 200 litros, forrados por plástico e transportados através de uma operação que poderia ser denominada de “coleta interna II”. Segundo a mesma norma este procedimento consiste na transferência dos resíduos da sala de resíduo para o abrigo de resíduo ou diretamente para o tratamento. Não existe na unidade pesquisada um abrigo de resíduos. Este lixo é somente depositado em caçambas da COMLURB, localizadas ao lado do portão, que serve de entrada para ambulâncias e também para duas áreas internas utilizadas como estacionamento pelos funcionários do hospital. O lixo contido nas caçambas da COMLURB não está totalmente acondicionado em sacos plásticos. Muitos desses resíduos estão soltos em cima, ao redor das referidas caçambas, ou pelo chão, o que além da estética, do odor desagradável e da proliferação de vetores, está em desacordo com o que preconiza a norma referente a forma de armazenamento externo. Esta norma relata que os recipientes lacrados contendo resíduos devem ser armazenados em local denominado abrigo de resíduos, mesmo quando depositados em contêineres; e que não é admitido a permanência de resíduos que não estejam acondicionados nos devidos sacos plásticos (NBR 12.809).

Em relação à geração e à segregação, temos na norma regulamentadora responsável pelos resíduos de serviços de saúde (NBR 12.809), que todos os trabalhadores de serviços de saúde devem estar capacitados para segregar corretamente os resíduos, além de conhecer o sistema de identificação utilizado. Todo resíduo, após desprezado, tem que ser acondicionado em saco plástico rígido e identificado, como também a importância do local de acondicionamento estar próximo ao local de geração.

No HMPW, a realidade é um pouco diferente do que preconiza esta norma. Grande parte dos trabalhadores não estão capacitados para separar corretamente os resíduos, como também não conhecem o sistema de identificação utilizado. Em muitas ocasiões foi observado pelo pesquisador que caixas de papelão de embalagens originais de soro eram utilizadas como recipientes para acondicionamento de material perfurocortante. Este fato era devido a inexistência da caixa própria para este fim, em alguns períodos, ou por desconhecimento da pessoa responsável pela manutenção da mesma, do perigo existente nesta improvisação. Outra observação importante sobre este fato é a questão da falta de identificação destas caixas improvisadas. Isto além de contribuir para que os profissionais responsáveis pela geração destes resíduos perfurocortantes aleguem desconhecimento da existência de um recipiente próprio para o descarte, desprezando assim, este tipo de resíduo no lixo comum. A adoção dessa práticas tornaram mais perigoso o processo de coleta interna para os trabalhadores.

Em relação ao manuseio e acondicionamento de resíduos, a NBR 12.809 relata que no manuseio de resíduos hospitalares, os trabalhadores envolvidos em todas as etapas deste procedimento devem usar equipamentos de proteção individual (EPIs) e que todo recipiente destinado a resíduos deve ter um fechamento que impossibilite vazamentos.

Baseado no exposto anteriormente, observou-se, durante o trabalho de campo, por diversas ocasiões o não uso, por alguns dos trabalhadores, dos equipamentos de proteção individual adequados para a realização das diversas atividades que compõem o processo de trabalho com resíduos. A constatação deste fato além de contrariar a referida norma regulamentadora, contraria também o referido pelos trabalhadores nas entrevistas, onde observou-se que 24 trabalhadores, ou 92,3% da amostra informaram usar sempre os equipamentos de proteção individual (EPIs).

A prática do acondicionamento dos resíduos em recipientes corretamente fechados, evitando-se assim vazamentos, não é uma constante no HMPW. Em todas as fases do gerenciamento dos resíduos, desde a sua geração, até o acondicionamento interno final, foram observadas falhas.

Segundo a Norma Regulamentadora referente a Ergonomia (NR-17) na coleta interna I, o transporte dos sacos plásticos contendo resíduos deve ser realizado de forma a não produzir acidentes ou esforço físico em demasia para o trabalhador. A NBR 12.809 relata que o trabalhador deve lavar as mãos ainda com as luvas, e depois de retirar as mesmas, colocando-as em local apropriado. As mãos devem ser lavadas antes de calçar as luvas e após retirá-las. Do relatado, apenas o processo de lavagem das mãos que não é contemplado a contento. Este fato talvez seja explicado pela falta de treinamento em serviço, como também pelo desconhecimento por parte do trabalhador da importância desta prática para a manutenção tanto da sua saúde como da saúde de todos.

A respeito do armazenamento interno dos resíduos, a NBR – 12.809 relata que as unidades geradoras de resíduos devem possuir uma sala apropriada para o acondicionamento dos recipientes de resíduos. Esta sala deve obedecer tanto às normas e padrões do Ministério da Saúde (1977), referentes a construções e instalações de serviços de saúde, quanto aos seguintes requisitos: possuir uma área mínima de 4 metros quadrados, com espaço suficiente para a entrada dos carros de coleta; o piso e as paredes devem ser revestidos com material liso, resistente, lavável e impermeável; possuir um ralo sifonado que deverá ser ligado a rede de esgotos; abertura para ventilação de, no mínimo, 1/20 da área do piso e não menos que 0,20 metro quadrados, ou algum tipo de ventilação mecânica que proporcione pressão negativa; possuir um lavatório e torneira de lavagem; e ponto de luz.

Para os pequenos geradores, que não possuam atividades de internação, o que não é o caso do HMPW, é facultativa esta sala de resíduos, devendo-se assim, encaminhar os recipientes diretamente para o abrigo de resíduos.

Como relatado anteriormente, o HMPW não possui a sala de resíduos. Os mesmos ficam armazenados, ao final do que poderia ser chamado de coleta interna I, em uma área física aberta, sem cobertura, localizada ao lado da sala dos médicos.

A coleta interna II, segundo a NBR – 12.809, tem que ser planejada utilizando-se o menor percurso possível, no mesmo sentido, não provocar ruídos, evitando-se a coincidência dos fluxos de roupas limpas, pessoas, alimentos, medicamentos e outros materiais. Quanto aos EPIs necessários para os trabalhadores que realizam esta parte da coleta, devem ser utilizados os mesmos utilizados na coleta interna I, acrescentando-se apenas um avental impermeável.

Devido a arquitetura do HMPW, o hospital apresenta corredores e acessos com pouco espaço físico disponível para a circulação, o que dificulta a existência ou a execução de um planejamento específico para o fluxo diferenciado de pessoas, alimentos, roupas em geral, medicamentos e outros materiais. Quanto aos EPIs necessários para a coleta interna II, nem sempre são usados os mesmos da coleta interna I. O avental impermeável, por exemplo, não é fornecido pela empresa. Não sendo assim, utilizado pelos trabalhadores da coleta interna I.

O abrigo de resíduos, inexistente no HMPW, deve possuir as seguintes especificações: ter construção em alvenaria, ser fechado, com aberturas teladas que possibilitem uma área de ventilação mínima correspondente a 1/20 da área do piso e não menos que 0,20 metros quadrados. Tanto o piso quanto as paredes devem ser revestidos de material liso, resistente, lavável, impermeável e possuir a cor branca. Deve possuir porta com abertura para fora e proteção interior que dificulte a entrada de qualquer vetor. Necessita apresentar ponto de água, preferencialmente quente e sob pressão, ralo sifonado, iluminação artificial interna e externa e ponto de esgoto sanitário. Sua localização deve permitir, com facilidade, a coleta interna e externa; deve possuir em local de fácil visualização o símbolo de identificação de acordo com a natureza do resíduo e ser dimensionado de forma que possa comportar o armazenamento de resíduos em quantidade igual ao de três dias de produção (**NBR 7500: ABNT, 19**).

Segundo o manual Normas técnicas para prevenção da transmissão da AIDS, “a rotina de limpeza de cada área das unidades de saúde e hospitais deve ser cuidadosamente discutida com os profissionais

encarregados de executá-la, evitando-se acidentes pessoais e a contaminação entre áreas diversas”. Esta rotina de limpeza não é discutida em nenhum momento com os trabalhadores do HMPW, ao contrário do que orienta a norma, a rotina de trabalho é imposta pela empresa de conservação. Sendo assim, perde-se a oportunidade de evitar acidentes e contaminações cruzadas entre áreas hospitalares diversas, como também perde-se a oportunidade de resgatar o saber operário.

Quanto ao material de limpeza necessário para a realização das tarefas, a encarregada relata, que a lavagem é feita apenas com água e sabão neutro e que “em caso de alguma infecção, são usados produtos químicos como, por exemplo, o Germiquil e Marcofem. Quem determina o uso desses produtos, é a enfermagem. Em casos de pacientes aidéticos, é usado Hipoclorito de Sódio”. Além desses produtos, no processo de trabalho da coleta interna do lixo, da limpeza e conservação hospitalar, são usados panos, vassouras de piaçava (que são utilizadas apenas para lavar pisos e paredes), entre outros.

O manual normas técnicas para a prevenção da transmissão da AIDS (1989), determina que a desinfecção mecânica, que é a técnica utilizada para a limpeza de superfícies lisas contaminadas com sangue, deve ser feita com um pano de limpeza embebido em hipoclorito de sódio. Em casos onde haja contaminação grosseira, visível a olho nu, a área deverá ser inicialmente coberta com desinfetante e a mistura formada deve ser removida com um pano. Caso seja utilizado álcool, a superfície deverá ser limpa várias vezes, visto que este produto evapora rapidamente. Este procedimento de limpeza, como todos os outros, deve ser efetuado utilizando-se luvas de borracha. Como visto na norma, a utilização do Hipoclorito de sódio, deve ser uma constante, e não apenas em situações que envolvam pacientes aidéticos.

CAPITULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

IV . 1 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao observarmos a organização e o processo de trabalho dos trabalhadores que realizam a limpeza e a coleta interna do lixo no Hospital Municipal Paulino Werneck (HMPW), como também ao analisarmos o contido nas respostas das entrevistas realizadas com eles, concluímos que o trabalho prescrito representado pelas normas não é privilegiado na execução do trabalho real. Diversos aspectos devem ser analisados na tentativa de evidenciar os motivos que geraram tal prática. Dentre eles, inclui-se a falta de conscientização do trabalhador a respeito do risco de acidentes de trabalho, mormente os acidentes produzido por material perfurocortante, e/ou doenças ocupacionais, representado pelo não uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), que muitas vezes são oferecidos em tamanho não compatível a anatomia do trabalhador, ou até mesmo inadequados para a realização do trabalho.

Para estes trabalhadores da limpeza e coleta interna do lixo no HMPW, o trabalho deve ser considerado alienado, porque este já não o satisfaz, não faz mais parte de sua natureza, não o realiza. Ao se observar este trabalhador, tem-se, ao contrário do que deveria ter, uma sensação de que o trabalho causa a ele sofrimento ao invés de prazer. Ele é impedido de desenvolver na plenitude suas capacidades intelectuais e/ou físicas. Esta "pressão" só deixa de existir quando ele não está trabalhando. sendo assim, sente-se alheio ao processo, não compreende o real valor de seu trabalho (Marx, 1993).

Marx admitiu que a alienação do trabalho sempre existiu em todas as épocas da história, porém é no capitalismo que se atinge o auge dessa alienação da classe trabalhadora. O trabalhador não participa da direção do seu trabalho, ele é apenas parte das máquinas na qual trabalha, sendo transformado em "coisa" com total dependência do capital (Marx, 1993). Esta relação só alterou-se significativamente com o advento do movimento operário italiano (Laurell & Noriega, 1989; Mendes & Dias, 1991).

A prática da utilização por algumas empresas da teoria da culpabilização do trabalhador nos acidentes de trabalho faz com que seja transferido o ônus da responsabilidade dos reais culpados (a empresa), para os trabalhadores, que se transformam nos culpados pelos seus próprios acidentes. Esta prática desvia a atenção da opinião pública das precárias condições de trabalho, para o suposto descuido do trabalhador.

Para os órgãos oficiais, a grande responsabilidade nos acidentes de trabalho ainda é representada pelo suposto ato inseguro do trabalhador. Um exemplo da evidência desta avaliação equivocada por parte do governo, é a observação da veiculação de campanhas destinadas a prevenção de acidentes destinadas apenas aos trabalhadores. Com isso, além de mais uma vez passar para a opinião pública a falsa imagem de irresponsabilidade por parte dos trabalhadores, produz neles a consciência de que é deles a responsabilidade pelos acidentes (CONH et al., 1985).

Muitos dos problemas evidenciados neste estudo dizem respeito não só aos trabalhadores, como também aos atores responsáveis pelo planejamento, execução e fiscalização das tarefas. Dentre estes problemas, destaca-se a importância da reciclagem, representada por treinamentos regulares, que serviriam para corrigir práticas incorretas ou inadequadas, como exemplo as representadas por posturas e levantamento de cargas, ou ainda, a manipulação de produtos químicos. Estes treinamentos serviriam, também, para o esclarecimento, ao contrário da imposição, sobre a importância do uso de EPIs. Ferreira (1995), relata que a utilização de equipamentos de proteção individual pelos coletores de lixo não obedece a critérios definidos e também de maneira indiscriminada. Este fato evidencia o uso irregular destes EPIs pelos trabalhadores e consequentemente o risco de acidentes de trabalho pela não utilização dos mesmos.

A adequação do descarte de material perfurocortante como também o acondicionamento interno do lixo no HMPW devem ter a sua importância analisada. Em relação a adequação do descarte de agulhas, bisturis e vidrarias, pelos trabalhadores da equipe de saúde, torna-se necessário ressaltar a importância de reciclagens para estes profissionais, com a intenção de sensibilizá-los para o risco contido na prática deste descarte incorreto. Existe ainda a incoerência representada pelo fato de, ao estarem salvando vidas, não necessariamente precisarem colocar em risco a saúde de outros, no caso a dos trabalhadores da coleta interna e externa do lixo. Ao analisarmos as respostas do questionário a respeito do descarte de perfurocortantes, onde temos que 14 trabalhadores consideram o local utilizado para este fim como sendo o correto, observamos que tais respostas levaram em consideração o fato do descarte de material na caixa de papelão, improvisada por eles (caixa de papelão que serve como embalagem original de frascos de soro) ser o local considerado tecnicamente como correto. Deve-se levar em consideração a necessidade da utilização de recipiente adequado para este tipo de resíduo. Outros atores, eventualmente, também estão expostos a riscos, caso as normas de biossegurança não sejam obedecidas. Dentre eles, incluem-se os trabalhadores que realizam a coleta domiciliar do lixo, os catadores dos aterros sanitários, a população em geral, além do ecossistema.

Outra questão que merece atenção especial, e consequentemente uma solução a curto ou médio prazo seria a construção de locais para o acondicionamento dos resíduos provenientes das coletas internas I e II. A observação de tal fato além de satisfazer as recomendações contidas na norma, resolveria problemas como o odor desagradável, a proliferação de vetores e o aspecto estético.

A questão da sub-notificação tanto no registro de casos de acidentes de trabalho, atendidos informalmente e sem o devido registro, como também nas doenças, não demonstra a verdadeira situação das condições de trabalho, agravadas pela não utilização das normas no trabalho real. Durante o trabalho de campo, pode-se observar as seguintes “baixas”: três trabalhadoras foram afastadas do trabalho, temporariamente, por motivos de saúde, sem substituição durante o afastamento. Todas as três trabalhadoras tiveram internação hospitalar, sendo um caso de infarto agudo do miocárdio (IAM), um caso de aborto espontâneo, em início de gestação, necessitando inclusive de curetagem, e por último, porém não menos importante, um caso sério de infecção ocular.

Apesar da legislação do trabalho considerar o serviço de coleta de lixo como sendo de insalubridade máxima, requerendo assim, que as empresas ofereçam aos seus trabalhadores assistência médica integral,

incluindo-se a orientação sobre os riscos presentes no ambiente de trabalho (Velloso, 1995), segundo a informação dos trabalhadores, a empresa de prestação de serviços de conservação do HMPW, não realiza os exames periódicos de acordo com o orientado pela norma, como também não oferecem medidas preventivas, como por exemplo, a imunização preventiva contra Tétano e Hepatite B, doenças infecto-contagiosas pela qual estão expostos os trabalhadores que durante o seu processo de trabalho estão sujeitos a acidentes com material perfurante e/ou cortante.

Em resumo, trabalhadores da limpeza e coleta interna do lixo hospitalar no HHPW, além de estarem expostos a acidentes pela não observação da adequação do descarte pelos profissionais da equipe de saúde, estão também expostos a acidentes pelo não uso dos equipamentos de proteção individual, do uniforme, pelo desconhecimento das normas por parte deles, como também a não utilização destas pelos gerentes, por falta de treinamento e também pela manutenção de posturas inadequadas durante o processo de trabalho.

A respeito dos pontos positivos desta pesquisa, temos a experiência e o conhecimento prévio do ambiente de trabalho por parte do pesquisador. Fato justificado pelo fato deste ter trabalhado anteriormente nesta unidade de saúde. Outro fator importante e que facilitou esta pesquisa foi o bom relacionamento existente entre o pesquisador e os diversos atores do HMPW. Sendo assim, por não ser considerado um estranho neste ambiente de trabalho, o pesquisador pode circular livremente em diversos momentos sem despertar a atenção dos diversos trabalhadores.

Durante todo o período de observação realizado no trabalho de campo os trabalhadores deste estudo não sabiam que estavam sendo observados. Sendo assim, realizavam seu processo de trabalho de maneira habitual, com erros e acertos. Foi somente no período da realização das entrevista e da filmagem de um dos processos de trabalho que os trabalhadores que estavam sendo observados, quem era o pesquisador e qual era o objetivo deste estudo. Após esta descoberta as posturas dos trabalhadores passaram a ser mais elaboradas, o uso de uniformes completos e dos EPIs passaram a ser uma constante.

O principal ponto negativo desta pesquisa pode ser considerado o conhecimento prévio e o bom relacionamento entre o pesquisador e alguns pesquisados. Em algumas oportunidades o distanciamento preconizado por alguns autores tornou-se difícil. Um bom exemplo deste fato, foi a preocupação do pesquisador em não incluir a esta dissertação fitas de áudio e vídeo. Isto teve a finalidade de preservar os trabalhadores que confiaram a franqueza de suas respostas no homem que alguns conheciam, o que não fariam com outro pesquisador.

Na avaliação do pesquisador algumas questões poderiam dar continuidade a este trabalho. Dentre elas destacam-se a avaliação periódica dos problemas levantados neste estudo, a reutilização de agulhas e seringas, entre outros, coletadas nos lixões e/ou os impactos ambientais dos resíduos hospitalares com destinação final inadequada.

IV . 2 - RECOMENDAÇÕES

Ao estudar-se o processo de trabalho da limpeza e coleta interna do lixo hospitalar no HMPW, e consequentemente a saúde e a segurança dos trabalhadores envolvidos, avaliou-se, como sendo necessária, a sugestão da implantação de medidas que visem a melhoria de suas condições de saúde e trabalho. A recomendação principal, seria o cumprimento do trabalho prescrito contido nas normas. Sendo assim, observou-se a importância da implementação das seguintes medidas: 1) avaliação dos riscos ocupacionais; 2) avaliação e introdução de práticas preventivas; 3) adequação do ambiente físico e 4) sistema de informação.

1 - AVALIAÇÃO DOS RISCOS OCUPACIONAIS

Baseado nas observações contidas neste estudo, introduzir modificações e avaliar o impacto destas alterações, em relação aos riscos evidenciados, como por exemplo no descarte inadequado de material perfurocortante e na não utilização de EPIS pelos trabalhadores.

Sendo assim, baseado nesta caracterização, torna-se importante a adoção de práticas que visem a monitorização das alterações propostas.

2 - AVALIAÇÃO E INTRODUÇÃO DE PRÁTICAS PREVENTIVAS

- Introdução e avaliação periódica de treinamento em serviço
- Avaliação da correta utilização dos equipamentos de proteção individual, como também a sua adequação, qualidade, frequência de uso e conscientização por parte dos trabalhadores quanto a necessidade de sua utilização.
- A introdução de estratégias que visem o resgate do saber operário, sua dignidade, seu amor próprio, como também a mudança da conduta das outras categorias profissionais, como da população em geral no sentido da mudança da visão depreciativa tanto da profissão quanto do profissional, transformando a opinião desses atores, no sentido de considerar a importância desse trabalhador, e ainda a adoção por parte dos profissionais de saúde de práticas que visem a observação da saúde e da segurança desses trabalhadores, como por exemplo, o correto descarte de material perfurocortante.
- A introdução de práticas profiláticas para patologias próprias da atividade, como por exemplo, a vacinação contra hepatite B, tétano e tuberculose.
- A garantia de atendimento digno ao trabalhador acidentado, com registro e informação do acidente, e afastamento do trabalho quando necessário, como também a observação à respeito da utilização da conduta indicada pelo Ministério da Saúde e utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para os acidentes com material biológico/ perfurocortantes, que consiste inclusive na administração imediata após o acidente de medicamentos retrovirais (quando necessário), de acordo com a avaliação prévia quanto a gravidade do risco, e de acompanhamento especializado do acidentado, constando inclusive de solicitação periódicas de sorologia para HIV e hepatite B, por um período de um ano.
- A implementação de estudos que visem a construção de uma legislação nacional que assegure a saúde e a segurança no trabalho dos coletores de lixo hospitalar.

3 - ADEQUAÇÃO DO AMBIENTE FÍSICO

Ao comparar-se o trabalho prescrito com o trabalho real, observa-se que as diferenças evidenciadas na realização do processo de trabalho, também existem na adequação do espaço físico.

Ao contrário do que é determinado pela NBR – 12.809 (1993), não existe no HMPW as salas para depósitos de resíduos das coletas internas I e II. Tornando-se assim, necessário a construção dos mesmos de acordo com as especificações contidas na referida norma.

Outro problema identificado durante a realização do trabalho de campo, diz respeito a adequação dos corredores e/ou áreas de circulação, que são estreitos e servem simultaneamente para a circulação dos trabalhadores, do público em geral, do lixo, de alimentos, de medicamentos e roupa; necessitando assim, de estudos que viabilizem alternativas de separação desses fluxos,

Em relação ao ambiente de trabalho, existe a necessidade de melhorar a iluminação e a ventilação. Não só no serviço de Emergência, como também em outras áreas do hospital.

Por último, porem não menos importante, seja necessário a colocação de um maior número de tomadas, com a finalidade de efetuar a eliminação de adaptadores tipo Benjamins, que são utilizados em algumas salas para a utilização simultânea de diversos aparelhos.

4 - SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Para Velloso (1995), baseando-se na observação do fato de que as atividades de proteção e promoção da saúde são fundamentais para a prática da vigilância em saúde do trabalhador, torna-se necessário assim, a implementação de um sistema de informações que tenha como objetivo a adoção de medidas preventivas.

No caso específico dos trabalhadores da coleta interna do lixo hospitalar, este sistema de informações deve privilegiar as seguintes questões:

- A avaliação da saúde dos trabalhadores através de exames de saúde admissional e periódicos; e da investigação e intervenção em patologias típicas desses trabalhadores, como por exemplo, doenças dermatológicas, respiratórias ou patologias da coluna.
- O processo de trabalho, o ambiente e a organização do trabalho.
- Os riscos e cargas existentes no trabalho.
- A adoção da metodologia do mapa de riscos, visando a identificação dos riscos ambientais (MATTOS, 1992).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR-12807: Resíduos de serviços de saúde - terminologia. ABNT, Jan., 1993.
- ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR-12808: Resíduos de serviços de saúde - classificação. . ABNT, Jan., 1993.
- . ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR-12809: Manuseio de resíduos de serviços de saúde - procedimento. ABNT, Jan., 1993.
- . ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR-12810: Coleta de resíduos de serviços de saúde - procedimento. . ABNT, Jan., 1993.
- . ABNT- Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR- 10004: Resíduos sólidos - classificação. . ABNT, Set., 1987
- ANJOS, L. A.; BARROS, A. A.; FERREIRA, J. A.; OLIVEIRA, T. C. E.; SEVERINO, K. C.; SILVA, M. O.; WAISSMANN, W. **Gasto energético e carga fisiológica de trabalho em coletores de lixo domiciliar no Rio de Janeiro: estudo piloto.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, 1995. mimeo.
- ANTUNES, R . Fordismo, Toyotismo e acumulação flexível . em Adeus ao trabalho ? São Paulo, Editora Universidade Estadual de Campinas, 1995.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de controle da infecção hospitalar. Processamento de artigos e superfícies em estabelecimentos de saúde. Brasília. 1993. 32 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Saneamento e Vigilância Sanitária – Núcleo de saneamento básico. Princípios básicos para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. 1989. 18 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Manual de normas técnicas para prevenção da transmissão da AIDS, 1989

BRITO, J . C. & PORTO, M.F. Processo de trabalho, riscos e cargas à saúde . Rio de Janeiro, 1992 (mimeo) .

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** São Paulo: Cortez, 1987. 163 p.

DIESAT. **Insalubridade: Morte lenta no trabalho.** São Paulo: Departamento Intersindical de Saúde do trabalhador, Oboré, 1989. 223 P.

FALEIROS, P.V. **O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores.** São Paulo: Cortez, 1992. 312 p.

FERREIRA, J. A., 1997. Lixo hospitalar: semelhanças e diferenças – Estudo de caso no município do Rio de Janeiro. Tese de doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública.

FORATTINI, O. Aspectos epidemiológicos ligados ao lixo. in: Universidade de São Paulo, faculdade de higiene e saúde pública. **Lixo e limpeza pública.** São Paulo, USP/OMS/OPS, 1969, cap. 3. p.3.1.-3.19.

LAURELL, A. C . Processo de trabalho e saúde . Revista saúde em debate nº 11. Rio de Janeiro, Editora Muro, 1981 .

LEAVEL, A. & CLARCK E. G. SAÚDE OCUPACIONAL. Em Medicina preventiva, São Paulo, 1976 .

LAURELL, A.C. & NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989. 333p.

LEI Nº 6.514, de 22 de Dezembro de 1977, publicada no diário oficial da união em 23/12/1977 – seção XIII – Das atividades insalubres ou perigosas

MANUAL BÁSICO HIGIÊNE HOSPITALAR, COMLURB, OUT./ 1994

MARTINS, M. D., **O trabalho como aspecto da violência social**. in: Saúde em foco nº 13, pp 19-22, ago. 1996.

MARX, K. A produção da mais-valia absoluta. processo de trabalho e processo de valorização. em O capital, livro i, seção iii, capítulo v. São Paulo. Editora Abril Cultural, 1993

----- A produção da mais-valia relativa. em O capital, livro i . seção iv, capítulo x . são paulo, Editora Abril Cultural, 1993 .

MATTOS, U.A.O. **Introdução ao estudo da questão saúde e trabalho**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, 1992, 22 p. mimeo.

MENDES, R. & DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de saúde pública**, São Paulo, 25(5):341-9, 1991.

ODDONE, I.; MARRI, S.; GLORIA, S.; BRIANTE, G.; CHIATTELLA, M.; RE, A.
Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986. 133 p.

OLIVEIRA, W.E. **Lixo**. São Paulo: Fundacentro, 1973. p. 14-16. mimeo.

OLIVEIRA, W. E. Saneamento do lixo. in: Universidade de São Paulo. Faculdade de

- higiene e saúde pública. **Lixo e limpeza pública**. São Paulo, USP/OMS/OPS, cap.1, p.1.1-1.18, 1969.
- PINTO, M. S. **A coleta e disposição do lixo no brasil**. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1979. 227 p.
- POSSAS, C. A. Avaliação da situação atual do sistema de informação sobre doenças e acidentes do trabalho no âmbito da previdência social brasileira e propostas para sua reformulação. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 60(15):43-67, 1987.
- RIO DE JANEIRO, 1993. Anuário estatístico da Cidade do Rio de Janeiro 92/93
- SÁ, FERNANDO A. PARAGUASSÚ DE; COSTA, VICTOR MARTINS - **Lixo hospitalar: coleta diferenciada e incineração municipal**. COMLURB, 1993 - 49p.
- SANTOS, A. L., GONÇALVES J. A. J., FERRARI, W. S., SOUZA, Z. P. O. – **Resíduos perfuro-cortantes, uma avaliação da manipulação, riscos e destino, no Hospital Evandro Chagas**. Monografia apresentada no curso de especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana – CESTEH/ENSP/FIOCRUZ- 1995.
- VELLOSO, M. P. : Processo de trabalho da coleta de lixo domiciliar da cidade do rio de janeiro: percepção e vivência dos trabalhadores. Tese de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1995
- WAISSMANN, W. : Trabalho na Gênese das Doenças Isquêmicas do Coração. Tese de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1993.
- YOSHIDA, C.F.T., Hepatite b como doença ocupacional. in: Biossegurança uma abordagem multidisciplinar – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1996, 362 p.

ANEXOS

ANEXO I

CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR
E ECOLOGIA HUMANA (CESTEH)

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (ENSP)
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1 – Nome :

2 – Idade :

3 – nível de escolaridade:

4 – Horário de trabalho :

☐ de 7:00 às 15:00 horas ☐ de 15:00 às 23:00 horas

☐ de 19:00 às 7:00 horas

5 – Há quanto tempo você trabalha neste turno?

6 – Você é ...

☐ casado(a) ☐ solteiro(a) ☐ viúvo(a) ☐ tenho um(a) companheiro(a)
☐ desquitado(a)

7 – Tem filhos? ☐ sim ☐ não
Quantos?

8 – Com quantas pessoas você mora?

9 – Você realiza as tarefas domésticas?
☐ sim ☐ não

10 – Há quanto tempo trabalha na empresa atual?

11 – Há quanto tempo trabalha no H.M.P.W.?

12 – Qual é o setor que trabalha?

13 – Há quanto tempo?

- 14 – Em qual setor trabalhava anteriormente?
- 15 – Por quanto tempo?
- 16 – Você trabalha na limpeza e coleta de lixo da emergência?
() sim () não
- 17 – Descreva as atividades do seu trabalho?
- 18 – Qual é o seu salário mensal líquido?
- 19 – Qual é a sua renda familiar líquida?
- 20 – Quantas pessoas da sua família trabalham para formar esta renda?
- 21 – Você possui outra atividade remunerada?
() sim () não
- 22 – O que faz?
- 23 – Há quanto tempo faz?
- 24 – Quando faz?
- 25 – Você trabalha em casa para fora?
- 26 – Este trabalho é remunerado?
() não () sim
- 27 – O que faz?
- 28 – Há quanto tempo faz?
- 29 – Quando faz?
- 30 – Você realiza qualquer outra atividade remunerada?
() sim () não
- 31 – Quanto tempo é necessário (ou gasto) para ir de sua casa para o HMPW?
- 32 – Quanto tempo é necessário (ou gasto) para ir do HMPW para casa?
- 33 – Qual é o meio de transporte que utiliza?

PERCEPÇÃO DE RISCOS

- 01 – Você já sofreu algum tipo de acidente indo ou voltando do HMPW?

☐ sim ☐ não

02 – De que tipo?

03 – Você já se acidentou neste trabalho?

☐ sim ☐ não

04 – Quantas vezes? Conte como foi o acidente, como foi o 1º atendimento, por qual profissional e se foi feito o boletim de atendimento.

05 – Você já presenciou algum acidente com os seus colegas deste trabalho? Conte como aconteceu, igual a pergunta anterior.

06 – A sua empresa oferece serviços que cuidem da saúde do trabalhador? Que tipo de serviços?

07 – A sua empresa realiza exames de saúde admissionais?

08 – A sua empresa realiza exames de saúde periódicos? em caso afirmativo, Quais os exames? De quanto em quanto tempo?

09 – A sua empresa oferece uniforme para o trabalho?

☐ não ☐ sim

10 – Quais?

☐ calças ☐ blusas ☐ avental ☐ capa de chuva

11 – A sua empresa oferece os equipamentos de proteção individual? Quais?

☐ não ☐ sim

☐ luvas ☐ botas ☐ máscara

12 – Você utiliza os equipamentos de proteção individual?

☐ sim ☐ não

Sempre? ☐ sim ☐ não

Quantas vezes por semana?

13 – Quais?

14 – Você acha que seu trabalho possui riscos? Quais?

☐ Sim ☐ Não

15 – O cheiro do lixo ou de outros produtos (Éter, Álcool, Formol, Desinfetantes), existentes no hospital incomoda você? De que forma?

16 – Você observa a presença de objetos cortantes ou perfurantes (tipo agulhas, bisturis, etc.) no lixo que coleta?

☐ sim ☐ não

- 17 – Você acha que eles representam algum tipo de risco para você?
() sim () não
- 18 – Você já se acidentou com agulhas, bisturi e vidros, colocados no lixo do hospital?
Conte como aconteceu.
- 19 – Na sua opinião, os médicos, enfermeiros, e outros profissionais do hospital, jogam fora agulhas, bisturis e outros objetos cortantes em local correto?
- 20 – O seu trabalho pode provocar alguma doença em você? Qual?
- 21 – Você considera o trabalho de coleta do lixo e a limpeza hospitalar um grande esforço físico?
() sim () não
- 22 – Este esforço provoca em você algum efeito?
() não () sim
Qual?
- 23 – Como você considera o ritmo ou velocidade que o seu trabalho é feito:
() Baixo ou pouca () Em excesso () Normal
- 24 – Você já recebeu respingos de sangue durante o seu trabalho?
() sim () não
- 25 – Você já recebeu respingos de outros líquidos do lixo, durante o seu trabalho?
() sim () não
- 26 – Já aconteceu do saco de lixo rasgar e o lixo se espalhar pelo chão?
- 27 – Você recebeu treinamento para o seu trabalho atual?
() não () sim De quem?
- 28 – Você faz horas extras?
() não () sim Quantas horas por mês?
- 29 – Você tomou alguma vacina depois que começou a trabalhar no emprego atual? Quais? Quantas doses? Esta protegido até quando?
- 30 – Você tira férias todos os anos?
- 31 – Você já teve alguma doença depois que começou a trabalhar neste hospital? Qual?
- 32 – Na sua opinião, quais são as causas dos acidentes ocorridos no seu trabalho
- 33 – Você se sente satisfeito com o trabalho de limpeza hospitalar?
() sim () não

34 – O que as pessoas acham do seu trabalho?

35 – Na sua opinião, seu trabalho poderia ser melhorado?

() não () sim De que forma?

OBRIGADO POR SUA ATENÇÃO E COLABORAÇÃO

Data:

ANEXO 2

CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR
E ECOLOGIA HUMANA (CESTEH)

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (ENSP)
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A ADMINISTRADORA DO HMPW

- 1 – Em que contexto da área de saúde esta inserido o HMPW?
- 2 – Qual a data de fundação do hospital?
- 3 – Quantos funcionários existem atualmente no hospital?
- 4 – Qual é a área física do hospital?
- 5 – Quantos leitos o hospital possui?
- 6 – Quais os serviços são oferecidos pelo hospital?
- 7 – Quantos atendimentos são realizados por mês pela Emergência e pelo ambulatório?
- 8 – Qual é a população atendida pelo hospital?
- 9 – Como é dividida a área física da Emergência?
- 10 – Qual é a quantidade de lixo recolhida mensalmente no hospital?
- 11 – Como é o acondicionamento do lixo dentro da unidade?
- 12 – Quem realiza a coleta externa do lixo deste hospital e quantas vezes por semana este serviço é executado?
- 13 – O hospital realiza coleta seletiva de resíduos?
- 14 – Existem registros de acidentes de trabalho ocorridos com os trabalhadores que realizam a coleta interna do lixo no hospital?

ANEXO 3

CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR
E ECOLOGIA HUMANA (CESTEH)

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (ENSP)
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A ENCARREGADA GERAL DA EMPRESA DE
CONSERVAÇÃO LOTADA NO HMPW

- 1 – Qual é a empresa que realiza a limpeza e a coleta interna do lixo no HMPW?
- 2 – Há quanto tempo esta empresa presta serviços para o hospital?
- 3 – Quantos trabalhadores desta empresa existem no hospital?
- 4 – Qual é o número exato de trabalhadores por gênero lotados neste hospital?
- 5 – Como é distribuída a jornada de trabalho?
- 6 – Quantos trabalhadores são sindicalizados?
- 7 – A qual sindicato pertencem?
- 8 – Os trabalhadores recebem vale - transporte e ticket - refeição?
- 9 – Descreva como é o processo de trabalho realizado pelos trabalhadores?
- 10 – Os trabalhadores são lotados em setores fixos?
- 11 – Quantos trabalhadores estão lotados na Emergência?
- 12 – A empresa fornece o uniforme para o trabalho? Como é este uniforme?
- 13 – A empresa fornece os equipamentos de proteção individual (EPIs), necessários para a realização do trabalho diário? Em caso afirmativo, Quais são eles?
- 14 – Os trabalhadores utilizam estes EPIs? Em caso afirmativo, Com que frequência? Quais equipamentos são utilizados?
- 15 – Existem relatos de acidentes de trabalho ocorridos com os trabalhadores que realizam a limpeza e a coleta interna do lixo? Em caso afirmativo, Estes acidentes são registrados? Que providências são tomadas?
- 16 – Qual é a quantidade de lixo coletado mensalmente no hospital?
- 17 – O hospital realiza coleta seletiva do lixo?
- 18 – Como é o acondicionamento do lixo dentro desta unidade hospitalar?

- 19 – Presenciou ou teve conhecimento de algum acidente de trabalho com os trabalhadores que realizam a limpeza e a coleta interna do lixo? Quantas vezes? De que tipo?
- 20 – A empresa oferece treinamento para os trabalhadores? Quando e como este treinamento é realizado?
- 21 – A empresa oferece serviços que cuidem da saúde do trabalhador? Que tipo de serviços?
- 22 – A empresa realiza exames admissionais? Que tipo de exames?
- 23 – A empresa realiza exames periódicos? Quais exames? Qual a frequência?
- 24 – O trabalho realizado por vocês possui riscos? Quais?
- 25 – Quais os materiais e equipamentos utilizados para a realização do trabalho?
- 26 – Vocês utilizam produtos químicos para a limpeza? Quais produtos?
- 27 – Alguns desses produtos necessitam de diluição prévia? Em caso afirmativo, Quem realiza a diluição? Qual é a validade do produto após diluído?