

Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho -
FUNDACENTRO
Programa de Pós-Graduação Trabalho, Saúde e Ambiente

Caetana Diniz Marinho Taveira

O trabalhador de limpeza hospitalar e o acidente com lesão por instrumento
perfurocortante

São Paulo
2013

Caetana Diniz Marinho Taveira

O trabalhador de limpeza hospitalar e o acidente com lesão por instrumento perfurocortante

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho – Fundacentro, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em trabalho, saúde e ambiente.

Área de concentração: Segurança e Saúde do Trabalhador

Linha de pesquisa: Avaliação, comunicação e controle de riscos nos locais de trabalho

Orientadora: Teresa Cristina Nathan Outeiro Pinto

São Paulo
2013

Caetana Diniz Marinho Taveira

O trabalhador de limpeza hospitalar e o acidente com lesão por instrumentos perfurocortante

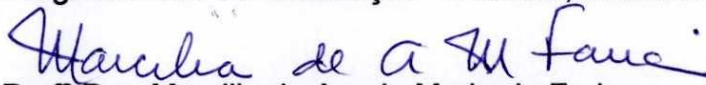
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho – Fundacentro, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em trabalho, saúde e ambiente.

Aprovado em 27 de agosto de 2013.

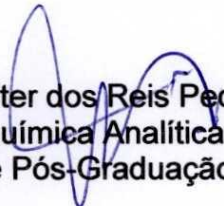
Banca examinadora:



Prof^a Dra. Teresa Cristina Nathan Outeiro Pinto (orientadora)
Doutora em Tecnologia Nuclear
Programa de Pós-Graduação "Trabalho, Saúde e Ambiente" da Fundacentro



Prof^a Dra. Marcilia de Araujo Medrado Faria
Doutora em Medicina Preventiva
Faculdade de Medicina da USP



Prof. Dr. Walter dos Reis Pedreira Filho
Doutor em Química Analítica
Programa de Pós-Graduação "Trabalho, Saúde e Ambiente" da Fundacentro

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora Dra. Teresa Cristina Nathan Outeiro Pinto, que em nenhum momento deixou de me apoiar, cuja dedicação e competência foram fundamentais para conclusão deste trabalho.

Ao Ministério Público do Trabalho, por me autorizar a participar do programa de pós-graduação e a realizar as atividades necessárias para sua conclusão.

À Fundacentro, pelo excelente curso oferecido e por me dar a oportunidade de realizar esta pesquisa.

À Dra. Elisabeth Yuriko Muto e Dra. Cláudia Carla Gronchi pelas importantes contribuições apresentadas no exame de qualificação.

À Dra. Thaís Helena de Carvalho Barreira pelas contribuições e todo empenho na fase final de revisão deste trabalho.

À Erika Alves dos Santos, pela sua disposição e competência na orientação da normalização do estudo.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação da Fundacentro, pelos conhecimentos transmitidos, dedicação e orientação dada aos alunos.

Ao Dr. Carlos Sérgio da Silva, pelo incentivo, comprometimento e determinação na condução do Programa de Pós-Graduação.

Ao Dr. Gilmar Trivelato, pelas orientações e disponibilidade.

À Dra. Marcília Medrado e ao Dr. Walter dos Reis Pedreira Filho, pela disponibilidade e interesse neste estudo.

Aos meus pais, Marinho e Nilda, pela minha formação como pessoa, especialmente por me ensinar a importância da honestidade e por terem me incentivado na busca do conhecimento, apresentando a mim o mundo dos livros.

Aos meus irmãos, Bruno, Marina e Simone, que sempre me apoiaram.

Ao meu marido Clovis, que sempre compreendeu a importância dos estudos pra mim, desde que nos encontramos, pelo companheirismo e amor dedicados à nossa família.

À minha querida Luana, filha carinhosa, cuja curiosidade me faz enxergar com outros olhos o que é a busca do conhecimento.

Ao meu querido Rafael, que me ajuda diariamente a compreender a importância da individualidade das percepções.

À minha cunhada Cleuza e às minhas amigas, Suzana, Stela, Roberta, Renata, Katarina e Carla, cuja atenção e cuidados dedicados à minha filha, fizeram com que eu tivesse a tranquilidade necessária para seguir em frente.

À Anne e Sr. Camargo, por todo apoio e atenção.

Ao Waldir Machado, pela ajuda precisa, quando da conclusão deste trabalho.

À minha afilhada, Paula, pela colaboração nos recursos gráficos da apresentação deste trabalho.

A todos os meus colegas de trabalho da Perícia da PRT – 2ª Região: Mauricio, Mauro, Gilberto, Ben Lam, André, Alberto, Simone e Barak, que sempre me incentivaram, agradeço pela compreensão e apoio durante a realização do curso; e aos colegas Sheila e Leonardo, por toda atenção despendida, pelas dicas e acompanhamento dos trabalhos, especialmente durante as etapas mais críticas.

A todos os Excelentíssimos Procuradores do Trabalho da PRT – 2ª Região que me apoiaram, em especial à Dra. Dirce Trevisi Prado Novaes, Dra. Cristina Ribeiro Brasileiro, Dr. Omar Afif, Dra. Ana Elisa Alves Brito Segatti, Dra. Sandra Lia Simón, Dra. Juliana Queluz Venturini Massarente e Dra. Lorena Vasconcelos Porto.

Ao Dr. Marcos Sabino da PRT-15ª Região que me auxiliou, com suas orientações, quando do processo seletivo do programa e durante a delimitação do tema de estudo.

Aos meus colegas do Programa de Pós-Graduação, Ademar, Anildo, César, Davi, Elaine, Evander, Glaucia, Honassis, Juarez e Marcia, que com suas intervenções e amizade tornaram o ambiente acadêmico prolífico e harmonioso.

Ao SIEMACO, em especial ao Gabriel, Vanderson, João Campana e Simone pelo apoio, confiança e interesse demonstrados durante a realização deste trabalho.

A todos os trabalhadores de limpeza hospitalar.

Se a vida não tem preço, nós comportamo-nos sempre como se alguma coisa ultrapassasse, em valor, a vida humana... Mas o quê?

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

O presente estudo objetivou subsidiar estratégias de prevenção para os acidentes com lesão por instrumento perfurocortante e seus efeitos em trabalhadores de limpeza hospitalar. Foram estudadas empresas prestadoras de serviço de limpeza, contratos firmados entre essas empresas e o governo do estado de São Paulo, além de caracterizar a população trabalhadora, no que tange ao seu perfil sócio-demográfico e tempo de permanência no emprego. Foram estudados também os acidentes com lesão por instrumentos perfurocortantes notificados entre 2010 e 2012 em 15 instituições de saúde pública. Em estudo de caso, analisou-se o perfil de relatórios, instrumentos de registros, notificações, acompanhamentos e profilaxias relativos aos acidentes causados por material perfurocortante em trabalhadores de limpeza hospitalar terceirizados (TLHT's) em um hospital, para compreender os fluxos de atenção e encaminhamentos dados pela empresa prestadora de serviços de limpeza e hospital contratante. Resultados: Constatou-se que 40 empresas prestadoras de serviços mantém trabalhadores terceirizados em estabelecimentos hospitalares localizados no município de São Paulo, que incluem aqueles que estão sob gestão do governo estadual, sendo que 10 delas são empregadoras de 79% dos 10.449 postos de trabalho terceirizado de limpeza nesses hospitais. Analisados os contratos firmados entre os hospitais sob gestão do governo estadual e as empresas prestadoras de serviço de limpeza, constatou-se que enfatizam a qualidade dos serviços prestados e também que não contemplam itens suficientes em matéria de Segurança e Saúde do Trabalhador. Pela análise das CAT's foi observado que os instrumentos perfurocortantes que causaram acidentes encontravam-se inadequadamente descartados, principalmente em sacos de lixo e sobre móveis/jogados no chão. Ainda, caixas de perfurocortantes apresentam-se comumente em condições de provocar o acidente, com acondicionamento de excesso de instrumentos ou com problemas na montagem. A população trabalhadora, predominantemente feminina e com baixa escolaridade, permanece pouco tempo com vínculo empregatício nas empresas de limpeza hospitalar, sendo observado que 59% dos contratos encerrados entre 2010 e 2012 não duraram mais de 90 dias. Especificamente no hospital estudado, verificou-se que os treinamentos aplicados aos trabalhadores não englobam questões importantes para a prevenção dos acidentes e conhecimento dos riscos a que estão expostos os trabalhadores de limpeza. A subnotificação dos acidentes e a falta de vacinação contra hepatite B também foram encontradas pelo estudo de caso. A partir dos resultados, foi possível

elencar proposições que podem ser implantadas de modo a iniciar uma estratégia preventiva e de controle dos acidentes com lesão por instrumento perfurocortante nessa população trabalhadora. Concluiu-se também que este trabalho é apenas o ponto de partida para outros estudos necessários.

Palavras-chave: hospital, acidente, perfurocortante, limpeza hospitalar, saúde do trabalhador, serviços de limpeza

ABSTRACT

The present study aimed to subsidize prevention strategies for accidents with injury by sharp instrument and its effects on hospital cleaning workers. We studied companies providing cleaning service, the contracts between these companies and the state government, besides characterizing the working population, in terms of their socio-demographic profile and length of service of employment relationships. The study also accidents with injury by sharp instruments reported between 2010 and 2012 in 15 public health institutions. In the case study, we analyzed the profile of reports, tools for records, monitoring and prophylaxis for accidents caused by needlestick injuries among cleaning workers in a hospital, to understand the flow of care and referrals data by service provider and hospital cleaning contractor. Results: It was found that 40 service providers keeps outsourced workers in hospitals located in São Paulo, which include those that are managed by the state government, and 10 of them are employing 77% of the 10,449 jobs outsourced worked Cleaning these hospitals. Analyzed the contracts between the hospitals managed by the state government and the companies providing cleaning service, it was found that emphasize the quality of services and little advance in the field of Safety and Occupational Health. By analyzing the CATs was observed that the sharp instruments that accidents were caused Improperly discarded, especially for garbage bags and mobile / lying on the ground. Still, sharps boxes commonly present themselves in a position to cause the accident, with excess packaging tools or assembly problems. The working population, predominantly women with low education, little time remains to employment in hospital cleaning companies, it was observed that 59% of contracts closed between 2010 and 2012 did not last more than 90 days. Specifically in the hospital, it was found that training applied to workers not encompass important issues for the prevention of accidents and knowledge of the risks they are exposed to cleaning workers. Underreporting of accidents and lack of vaccination against hepatitis B were also found for the case study. From the results, it was possible to list propositions that can be deployed in order to initiate a strategy of prevention and control of accidents with injury by sharp instrument in this working population. Finally, it is concluded that this study is just the starting point for further studies needed, which manage to bring the reality of the environment and workers' actual work situation, following the discussion of the working conditions of hospital cleaning and risk accident with injury by sharp instrument.

Keywords: hospital, accident, sharps, hospital cleaning, health worker, cleaning services

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Trabalhadora executando atividade de limpeza, em meio a atendimento, em sala de fisioterapia	23
Figura 2 - Caixa coletora de material perfurocortante, com agulhas acondicionadas em condição de risco de acidente aos trabalhadores	25
Figura 3 - Distribuição por idade dos trabalhadores de limpeza hospitalar terceirizados que tiveram vínculo empregatício em empresa de limpeza hospitalar entre 01 de janeiro de 2010 e 30 de abril de 2013	56
Figura 4 - Distribuição por idade dos trabalhadores de limpeza hospitalar terceirizados com contrato de trabalho vigente em 30 de abril de 2013	57
Figura 5 - Distribuição por tempo de serviço dos trabalhadores de limpeza hospitalar terceirizados desligados que se ativaram entre janeiro de 2010 e abril de 2013	59
Figura 6 - Distribuição por tempo de serviço dos trabalhadores de limpeza hospitalar terceirizados ativos em 01 de maio de 2013	60
Figura 7 - Distribuição por tempo de serviço dos trabalhadores de limpeza hospitalar terceirizados, ativos e desligados	60
Figura 8 - Quantitativo de acidentes com lesão por instrumento perfurocortante em relação a outros tipos de acidente e ao número total de acidentes ocorridos dentro da área hospitalar nos anos de 2010, 2011 e 2012	61
Figura 9 - Situações de trabalho em que ocorreram os acidentes com lesão por instrumento perfurocortante	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Produtividade de limpeza hospitalar (m ²)	33
Tabela 2 - Comparativo entre número de trabalhadores lotados nos hospitais das dez maiores empresas de limpeza hospitalar e das demais empresas	46
Tabela 3 - Comparação entre número total de trabalhadores e número de trabalhadores de limpeza hospitalar, por empresa	47
Tabela 4 - Comparativo entre hospitais atendidos pelas 10 maiores empresas e as demais	48
Tabela 5 - Número de hospitais atendidos pelas dez maiores empresas de limpeza em número de postos de trabalho nos hospitais do município de São Paulo	49
Tabela 6 - Produtividades adotadas como critério para elaboração de preços	51
Tabela 7 - Produtividades adotadas como critério para elaboração de preços em áreas administrativas, externas e para limpeza de vidros	52
Tabela 8 - Distribuição por gênero dos trabalhadores de limpeza hospitalar terceirizados que se ativaram entre janeiro de 2010 e abril de 2013 ...	55
Tabela 9 - Distribuição por escolaridade dos trabalhadores de limpeza hospitalar terceirizados contratados entre 2010 e 2012	58
Tabela 10 - Estado vacinal dos trabalhadores	67
Tabela 11 - Tempo de contrato de trabalho dos trabalhadores que se acidentaram em 2012	71
Tabela 12 - Quantidade mensal de trabalhadores admitidos e demitidos em 2012	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ASO	Atestado de Saúde Ocupacional
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CAT	Comunicação de Acidente do Trabalho
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	Centers for Diseases Control and Prevention
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
EPI	Equipamento de Proteção Individual
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MPT	Ministério Público do Trabalho
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
RSS	Resíduos de Serviços de Saúde
SESMT	Serviço de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SIEMACO	Sindicato dos Trabalhadores em Empresas de Prestação de Serviços de Asseio e Conservação e Limpeza Urbana de São Paulo
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAM	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TLHT	Trabalhador de Limpeza Hospitalar Tercerizado
UBS	Unidade Básica de Saúde
VHB	Vírus da Hepatite B
VHC	Vírus da Hepatite C

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Levantamento Narrativo	18
1.1.1	Doenças decorrentes de acidente com perfuração	26
1.1.1.1	Hepatite B	26
1.1.1.2	Hepatite C	28
1.1.1.3	HIV	29
1.1.2	O perfil dos trabalhadores de limpeza	30
1.1.3	A intensificação e a precarização do trabalho - fatores que contribuem para a ocorrência de acidentes com lesão por instrumentos perfurocortantes	31
1.1.4	Notificação e medidas pós-acidente	35
2	OBJETIVOS	40
2.1	Objetivo Geral	40
2.2	Objetivos Específicos	40
3	METODOLOGIA	41
3.1	Caracterização das empresas de limpeza hospitalar terceirizadas ...	41
3.2	Caracterização dos contratos de prestação de serviços de limpeza firmados com instituições sob gestão do governo do estado de São Paulo	42
3.3	Perfil dos trabalhadores de limpeza hospitalar terceirizados	42
3.4	Análise das Comunicações de Acidente do Trabalho (CAT's)	43
3.5	Estudo de caso	43
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
4.1	Caracterização das empresas de limpeza hospitalar	45
4.2	Os contratos de prestação de serviços de limpeza de hospitais que estão sob gestão do governo do Estado de São Paulo	49
4.3	Perfil dos trabalhadores terceirizados de limpeza hospitalar	55
4.4	Características dos acidentes de trabalho com lesão por instrumento perfurocortante	61
4.5	Analisando rotinas de prevenção e ações tomadas pós-acidente - Estudo de caso	65
4.6	Articulando resultados e propostas	73

4.6.1	Medidas a serem adotadas pelo hospital, objeto do estudo de caso	74
4.6.2	Medidas a serem adotadas pela empresa de limpeza hospitalar.....	75
5	CONCLUSÃO	77
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICE A	85
	ANEXO A	86
	ANEXO B	87
	ANEXO C	88
	ANEXO D	91

1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo da presente dissertação insere-se no campo da Saúde do Trabalhador, objetivando subsidiar proposta de ações para minimização dos acidentes com lesão por instrumento perfurocortante sofridos pelo trabalhador de limpeza hospitalar e dos seus efeitos, a partir da análise de instrumentos de registros e fluxos de tratamento utilizados por empresa de limpeza e hospital contratante.

O interesse no objeto de estudo desta Dissertação surgiu em uma visita desta pesquisadora em 2010 à unidade de tratamento de resíduos em serviços de saúde da cidade de São Paulo. O objetivo principal da visita foi acompanhar o funcionamento do processo de descontaminação utilizado para tratamento de resíduos infectantes, incluindo perfurocortantes, coletados diariamente dos estabelecimentos de saúde públicos e privados localizados no município de São Paulo.

Na oportunidade, chamou-se atenção para a grande quantidade de resíduos infectantes, recebida diariamente, pois a unidade de tratamento tem capacidade para gerenciar 100 toneladas de resíduos por dia. Entretanto, o que mais nos surpreendeu foi verificar que ainda ocorriam acidentes com perfurocortante na última etapa antes da descontaminação, ou seja, na deposição de material infectante no interior da unidade de tratamento de resíduos.

Esses acidentes ocorriam a partir do manuseio dos sacos, contendo resíduo infectante, durante o seu recebimento na unidade de tratamento, quando do descarregamento dos caminhões coletores. Ainda, cabe destacar que o contato manual entre trabalhador e os sacos não fazia parte das atividades previstas no recebimento do resíduo a ser tratado, sendo que o material a ser depositado no fosso de tratamento deveria ser despejado diretamente do caminhão. Todavia, quando o resíduo embalado cai fora do fosso de tratamento, é necessário o manuseio do saco, para depositá-lo em local correto.

Ocorre que, o contato manual com o resíduo de serviços de saúde está presente nas diversas fases de manejo anteriores (segregação, condicionamento, armazenamento

e coleta), quer seja no encaminhamento feito dentro da unidade hospitalar, ou externamente, quando da coleta realizada pelo caminhão.

O resíduo acondicionado em condições de gerar acidentes com lesão por instrumento perfurocortante é manuseado por diversos trabalhadores. Conforme consta do Manual de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) (BRASIL, 2006) esses resíduos representam um potencial de risco para a saúde ocupacional e para o meio ambiente. Quanto ao risco para a saúde ocupacional, consta desta publicação que

“o risco no manejo dos RSS está principalmente vinculado aos acidentes que ocorrem devido às falhas no acondicionamento e segregação dos materiais perfurocortantes sem utilização de proteção mecânica. (BRASIL, 2006, p. 30)”

Para viabilizar o presente estudo, foi necessário escolher um grupo de trabalhadores de limpeza hospitalar a ser estudado, optando-se por verificar os trabalhos dos que se ativam na limpeza e coleta interna de resíduos, empregados de empresas terceirizadas, que prestam serviços em hospitais do município de São Paulo, como se nota pelo grande número de contratos existentes atualmente e as peculiaridades das condições de trabalho desses trabalhadores.

O presente estudo analisou dados de acidentes de trabalho ocorridos nos anos de 2010, 2011 e 2012 em hospitais sob gestão do governo do estado de São Paulo, caracterizou as empresas e a população trabalhadora, bem como realizou estudo de caso relativo a um hospital, no ano de 2013, que contemplou a análise dos fluxos de atenção e encaminhamentos adotados para a ocorrência de acidentes com lesão por instrumento perfurocortante, tanto pela empresa prestadora de serviços, quanto hospital contratante.

1.1 Levantamento Narrativo

O risco à saúde devido à exposição a resíduos infecciosos é uma questão importante, que vem sendo discutida ao longo dos anos. Segundo Foucault (2011) há registros da tratativa e da trajetória interna de roupas e tecidos com sangue e outros fluídos corpóreos nos hospitais datadas do final do século 18, quando foram registrados dados a partir da visita e observação sistemática e comparada dos hospitais e realizadas descrições funcionais, e não de monumentos, como eram apresentadas anteriormente pelos viajantes clássicos.

Ainda segundo Foucault (2011), o ambiente hospitalar, antes visto como “depósito de pobres”, passa a ser encarado como local de cura, e ambiente de trabalho, com consequentes efeitos patológicos, que devem ser corrigidos (FOUCAULT, 2011).

Ainda hoje, os riscos biológicos estão presentes nos hospitais e estão sendo considerados como riscos emergentes pela publicação: *Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación*, da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2010), que trata a gestão de resíduos infecciosos como um sério problema para os trabalhadores da saúde.

Diversas estratégias são lançadas na busca de soluções em segurança e saúde do trabalho para tratar questões emergentes. A União Europeia, por exemplo, adotou uma estratégia comunitária no período 2007-2012, baseada na análise das estratégias nacionais adotadas por seus Estados-membros.

No que tange a prevenção de lesões com instrumento perfurocortante em estabelecimentos de saúde, foi editada a Diretiva Europeia 2010/32/EU datada de 10 de maio de 2010, a partir de demanda originária da Associação de Empregadores Hospitalares e de Cuidados à Saúde em conjunto com Organização Sindical representativa dos Serviços Públicos na Europa. Por meio do documento comunitário, foram traçadas diretrizes a serem seguidas pelos Estados-membros com foco na prevenção e acompanhamento dos acidentes com lesão por instrumentos perfurocortantes, estabelecendo prazo até maio de 2013 para tomada de medidas. O documento apresenta 10 tópicos, que vão desde definição de sua finalidade, passando por avaliação do risco, implantação de medidas preventivas e

registro de acidentes, finalizando com acompanhamento das ações tomadas e implementação efetiva das diretrizes. A Diretiva também considera que os trabalhadores que prestam atendimento diretamente a pacientes não são os únicos afetados por acidentes com perfurações e que o documento abrange as condições laborais de pessoal terceirizado, trabalhadores contratados temporariamente, além de alunos da área da saúde (UNIÃO EUROPÉIA, 2010).

Conforme OIT (2010), o setor saúde engloba cerca de 35 milhões de pessoas em todo o mundo, as quais manipulam objetos contaminados perfurantes ou cortantes, como seringas ou bisturis.

No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012) indicam que em 2009 existiam cerca de 267 mil ocupações nas diversas atividades realizadas nas unidades hospitalares no Brasil, o que corresponde a 6,2% do número de postos de trabalho das atividades ligadas à saúde, direta e indiretamente. Para melhor entendimento da dimensão destas atividades no cenário laboral brasileiro, cabe esclarecer que as atividades ligadas à saúde equivalem a 4,5% do total de postos de trabalho no Brasil, ou seja, cerca de 4,3 milhões de ocupações, as quais não devem ser confundidas com o número de pessoas ocupadas, uma vez que um indivíduo pode ocupar mais de um posto de trabalho.

O estudo das condições laborais desses trabalhadores, intensificou-se a partir do início da década de 1980, quando o tema se tornou o mais prolífico em termos de teses e dissertações no Brasil no campo da saúde do trabalhador, chegando a representar 18% de toda a produção científica dessa área entre o início e o fim dos anos 1980 (SANTANA, 2006).

Nos últimos anos, foram desenvolvidos diversos estudos sobre condições de trabalho do setor saúde (VALIM; MARZIALE, 2011; OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001), especialmente no que tange aos trabalhadores que prestam assistência diretamente aos pacientes. Enquanto Valim e Marziale (2011) estudaram a exposição ocupacional destes trabalhadores a material biológico, Oliveira e Murofuse (2001) dedicaram seus estudos a verificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os riscos a que estão expostos, e concluíram que, apesar de promover o cuidado do indivíduo doente, os trabalhadores hospitalares pouco sabem a respeito da sua

própria saúde profissional, conclusão que se baseou nas respostas dadas pelos trabalhadores à seguinte questão: “Você sabe quais as precauções a tomar no sentido de evitar acidentes de trabalho e doenças ocupacionais?” Dentre as respostas dadas pelos trabalhadores para este questionamento, a referência direta ou indireta ao uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) foi a mais encontrada (32,61%). Em segundo lugar, 14,13% dos trabalhadores citaram cuidados gerais a serem tomados por eles próprios como precaução para evitar acidentes do trabalho e doenças ocupacionais. Por outro lado, foram classificadas pelos autores como “cuidados gerais” as seguintes respostas: prestar atenção nas atividades que realiza, lavagem das mãos antes de qualquer procedimento, preparar medicações com atenção, ter princípios de assepsia, cuidar para não escorregar usando calçados apropriados, entre outros. O treinamento aplicado aos trabalhadores pela empresa foram referidos em 8,7% das respostas dadas pelos trabalhadores.

Entretanto, os riscos, mesmo que desconhecidos pelos trabalhadores, estão presentes, como destacam Paulino de Araújo et al. (2009), cujo estudo relata a presença de agentes biológicos, físicos e químicos e a complexidade existente na realização de atividades de higiene e limpeza nos ambientes hospitalares. Outros autores (NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004) afirmam que os vários riscos potenciais, aos quais os trabalhadores hospitalares podem estar expostos, dependem do local de trabalho e da atividade que são desenvolvidas.

A exposição ocupacional aos agentes biológicos é considerada como importante fonte de risco aos profissionais de saúde (PENTEADO, 1999). Dentre eles, a exposição a patógenos veiculados pelo sangue é um risco grave à saúde desses trabalhadores (CHAMBERLAND et al., 2000; RAPPARINI, 2006). Os vírus da hepatite B (VHB), da hepatite C (VHC), além do vírus da imunodeficiência humana (HIV) são os patógenos mais comumente encontrados entre os veiculados pelo sangue. Eles adentram no organismo dos trabalhadores predominantemente por exposição percutânea, ou ainda pelo contato de mucosa ou pele intacta destes com sangue ou fluídos corpóreos de pacientes infectados (CHAMBERLAND et al., 2000). Barreto et al. (2011) salientam que o risco de exposição ao material biológico é

constante nos centros cirúrgicos, tanto no momento de realização dos procedimentos, quanto durante a limpeza do local.

Entretanto, pouco tem sido estudado sobre as condições de trabalho dos que executam atividades de apoio, como a higiene e limpeza hospitalar, assim afirmam Martarello e Benatti (2009), cujo trabalho indica a necessidade de mais estudos sobre estes trabalhadores sujeitos às condições de trabalho peculiares do ambiente hospitalar e que são, em sua maioria, parte de força de trabalho terceirizada. Estes autores constataram que a terceirização do serviço de limpeza está presente na maior parte dos hospitais. Minayo-Gomez e Lacaz (2005) afirmam também que no Brasil são escassos os estudos abrangentes, de cunho epidemiológico, referentes à situação dos trabalhadores terceirizados.

Segundo Salim (2003) a terceirização desencadeia várias consequências à saúde do trabalhador, sendo destacado pelo autor: a segmentação e diferenciação dos trabalhadores quanto às condições de trabalho; a pulverização da base e enfraquecimento do poder sindical; a flexibilização dos direitos trabalhistas; a redução dos empregos diretos e indiretos ao longo da cadeia produtiva; a intensificação do ritmo de trabalho e aumento da pressão no ambiente de trabalho. Além disso, o autor afirma também que, especialmente nas regiões metropolitanas brasileiras, a precarização das condições de trabalho com a reprodução de baixos níveis salariais não é exclusivamente imputada ao setor informal do mercado de trabalho, avançando também nos contratos dos trabalhadores registrados.

Wünsch Filho (2004), cita a terceirização como promotora da crescente deterioração das condições de saúde dos trabalhadores em várias partes do mundo. Em estudo canadense (ZUBERI; PTASHNICK, 2011), trabalhadores de limpeza hospitalar consideram o reduzido quadro de pessoal e, conseqüentemente, o excesso de trabalho existente, como sendo um dos problemas mais graves trazidos pela terceirização. No Brasil, Dedecca (2008) também aponta a terceirização dos serviços de limpeza hospitalar como importante fator da precarização dos contratos de trabalho no setor saúde, levando à redução do escopo de direitos dos trabalhadores contratados e da remuneração. Paulino de Araujo et al. (2009) afirmam que, de uma forma geral, os trabalhadores de limpeza estão submetidos às conseqüências

advindas das condições precárias de trabalho, do mecanismo da terceirização com vínculo trabalhista fragilizado, da pouca valorização do profissional, da alta rotatividade dos empregados, entre outros aspectos. Outras autoras (MONTEIRO; CHILLIDA; BARGAS, 2004) asseguram que a utilização extensiva de terceirização nos serviços de higiene e limpeza, além de ser fator importante para condições de trabalho mais precárias, está diretamente ligada à baixa escolaridade desses trabalhadores. Ressaltam, ainda, que é fundamental que esses trabalhadores possam exercer seu trabalho com conhecimento e que tenham condições adequadas para executá-lo, tendo em vista os riscos ocupacionais a que estão expostos. Os autores apontam também que a educação e a capacitação destes trabalhadores, que poderiam suprir esta falta de conhecimento, resumem-se, em geral, a educação em serviço, cujos objetivos são dirigidos para as finalidades das empresas (MONTEIRO; CHILLIDA; BARGAS, 2004).

Além de possuir essas características, está presente no serviço de limpeza hospitalar terceirizado, a falta de investimento tecnológico visando a introdução de métodos de limpeza eficazes e seguros, não só para os pacientes dos hospitais, como também para o pessoal que executa a higienização (ANDRADE; ANGERAMI; PADOVANI, 2000). Os autores também destacam que

não se pode deixar de considerar a realidade dos hospitais brasileiros, que possuem alta rotatividade dos leitos com a necessidade de serem ocupados logo após sua vacância, e cuja limpeza de unidade não tem merecido a atenção necessária, acarretando um problema que tende a se agravar, principalmente quando associado ao déficit da mão de obra que tem conduzido ao decréscimo da higienização (ANDRADE; ANGERAMI; PADOVANI, 2000, p. 169).

Em seu estudo, Acosta (2004) encontrou

Aliados à complexidade comum a todos os hospitais, as unidades investigadas têm problemas estruturais como deficiência de recursos financeiros, sub-dimensionamento da mão-de-obra, contratações temporárias de profissionais de saúde, equipamentos obsoletos, edificações antigas, alta demanda para atendimentos de clientes, excesso de burocracia para a compra de produtos, materiais de limpeza de qualidade duvidosa e, eventualmente, falta de produtos de limpeza (ACOSTA, 2004, p. 66).

Diante do quadro observado, Acosta (2004) considera que a precariedade dos hospitais públicos implica na dificuldade dos trabalhadores de limpeza em realizar

um trabalho de boa qualidade e com a rapidez exigida pelos setores, além de diminuir a possibilidade destes se protegerem contra os riscos de acidentes, contribuindo, portanto, para a ocorrência de acidentes com lesão por instrumentos perfurocortantes.

Figura 1- Trabalhadora executando atividade de limpeza, em meio a atendimento, em sala de fisioterapia.



Fonte: Arquivo pessoal

A figura 1 demonstra uma tarefa habitualmente executada pelos trabalhadores de limpeza hospitalar, classe que interage direta e indiretamente com as condições de segurança e saúde dos trabalhadores, pacientes e ambiente hospitalar, segundo Martarello e Benatti (2009).

Canini, Gir e Machado (2005) asseguram que os acidentes com envolvimento de pessoal de apoio hospitalar com material potencialmente contaminado são fonte de interesse, embora se apresentem em número menor do que as ocorrências entre os profissionais que prestam atendimento direto ao paciente, pois em muitos daqueles casos, não é possível identificar o paciente-fonte, o que é um complicador para as

ações pós-acidente. Em estudo de Acosta (2004) são quantificados os acidentes com lesão por instrumento perfurocortante em trabalhadores de um grupo de hospitais, concluindo o autor que correspondem a grande parte dos acidentes de trabalho notificados do pessoal de limpeza hospitalar, apesar de, diferentemente dos profissionais de saúde, a atividade de limpeza não utilizar material perfurocortante como ferramenta de trabalho. Neste estudo foi constatado que, no período de 2000 a 2002, das 285 Comunicações de Acidente do Trabalho (CAT), 99 (35%) registravam acidentes por perfuração. Em outro estudo, Canini, Gir e Machado (2005) apontam que, dentre os acidentes com exposição a material biológico sofridos pelo pessoal de apoio de uma unidade hospitalar, cerca 80,2% ocorreram com trabalhadores de limpeza. Também, foi encontrado pelo estudo de Acosta (2004), relato de trabalhadores citando que são frequentemente encontrados no local de trabalho agulhas, em meio a roupas usadas por médicos e enfermeiros e agulhas demais na caixa coletora, além de descarte de agulhas fora dos coletores, principalmente jogadas no chão. A Figura 2 ilustra o acondicionamento inadequado de material perfurocortante descartado em caixa coletora, uma das causas de acidentes em pessoal de limpeza hospitalar (ACOSTA, 2004). Khuri-bulos (1997), em estudo epidemiológico sobre acidentes com lesão por instrumento perfurocortante em hospital universitário da Jordânia, cita que os acidentes com agulhas ocorrem com frequência em países em desenvolvimento.

Figura 2- Caixa coletora de material perfurocortante, com agulhas acondicionadas em condição de risco de acidente aos trabalhadores.



Fonte: Arquivo pessoal

Na Coreia, entre 2001 e 2006, Park et al. (2008) verificaram uma incidência média global por 100 trabalhadores de hospitais de 2,6 acidentes/ano notificados com perfuração, variando de um mínimo de 1,6 em 2001 para uma alta de 3,5 em 2005, ano em que houve uma modificação nos treinamentos aplicados para os trabalhadores, incluindo na formação em serviço, estratégias de informação pós-exposição e profilaxia. O mesmo estudo aponta que 9,9% dos 1528 acidentes registrados no período ocorreram com trabalhadores de limpeza hospitalar, sendo este o principal grupo de trabalhadores da área de suporte hospitalar atingido (PARK et al., 2008). Os autores ainda afirmam que 50% dos acidentes com estes trabalhadores ocorreram devido ao descarte de instrumento perfurocortante de forma inadequada.

Na Turquia, estudo de caso de Ayanci e Kosgeroglu (2004) foi apresentado que 69,1% dos enfermeiros que sofreram acidente com lesão por instrumento

perfurocortante não os relataram à autoridade de saúde, e que 32,4% destes profissionais não haviam sido vacinados contra hepatite B, denotando a subnotificação e a falta da vacinação contra hepatite B para os trabalhadores hospitalares.

1.1.1 Doenças decorrentes de acidente com perfuração

O Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2004), entidade americana que trata de Controle e Prevenção de Doenças destaca que, após lesão percutânea com instrumento contaminado, o risco para infecção é de 0,3% para HIV e varia de 6% a 30 % para hepatite B.

É fato que a ocorrência deste tipo de acidente pode trazer diferentes consequências e danos à saúde, que vão desde uma simples perfuração (lesão local) até o adoecimento por doenças graves e crônicas como AIDS, hepatites B e C, passando por distúrbios psicológicos e danos às relações familiares, além de efeitos da profilaxia, quando aplicada (MARZIALE; RODRIGUES, 2002). Gershon et al. (2000) descreve relatos de trabalhadores sobre mudanças nas práticas sexuais e no relacionamento social e familiar. Efeitos psicológicos também foram observados em seu estudo, como consequência do acidente com instrumento perfurocortante, sendo também constatada relação entre este dano e o suporte recebido pelos trabalhadores após a exposição ocupacional. Cabe esclarecer que esse estudo restringiu-se a casos notificados, apesar dos autores destacarem que cerca de 5% dos acidentes só foram relatados mais de 24 horas depois de sua ocorrência.

1.1.1.1 Hepatite B

Foi publicado pelo Ministério da Saúde em 2012, Boletim sobre Hepatites Virais (BRASIL, 2012a), apontando que em 2010 a taxa de detecção de hepatite B no Brasil foi de 6,9 casos para 100.000 habitantes. O coeficiente de mortalidade de hepatite B entre os anos de 2000 a 2011 manteve-se estável entre 0,2 e 0,3 por 100.000 habitantes. No que se refere ao registro de provável fonte/mecanismo de infecção, foi verificado que 54,3% desses campos continham preenchimento ignorado/em branco, os quais foram excluídos da análise. Analisadas as notificações

com o campo devidamente preenchido, o Boletim aponta que 0,4% das notificações correspondem a acidentes do trabalho como provável fonte/mecanismo de infecção.

Todavia, documento divulgado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), afirma que a estimativa de portadores de hepatite B crônica seja de aproximadamente 600 mil pessoas, sendo que somente 12 mil pessoas estão em tratamento, demonstrando grande contingente de pessoas sem acesso ao diagnóstico.

As infecções pelo vírus da hepatite B podem causar, além da hepatite crônica, a cirrose e o carcinoma hepatocelular, doenças que são causa de cerca de 600.000 mortes por ano em todo o mundo, segundo estudos Goldstein et al. (2005) que utilizaram-se de modelo matemático para esta estimativa. Os resultados de Goldstein et al. (2005) são usados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para estimar o número de portadores crônicos e de mortes de Hepatite B em todo o mundo.

A OMS aponta que 37% da hepatite B entre os trabalhadores da saúde foi resultado de exposição ocupacional. Apesar da infecção com o vírus da hepatite B poder ser prevenida em até 95% dos casos com a vacinação, a OMS afirma que em algumas regiões do mundo, menos de 20% dos trabalhadores da saúde estão imunizados. (OMS, 2009)

O período de incubação para hepatite B, intervalo entre a exposição efetiva ao vírus e o início dos sinais e sintomas pode chegar a 180 dias, sendo em média de 75 dias (OMS, 2013).

Segundo o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, os trabalhadores da saúde compõem uma das categorias profissionais para as quais é indicada a imunização contra hepatite B (RAPPARINI; VITÓRIA; LARA, ca. 2004). O Programa também aponta que a taxa de cura em pessoas adultas infectadas é de 90 a 95%, sendo que 5 a 10% evoluem para a forma crônica da doença.

A medida mais eficaz no combate à infecção pelo vírus da hepatite B é a imunização dos indivíduos suscetíveis, com emprego das vacinas atualmente disponíveis, que apresentam eficácia de 85% a 90% (VALIM; MARZIALE, 2011).

A vacinação contra hepatite B é fornecida gratuitamente e está disponível permanentemente no Sistema Único de Saúde – SUS para trabalhadores da saúde. Para ser imunizado o trabalhador precisa tomar três doses da vacina, com intervalo de um mês entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e a terceira dose (RAPPARINI; VITÓRIA; LARA, ca. 2004).

Segundo Chávez, Campana e Haas (2003) a hepatite B foi o segundo tipo de hepatite viral mais prevalente (25%) no Brasil, no período de 1996 a 2000, tendo sido a hepatite A líder em número de casos (43%). Em estudo de Lopes et al. (2001) foi realizada análise multivariada dos fatores de risco para VHB dos trabalhadores de um estabelecimento de saúde, sendo constatado pelos autores que o tempo de profissão, relato de exposição ocupacional e o não uso de equipamentos de proteção, estiveram significativamente associados à soropositividade ao vírus da hepatite B. Apesar dos trabalhadores da saúde serem classificados como pertencentes a grupo de alto de risco, sendo-lhes disponibilizada vacina contra hepatite B, de forma prioritária (CHÁVEZ; CAMPANA; HAAS, 2003), há estudos (LOPES et al., 2001; CANINI; GIR; MACHADO, 2005) que demonstram que muitos trabalhadores que atuam em estabelecimentos de saúde, em condição de risco, deixam de ser imunizados. Lopes et al. (2001) traçaram perfil soropidemiológico da infecção pelo VHB em profissionais das unidades de hemodiálise de Goiânia, sendo constatado que apenas 59,2% dos trabalhadores afirmavam ter recebido as três doses da vacina contra hepatite B. Canini; Gir; Machado (2005) constataram que de 147 trabalhadores de atividades de apoio hospitalar que sofreram acidentes de trabalho com lesão por perfurocortante, mais de um terço (35,4%) não haviam recebido nenhuma dose da vacina contra hepatite B. Além da imunização contra hepatite B, o gerenciamento dos casos pós-exposição também é essencial para redução do número de trabalhadores contaminados, sendo que a profilaxia contra hepatite B pós-acidente também é indicada (CDC, 2001).

1.1.1.2 Hepatite C

Com relação à hepatite C, em revisão sistemática da literatura, Figueiredo; Cotrim; Tavares-Neto (2003) identificaram nos trabalhos sobre soroconversão do VHC que há possibilidade de sua transmissão para profissionais da área de saúde, sendo que

os relatos de soroconversão, por meio da análise por genotipagem, reforçam o risco de transmissão ocupacional. Destaca-se que não existe vacinação eficaz que possa ser utilizada, nem tampouco profilaxia pós-exposição, sendo a prevenção de acidentes com instrumento perfurocortante e do contato com fluídos corpóreos em condições de risco a única forma de prevenir a transmissão do vírus para o trabalhador da saúde (RAPPARINI; VITÓRIA; LARA, ca. 2004).

A hepatite C é uma doença contagiosa, causada pelo vírus da hepatite C (VHC), podendo se apresentar como uma infecção com ou sem sintomas. Em média, 20% dos indivíduos conseguem eliminar o vírus nos primeiros seis meses da infecção, porém 80% evoluem para a forma crônica da doença. É extremamente rara a manifestação da hepatite C em sua fase aguda. O período de incubação do VHC é de 15 a 150 dias, contados a partir do contato com o vírus. Uma parte das infecções crônicas pode evoluir para cirrose ou para hepatocarcinoma. Também, diferentemente da hepatite B, a via sexual não é um mecanismo frequente de transmissão, e sim o contato direto com o sangue contaminado (BRASIL, 2005a).

1.1.1.3 HIV

No que tange à transmissão do HIV, Bell (1997) assegura que o risco médio de transmissão do vírus após exposição percutânea ao sangue infectado é de cerca de 0,3%. No entanto, o risco é considerado maior para exposições envolvendo grande volume de sangue ou este fluído com elevada carga viral. Cardo et al. (1997) em um estudo do tipo caso-controle determinou como marcadores com maior risco de transmissão: dispositivo visivelmente contaminado pelo sangue do paciente; procedimentos com agulha diretamente inserida em acesso arterial ou venoso; e lesão profunda. Grandes quantidades de sangue e exposições envolvendo pacientes com AIDS em fase terminal, também foram evidenciados pelos autores como fatores de aumento do risco de transmissão.

No Brasil, em revisão sistemática da literatura (RAPPARINI, 2006), que se utilizou das bases de dados pesquisadas MEDLINE e LILACS (1981 a 2004), dissertações e teses acadêmicas (1987 a 2004), resumos de encontros nacionais e internacionais do período de 1994 a 2004, e boletins locais e nacionais, foram encontrados 04 casos de infecção por HIV, por meio de contaminação por exposição ocupacional.

Desses casos, apenas um havia sido publicado em revista científica. Em todos os casos, os trabalhadores acidentados eram profissionais da equipe de enfermagem e sofreram exposição percutânea. Concluiu a autora que os resultados encontrados foram compatíveis com outros encontrados na literatura internacional.

Apesar de não haver registros de casos de infecção por HIV devido à exposição ocupacional no Brasil, diversos autores consideram importante o risco de infecção por HIV entre os trabalhadores de limpeza hospitalar (CANINI; GIR; MACHADO, 2005; ACOSTA, 2004; CHIODI et al., 2010).

1.1.2 O perfil dos trabalhadores de limpeza

Em pesquisa (SIEMACO, 2011) realizada no município de São Paulo sobre o perfil dos trabalhadores de limpeza que se ativavam nas áreas de asseio e conservação, prestando serviços em empresas de diversos ramos, constatou-se que 80% exerciam a função de auxiliar de limpeza ou similar, tendo em vista que há diversos nomes dados para o exercício de funções semelhantes à de auxiliar de limpeza. Quanto ao local de prestação de serviços, a maior concentração desses trabalhadores está lotada em prédios de administração pública e estabelecimentos de saúde com, respectivamente, 28,3% e 27,9% do total de trabalhadores do segmento. Quanto às características pessoais dos trabalhadores do segmento Asseio e Conservação, foi observada predominância do sexo feminino (58,8%) e faixa etária de 30 a 49 anos (58,8%). Também, foi constatado que 72,7% dos entrevistados se declaram de cor/etnia morena, marrom, mulata, parda ou negra. Quanto a sua naturalidade, observa-se a maioria composta por migrantes, já que 58,4% nasceram fora do Estado de São Paulo. O estado civil que predomina é o de casado com cerca de 56% dos trabalhadores. O nível de escolaridade constatado é baixo, sendo predominante a escolaridade até o ensino fundamental (57,2%), dentre os quais 2,3% nunca frequentou escola, 40,9% possuem ensino fundamental incompleto e 14,0% concluiu o ensino fundamental. Ainda, os dados acima se referem exclusivamente às características dos trabalhadores do segmento Asseio e Conservação, sendo que nesse estudo os trabalhadores foram subdivididos em três segmentos de atuação: Asseio e Conservação, Limpeza Urbana e Áreas Verdes,

para os quais levantou-se suas características pessoais e laborais, as quais tem divergências importantes entre si.

Em outro estudo (CHILLIDA; COCCO, 2004), realizado com trabalhadores de limpeza que desempenhavam suas atividades em uma unidade hospitalar localizada no interior do Estado de São Paulo, é apontado que a faixa etária predominante varia entre 30 e 39 anos (50%), sendo o sexo feminino (74%) correspondente à maior parcela de trabalhadores. No que concerne à escolaridade, 72% da amostra tinha escolaridade até a 7ª série do ensino fundamental. A maior parte desses trabalhadores (78%) começou a trabalhar na infância ou na adolescência, sendo 46% até os 11 anos e 32% dos 12 aos 16 anos de idade. Em relação ao tempo de serviço, foi constatado alto índice de rotatividade, já que 44% dos trabalhadores entrevistados trabalhava há menos de um ano na instituição.

1.1.3 A intensificação e a precarização do trabalho – fatores que contribuem para a ocorrência de acidentes com lesão por instrumentos perfurocortantes

Nas últimas décadas, grandes transformações ocorreram nas condições laborais de trabalhadores em todo o mundo, especialmente devido aos progressos tecnológicos e à globalização. No âmbito dessas condições, no que concerne à segurança e saúde do trabalho, alguns perigos tradicionais regrediram ou foram eliminados, outros se mantiveram, e novos riscos surgiram, gerados tanto pelas recém-chegadas tecnologias, como também pelas novas condições e formas de trabalho (OIT, 2010).

Em todo o mundo, as exigências da vida moderna repercutem em cargas de trabalho mais elevadas, em intensificação das tarefas devido ao enxugamento das equipes e em modificações nas formas de trabalho, tais como trabalho independente e temporário, também caracterizada como riscos emergentes aos trabalhadores (OIT, 2010).

Antunes (2010) afirma que há um movimento pendular do trabalho, trazendo de um lado o trabalho precário e instável, criado por meio de “um enorme excedente de força de trabalho que subvaloriza quem se mantém no universo do trabalho

assalariado”, distanciado do trabalho especializado, com um contingente ínfimo, sobre o qual avança a exploração e a intensificação.

Especificamente no ambiente hospitalar, Sarquis (2007) evidenciou em seu estudo que a forma de organização do trabalho em saúde, composta pelo ritmo acelerado imposto, escassez ou inadequação de recursos aliados à forma autoritária de relações de trabalho, muitas vezes encontrada, estão diretamente ligadas aos acidentes com material biológico. Cabe esclarecer que esta autora considera que os trabalhadores em saúde englobam aqueles que exercem atividades e funções de saúde, incluídos todos os que desenvolvem atividades diretamente à assistência dos paciente, bem como aqueles que pertencem aos serviços de apoio e infra-estrutura, citando, entre outros, os trabalhadores de limpeza (SARQUIS, 2007).

Em outro estudo relativo a acidentes com exposição a material biológico, que inclui lesões por perfurocortantes, Garcia e Facchini (2010) tinham como uma das hipóteses que trabalhadores hospitalares com sintomas musculoesqueléticos teriam as atividades habituais prejudicadas e, por isso, estariam mais propensos a acidentes com exposição a material biológico, o que não foi confirmado por meio da análise quantitativa realizada com 1077 trabalhadores que se ativavam em Unidades Básicas de Saúde (UBS's). Todavia, os autores encontraram maior incidência desses acidentes entre trabalhadores que relataram as cargas de trabalho mais elevadas e condições de trabalho inadequadas. Também foram encontradas outras associações: acidentes anteriores com exposição a fluidos biológicos e tabagismo. Para as variáveis sexo, regime empregatício, duplo emprego, satisfação no trabalho, vacinação contra hepatite B, não foram encontradas associações à incidência de acidentes com exposição a material biológico.

Ribeiro e Shimizu (2007) afirmam que há grande carga de trabalho no exercício da enfermagem gerada pelo: ritmo acelerado de trabalho, não-interação pessoal, pressão da equipe médica, freqüentes dobras de plantão, trabalho repetitivo e baixos salários. A pressão da chefia também é aspecto presente no trabalho dos enfermeiros, segundo os autores.

Quanto aos trabalhadores de limpeza hospitalar terceirizados (TLHT's), Acosta (2004) observou, por meio de análise ergonômica do trabalho, que os

disfuncionamentos existentes no ambiente hospitalar se potencializam em virtude da condição social dos TLHT's, cuja pouca qualificação formal – quando comparada à exigida para os outros profissionais inseridos no ambiente hospitalar – determina correlações de poder desiguais entre os coletivos. O autor afirma também que

Na gestão do risco, isso tem implicações, por exemplo, na troca de informações, que ainda é muito limitada entre as serventes e os profissionais de saúde, restringindo-se quase que exclusivamente às solicitações de limpeza (ACOSTA, 2004, p. 116).

O autor conclui que um programa de gestão de segurança que desconsidere a realidade do ambiente e a situação de trabalho, está fadado a não obter sucesso na prevenção de acidentes. Como proposta, o autor sugere a criação de condições para discussão dos problemas cotidianos entre os diversos coletivos, que trabalham juntos em um mesmo espaço, de forma a possibilitar a construção de estratégias para enfrentamento do problema a partir da compreensão do que o outro faz.

Em pesquisa do Sindicato dos trabalhadores em empresas de prestação de serviços de asseio e conservação e de limpeza urbana de São Paulo (SIEMACO, 2011), 44,3% dos trabalhadores entrevistados do segmento Asseio e Conservação, que exercem suas atividades em empresas dos mais diversos segmentos, entendem que o número de empregados é insuficiente para a realização de serviços demandados, além do que, 44,7% entendem que a intensidade de seu trabalho é razoável ou excessiva.

Atualmente, o dimensionamento das equipes para os contratos firmados com o governo do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2013) é feito com base em áreas hospitalares entre 350 a 1.000 m² por trabalhador, cuja variação depende da classificação da área, vez que cada setor hospitalar demanda uma necessidade de limpeza específica.

Em outro estudo, realizado em junho de 2001, foram apuradas as produtividades médias de cada serviço de limpeza em 06 centros hospitalares estudados (IBAÑEZ et al., 2001), conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Produtividade de limpeza hospitalar (m²)

H1	H2	H3	H4	H5	H6
185,05	320,6	186,53	302,32	263,15	230,76

Fonte: Relatório de atividades hospitalares apud Ibañez et al. (2001)

De acordo com a Tabela 1, o valor médio das áreas atendidas por trabalhador nos hospitais estudados por Ibañez et al. (2001) foi de 248,07 m².

No que tange à capacitação dada a esses trabalhadores, para exercer suas funções, foi apurado em estudo de caso (FREITAS; PESTANA, 2010) que nove, dos dez trabalhadores que realizavam a coleta interna de resíduos, afirmaram ter recebido treinamento para manuseio de resíduos de serviços de saúde. Entretanto, os treinamentos informados limitavam-se a uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), separação de lixo e orientações para levar o lixo sempre afastado do corpo. Em outro estudo, Silva et al. (2011) apontam que o treinamento recebido pelos trabalhadores acidentados se restringiam a uso de EPIs e manipulação de fluidos corporais. Rezende (2006) aponta que o desconhecimento dos trabalhadores do potencial de dano dos resíduos de serviços de saúde faz com que os trabalhadores não o manuseiem adequadamente, no que tange à sua própria segurança.

Valim e Marziale (2011) apontam que cerca de 32% dos acidentes ocorridos com profissionais de saúde foram decorrentes de descarte inadequado, o que inclui perfurocortantes encontrados fora da caixa coletora ou pela condição de acondicionamento inadequado na caixa.

Quanto às causas do descarte inadequado, em trabalho técnico (FUNDACENTRO, 2012) foram analisadas as atividades exercidas pelos trabalhadores de enfermagem, a partir de seus relatos, sendo citada a ocorrência de acidente com instrumento perfurocortante como situação de risco à saúde. A existência de situações que contribuem para a ocorrência desses acidentes também foram relatadas: a falta de caixas específicas para acondicionamento de perfurocortantes, utilização inadequada dessas caixas, o que inclui a montagem inadequada e a lotação da caixa, como o enchimento acima do permitido pela NR-32 (BRASIL, 2005b) que preconiza que o material deve ser acondicionado até 5 cm abaixo do bocal. Os

relatos colhidos pela pesquisadora responsável citam também a necessidade de ações educativas aos profissionais de saúde, salientando que estes estão sujeitos aos acidentes com instrumento perfurocortante, como também o pessoal de limpeza terceirizado. Os enfermeiros relatam a falta de treinamento básico dos trabalhadores de limpeza hospitalar, observando que essas atividades devem ser orientadas detalhadamente e acompanhadas por profissional de enfermagem designado para esse fim. Também foi observado nesse estudo ritmo acelerado imposto aos trabalhadores de enfermagem e falta de pessoal suficiente para atendimento da população.

Em outro estudo (SARQUIS, 2007) são apontadas deficiências qualitativas e quantitativas no fornecimento das caixas coletoras de perfurocortantes. Em seu estudo, Sarquis (2007) registrou falas de trabalhadores da saúde, onde foram relatadas que as caixas coletoras de perfurocortantes nem sempre tem tamanho adequado ao material a ser depositado. Além disso, são relatadas outras deficiências dessas caixas: inadequação a materiais que não são totalmente rígidos e falta de transparência para que se possa enxergar se está completamente preenchida ou não. Também foi relatado pelos trabalhadores a ocorrência da falta de fornecimento de caixa. A autora observou ainda que a forma como o trabalho é organizado também é geradora de acidentes e que os trabalhadores tem consciência disso. São citados pelos trabalhadores a falta de autonomia, a falta de pessoal e a rotatividade de atividades, demonstrando que a organização do trabalho nos hospitais foca o cumprimento dos objetivos fixados pelo empregador, sem priorizar a saúde do trabalhador.

1.1.4 Notificação e medidas pós-acidente

No Brasil, a subnotificação e a falta de estatísticas disponíveis de casos notificados de acidente com contato com fluídos corpóreos, entre eles os com lesão por instrumento perfurocortante, dificultam a realização de pesquisas a respeito e o enfrentamento do problema (BRANDÃO, 2000). O autor acrescenta que a subnotificação decorre de fatores culturais, psicossociais e institucionais. Estudo de Marziale e Rodrigues (2002) também concluiu que a escassez de dados sistematizados sobre esses acidentes no Brasil impossibilita o conhecimento da

dimensão do problema, e conseqüentemente dificulta a avaliação das medidas preventivas utilizadas atualmente. No estudo, os próprios trabalhadores citam o desconhecimento dos riscos e conseqüentemente a pouca importância que lhes são dados.

Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) apontam que mesmo com a subnotificação presente, é alarmante o número de agravos à saúde de todas as ordens ocorridos no trabalho em geral. Observam também que há intuito de levá-los ao descaso, perdendo-se informações de CAT's, registro de óbitos e outros instrumentos capazes de configurar um panorama mais preciso dos impactos do trabalho sobre a saúde e de possibilitar ações mais eficazes de vigilância e intervenção.

Apesar da falta de dados no Brasil, há algumas iniciativas do Ministério da Saúde para notificação de agravos à saúde e dados sobre mortalidade, tais como o Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), instituídos a partir de 2000 e 2004, respectivamente.

A notificação de acidentes com exposição a material biológico e de outros 10 agravos à saúde decorrentes do trabalho é compulsória, devendo ser encaminhada por meio do SINAN, em rede sentinela específica, conforme estabelecido pela Portaria no. 777/GM de 28 de abril de 2004. A referida Portaria estabelece ainda que os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e hospitais e serviços de saúde credenciados constituirão a rede sentinela, que procederá ao registro nesse sistema. Para notificação, os dados são inseridos pelos funcionários das unidades de assistência médica (SILVA et al., 2011).

O SIM também é um sistema de informações de notificação compulsória a partir dos atestados de óbito emitidos. É regulamentado pela Portaria 474/2000 (BRASIL, 2000), sobre a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio de informações de óbitos para este sistema.

Todavia, a literatura aponta tanto casos de não emissão de CAT's (ACIDENTES..., 2011), quanto incongruência nos diversos sistemas de registro utilizados (SILVA et al., 2011)

Em estudo de caso, em uma unidade hospitalar, Garcia e Facchini (2010) apuraram por meio de relatos dos trabalhadores, que a taxa de notificação dos acidentes com exposição a fluidos orgânicos, incluindo os com perfuração percutânea, é extremamente baixa, em torno de 11%.

Outro estudo relativo a acidentes com exposição a material biológico notificados via SINAM, no período de 2007 a 2010 (ACIDENTES..., 2011), aponta que para os 31.392 acidentes notificados, somente foram emitidas 14.958 CAT's, o que representa cerca de 48% dos acidentes registrados no SINAM. Ressalta-se que não pode ser descartada a ocorrência de acidentes para os quais não houve qualquer notificação, nem mesmo via SINAM, cujo percentual não se consegue estimar.

Silva et al. (2011) compararam 134 registros do setor responsável pela Saúde do Trabalhador de dois hospitais, com as notificações constantes da Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro, identificando apenas 11 concordantes, confirmando que a subnotificação está presente nos acidentes com exposição a material biológico, o que inclui os que ocasionam lesão por instrumento perfurocortante. Nesse estudo, os autores encontraram diversos formulários para notificação de acidentes com perfurocortantes em hospitais do Estado do Rio de Janeiro, além de incongruências nos dados registrados, bem como a falta de treinamento adequado do pessoal responsável por registrá-los. Os registros não incluíam, por exemplo, se o trabalhador acidentado e o paciente-fonte, quando conhecidos, foram encaminhados para exames laboratoriais.

Entretanto, destaca-se a importância da imediata notificação, que possibilitará que os acidentes de trabalho com sangue e outros fluidos potencialmente contaminados possam ser tratados como casos de emergência, uma vez que, para se obter maior eficácia, as intervenções para profilaxia da infecção pelo HIV e hepatite B necessitam ser iniciadas logo após a ocorrência do acidente (RAPPARINI; VITÓRIA; LARA, ca. 2004).

Ressalta-se que além da tomada de medidas imediatas logo após os acidentes, evitar o contato com material contaminado é importante para a prevenção de adoecimento de trabalhadores decorrente de aquisição de patógenos veiculados pelo sangue, sendo no caso da hepatite C, a única forma de evitar a transmissão do

vírus acidente (RAPPARINI; VITÓRIA; LARA, ca. 2004). Com relação a medidas de prevenção desses acidentes, a literatura americana demonstra impacto positivo do uso de materiais perfurocortantes com dispositivo de segurança na redução do número desses acidentes (MARZIALE; RODRIGUES, 2002). No Brasil, não há perspectivas de implantar perfurocortantes com dispositivo de segurança em larga escala, devido a alteração da Norma Regulamentadora n.º32 (NR 32), ocorrida em 2011 (BRASIL, 2005b). A possibilidade desta substituição tinha prazo máximo previsto de 24 meses, conforme cronograma estabelecido pela Portaria 939 de 18 de novembro de 2008 (BRASIL, 2008), a qual complementava a NR-32. Entretanto a implantação de perfurocortantes com dispositivo de segurança perdeu força quando Portaria 939 foi revogada, em agosto de 2011, pela Portaria 1.748 de 30 de agosto de 2011, que estabelece a necessidade de elaboração de Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes por uma Comissão Gestora a ser formada por membros de diversos setores do hospital, a qual terá a incumbência de priorizar o uso de materiais com dispositivo de proteção, a partir da análise empreendida das situações de risco e dos acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes ocorridos em cada unidade hospitalar. Um dos tópicos discriminados na Portaria, a ser analisado pela comissão gestora, é o relativo a “procedimentos de limpeza, descontaminação ou descarte que contribuem para uma elevada ocorrência de acidentes” (BRASIL, 2011).

Dentre as medidas preventivas, a vacinação contra hepatite B é uma das mais importantes (VALIM; MARZIALE, 2011). Destaca-se que em estudo transversal (ASSUNÇÃO et al., 2012) em trabalhadores de saúde do setor público de Belo Horizonte – MG, foram identificados os seguintes fatores associados à não vacinação contra hepatite B: não ter companheiro, escolaridade de nível fundamental, características do trabalho como atuar em vigilância, serviços gerais e em serviços administrativos, além da não utilização de EPIs. Dentre os que se ocupam de serviços gerais, incluem-se os trabalhadores de limpeza. A autora conclui o trabalho com sugestão de

intensificação de medidas para promover o aumento da cobertura vacinal e focalizar mecanismos de sensibilização (sic) que atinjam os grupos menos cobertos. (ASSUNÇÃO et al., 2012)

Em estudo de Ribeiro e Shimizu (2007) é recomendada a implantação de capacitação técnica adequada aos profissionais de enfermagem, com um serviço de educação continuada mais próximo dos trabalhadores e de suas necessidades, para minimização dos acidentes com lesão por instrumento perfurocortante. Além disso, os autores salientam a importância da participação dos trabalhadores no processo institucional das políticas de trabalho para se alcançar condições de trabalho mais seguras.

Outra autora destaca que

Esses trabalhadores necessitam de preparo e “empoderamento” para exercer o papel de atores no processo de mudança dessas condições inadequadas. (SARQUIS, 2007, p.137)

Há de se destacar também que, consultados trabalhadores de limpeza em geral (SIEMACO, 2011), 46% relatam que, após os acidentes por eles sofridos, não foi prestada assistência, nem pela empresa contratante, nem pela prestadora de serviços. Este percentual é subdividido em: 36,6% dos trabalhadores, que relataram que não foram socorridos por ninguém e 9,4% que citaram que foram socorridos por familiares ou colegas de trabalho.

Percebe-se, portanto, que no Brasil, há um longo caminho a se percorrer para redução de acidentes com lesão por instrumento perfurocortante em trabalhadores de limpeza hospitalar e de seus efeitos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Subsidiar estratégias de prevenção para os acidentes com lesão por instrumento perfurocortante e seus efeitos em trabalhadores de limpeza hospitalar.

2.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar as empresas prestadoras de serviço de limpeza que mantêm trabalhadores de limpeza hospitalar terceirizados (TLHT's) em relação ao número de trabalhadores ativos;
- b) Caracterizar os acidentes com lesão por instrumentos perfurocortantes notificados entre 2010 e 2012 relativos à população trabalhadora para a qual o perfil foi traçado;
- c) Conhecer as exigências contratuais referentes à saúde do trabalhador feitas pelo governo do estado de São Paulo para a contratação dos serviços de limpeza hospitalar nos estabelecimentos sob sua gestão;
- d) Traçar o perfil sócio-demográfico da população trabalhadora e verificar a duração dos contratos laborais entre 2010 e 2012;
- e) Analisar o perfil de relatórios, instrumentos de registros, notificações, acompanhamentos e profilaxias relativos aos acidentes causados por material perfurocortante em trabalhadores de limpeza hospitalar terceirizados (TLHT's) em uma instituição de saúde pública, para compreender os fluxos de atenção e encaminhamentos dados pela empresa prestadora de serviços de limpeza e hospital contratante.

3 METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva e exploratória com enfoque quantitativo e corte transversal para análise dos dados, cuja coleta foi realizada em abril, maio e junho de 2013, composta por duas etapas.

A primeira etapa foi constituída pela caracterização das empresas prestadoras de serviço de limpeza, que atuam em hospitais públicos e privados localizados no município de São Paulo; dos contratos de prestação de serviços de limpeza firmados junto ao governo do estado de São Paulo; do perfil sócio-demográfico da população trabalhadora e seu tempo de permanência no emprego de limpeza hospitalar terceirizado. Foi realizado também um estudo para caracterização dos acidentes com lesão por instrumento perfurocortante ocorridos entre 2010 e 2012.

A segunda etapa foi um estudo de caso relativo a uma instituição de saúde pública, contemplando análise do perfil de relatórios, dos instrumentos de registros, das notificações, dos acompanhamentos e das profilaxias relativos aos acidentes causados por material perfurocortante em trabalhadores de limpeza hospitalar terceirizados, a fim de elaborar proposta de intervenção para minimização dos acidentes com lesão por instrumento perfurocortante com TLHT's e seus efeitos no hospital estudado.

3.1 Caracterização das empresas de limpeza hospitalar terceirizadas

A caracterização das empresas de limpeza hospitalar terceirizadas foi realizada a partir de banco de dados fornecido pelo SIEMACO, conforme recibo constante do Anexo A, que contém dados dos 119 hospitais públicos e privados em funcionamento no município de São Paulo cuja mão de-obra de limpeza hospitalar é terceirizada.

As empresas foram classificadas em ordem crescente quanto ao número de empregados de limpeza que mantinham em hospitais, com a finalidade de selecionar as 10 maiores responsáveis pelos contratos com hospitais do município de São Paulo. Para se obter o número total de trabalhadores das 10 empresas selecionadas foi utilizado o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

3.2 Caracterização dos contratos de prestação de serviços de limpeza firmados com instituições sob gestão do governo do estado de São Paulo

As análises realizadas tiveram por base a padronização dos contratos de prestação de serviços de limpeza firmados com instituições geridas pelo governo do estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2013), e referiram-se ao número de trabalhadores necessários para compor as equipes de limpeza de cada unidade hospitalar e às responsabilidades contratuais previstas para contratantes e contratados no que tange à segurança e saúde no trabalho.

Foi ainda efetuada uma análise do roteiro previsto para avaliação dos serviços prestados, apontando quais itens relacionados à Saúde do Trabalhador são verificados, quando da avaliação mensal dos serviços prestados efetuada pelos hospitais contratantes.

3.3 Perfil dos trabalhadores de limpeza hospitalar terceirizados

Uma vez selecionadas as 10 maiores empresas prestadoras de serviços de limpeza quanto ao número de postos de trabalho por elas mantidos em limpeza hospitalar, foram elencados os hospitais do município de São Paulo que se utilizavam de seus serviços. Foi então utilizada a base de dados do Ministério Público do Trabalho (MPT) para selecionar, dentre esses hospitais, os que possuísem inquéritos contendo informações de acidentes ocorridos e da população trabalhadora entre 2010 e 2012. Quinze hospitais corresponderam aos dois requisitos. Os TLHT's que exerciam suas funções nestes hospitais compuseram a amostra utilizada para traçar o perfil sócio-demográfico da população trabalhadora, que observou dados sobre gênero, idade, escolaridade e duração dos contratos laborais dos trabalhadores, ativos ou desligados do trabalho, no período estudado. Foram excluídos deste estudo os trabalhadores que realizavam atividades de limpeza de vidros, supervisão, manutenção de áreas verdes e outras quaisquer, divergentes da limpeza hospitalar.

Mesmo sendo públicos os dados dos inquéritos, foi solicitada e concedida autorização expressa e prévia da Dra. Ana Elisa Brito Segatti, Excelentíssima Procuradora-Chefe da Procuradoria Regional do Trabalho da 2ª Região, para consulta aos autos, observando-se os sigilos que possam ter sido decretados em casos específicos, conforme Anexo B.

3.4 Análise das Comunicações de Acidente do Trabalho (CAT's)

Foi realizada análise de CAT's juntadas pelas empresas de limpeza hospitalar aos Inquéritos Cíveis Públicos do MPT, em atendimento às requisições formuladas por aquele Órgão Ministerial, relativas aos mesmos 15 hospitais para os quais o perfil dos trabalhadores foi traçado.

Os campos das CAT's analisados foram: data do acidente, descrição da situação geradora do acidente ou doença, especificação do local e campos referentes ao registro do atendimento médico em cada comunicação de acidente de trabalho.

O número anual de acidentes com lesão por instrumento perfurocortante foi inicialmente comparado ao total de acidentes ocorridos com a população estudada, excluídos os acidentes de trajeto. Após, foram analisadas as atividades exercidas quando de sua ocorrência e verificado se houve atendimento médico registrado nas respectivas CAT's e qual o período de tratamento indicado.

3.5 Estudo de caso

Na segunda etapa foi realizado estudo de caso em um dos 15 hospitais selecionados, o qual possui 170 leitos e 67 trabalhadores de limpeza terceirizados.

O levantamento de dados foi realizado diretamente no estabelecimento hospitalar, por meio de consulta a documentos relativos à adesão dos trabalhadores à vacina contra hepatite B, à ocorrência de acidentes com lesão por instrumento perfurocortante, às medidas pré e pós-exposição adotadas pelo hospital e pela empresa prestadora de serviços, além de análise das taxas de rotatividade de pessoal do ano de 2012.

Quanto ao estado vacinal contra hepatite B foi realizada consulta ao arquivo que contém as fichas de registros e demais informações dos trabalhadores, o qual constitui principal fonte de informações existente no estabelecimento em que estão lotados. Também foi observado quadro de avisos que anuncia os trabalhadores cuja comprovação de vacinação encontra-se pendente.

Informações sobre os acidentes com lesão por instrumento perfurocortante ocorridos foram obtidas por meio das fichas de encaminhamento utilizadas pós-acidente, registros em prontuário, cujo acesso foi restrito às ocorrências do ano de 2012.

O encaminhamento dado pelo hospital após a ocorrência destes acidentes foi levantado junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do hospital estudado.

O conteúdo programático e os testes aplicados aos trabalhadores após treinamentos ministrados foram analisados, observando-se os formulários utilizados e os temas abordados e a periodicidade de aplicação.

Taxas de rotatividade de pessoal e tempo de serviço foram analisados a partir dos controles efetuados pela empresa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização das empresas de limpeza hospitalar

As empresas de limpeza selecionadas para este estudo são empresas privadas, especializadas em prestação de serviços. Muitas delas não realizam somente atividades de limpeza, mantendo contratos de conservação de áreas verdes, manutenção e até mesmo segurança patrimonial em hospitais e em outros estabelecimentos de diversos ramos.

Essas empresas de limpeza mantêm empregados em regime da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), lotados nos estabelecimentos de suas contratantes, de acordo com a necessidade do empregador, com o objetivo de cumprir o que estabelecem os contratos de prestação de serviços firmados.

O Sindicato representativo dos trabalhadores de limpeza urbana, asseio e conservação do Município de São Paulo é o SIEMACO, que abrange atividades de empresas prestadoras de serviços dos diferentes tipos de estabelecimentos, incluindo os hospitalares.

De acordo a lista de hospitais fornecida pelo SIEMACO, cujo recibo consta do Anexo A, em março de 2013, o município de São Paulo possuía 10.449 postos de trabalho ocupados por trabalhadores de limpeza hospitalar terceirizados, vinculados a 40 empresas, lotados em 119 hospitais públicos e privados. As unidades hospitalares que possuem pessoal de limpeza próprio e não terceirizado não constam da listagem fornecida, já que estes trabalhadores não são vinculados ao SIEMACO.

Por meio dessas informações, foi verificado que muitas das empresas de limpeza prestam serviços em vários hospitais. Observou-se também que as 40 empresas possuem quantitativo variando de 2 a 2764 trabalhadores lotados em hospitais.

As empresas listadas foram classificadas em ordem crescente, quanto ao número de postos de trabalho de limpeza em hospitais que mantinham, e foram selecionadas as 10 maiores, que possuem, em conjunto, 8255 postos de trabalho de limpeza em hospitais no município de São Paulo, representando em torno de 79% do total, enquanto as outras 30 empresas prestadoras dos serviços de limpeza reunidas

detém cerca de 21% dos postos em unidades hospitalares, o que corresponde a 2194 trabalhadores. A Tabela 2 resume esta realidade.

As Tabelas 2, 3, 4 e 5 foram baseadas na listagem fornecida pelo SIEMACO, conforme Anexo A.

Tabela 2 - Comparativo entre número de trabalhadores lotados nos hospitais das 10 maiores empresas de limpeza hospitalar e das demais empresas

Empresas de limpeza	Número de trabalhadores	Porcentagem
10 maiores empresas de limpeza em número de postos	8255	79%
Outras 30 empresas que prestam serviços em hospitais	2194	21%
Total (n=40)	10449	100%

A Tabela 3 detalha os dados anteriores, apresentando o número de trabalhadores de cada uma das 10 maiores empresas de limpeza hospitalar e seu número total de empregados, baseado no Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), mantido pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Tabela 3 - Comparação entre número total de trabalhadores e número de trabalhadores de limpeza hospitalar, por empresa.

Empresa	Número de trabalhadores de limpeza hospitalar	Número total de trabalhadores por empresa*	Porcentagem de trabalhadores de limpeza
Empresa A	2764	6726	41%
Empresa B	1202	16950	7%
Empresa C	1127	4980	23%
Empresa D	810	1666	49%
Empresa E	675	8492	8%
Empresa F	550	1520	36%
Empresa G	327	14432	2%
Empresa H	299	6517	5%
Empresa I	253	548	46%
Empresa J	248	12873	2%
Total (n=10)	8255	79685	10%

*Dados do CAGED, referente ao último dia de maio de 2013

Como se pode notar o número total de trabalhadores por empresa é superior ao número de trabalhadores que atuam nas unidades hospitalares para todas as empresas, indicando que elas prestam serviços em outros tipos de estabelecimento, além dos hospitais. Para maioria das empresas a parcela de trabalhadores alocados em hospitais é pequena.

Conforme informações obtidas com o Sindicato, nos últimos três anos, em apenas 07 dos 69 hospitais que mantêm contratos com essas 10 empresas houve alteração da empresa contratada para serviços de limpeza, sendo que em cinco deles houve troca da empresa prestadora de serviços e nos outros dois casos as empresas que prestavam o serviço tiveram alteração em seu contrato social, realizando fusão com outras empresas, porém mantiveram seus contratos. Os outros 62 contratos tiveram

o início da prestação dos serviços em data anterior a 2010, não sabendo precisar o Sindicato há quanto tempo cada empresa vem prestando serviços em cada unidade hospitalar.

A Tabela 4 mostra o comparativo de hospitais atendidos pelas 10 maiores empresas e as demais.

Tabela 4 - Comparativo entre hospitais atendidos pelas 10 maiores empresas e as demais

Empresas de limpeza	Número de hospitais	Porcentagem
10 maiores empresas de limpeza em número de postos	69	58%
Outras 30 empresas que prestam serviços em hospitais	50	42%
Total (n=40)	119	100%

As 10 maiores empresas de limpeza em hospitais possuem contrato com cerca de 58% das unidades hospitalares no município de São Paulo, enquanto as outras 30 reunidas respondem por 42% dos contratos. Correlacionando os dados das Tabelas 2 e 4, pode-se deduzir que grande parte dos contratos das 10 maiores empresas de limpeza em número de postos de trabalho de limpeza em hospitais foi firmado com os maiores hospitais do município de São Paulo, já que possuem cerca de 79% dos postos de trabalho dos hospitais, enquanto atendem a 58% dos hospitais.

A Tabela 5 apresenta a quantidade de estabelecimentos em que presta serviços cada uma das 10 maiores empresas de limpeza no setor hospitalar, bem como o total de estabelecimentos atendidos pelas outras 30 empresas de limpeza.

Tabela 5 - Número de hospitais atendidos pelas dez maiores empresas de limpeza em número de postos de trabalho nos hospitais do município de São Paulo

Empresa	Número de hospitais em que prestam serviços	Porcentagem
Empresa A	19	16,0%
Empresa B	12	10,1%
Empresa D	10	8,4%
Empresa E	8	6,7%
Empresa C	5	4,2%
Empresa F	4	3,4%
Empresa H	4	3,4%
Empresa J	4	3,4%
Empresa I	2	1,7%
Empresa G	1	0,8%
Outras 30 empresas	50	42,0%
Total	119	100,0%

4.2 Os contratos de prestação de serviços de limpeza de hospitais que estão sob gestão do governo do Estado de São Paulo

No que se refere aos contratos de prestação de serviços de limpeza de hospitais que estão sob gestão do governo do Estado de São Paulo existe uma padronização estipulada pela Secretaria da Fazenda, denominada Caderno Técnico de Serviço Terceirizado - Volume 07 - Prestação de Serviços de Limpeza Hospitalar (SÃO PAULO, 2013), que recomenda que o prazo de vigência dos contratos seja de 15 meses. Consta também dessa padronização para realização desses contratos: critérios para dimensionamento das equipes, itens que devem fazer parte da

prestação de serviços, obrigações de contratante e contratadas, rotinas para avaliação dos serviços prestados, entre outros itens.

Conforme a padronização adotada (SÃO PAULO, 2013), nos estabelecimentos de saúde há áreas administrativas e hospitalares, sendo estas classificadas em:

- Áreas críticas: são áreas hospitalares que oferecem maior risco de transmissão de infecções, ou seja, áreas que realizam um grande número de procedimentos invasivos e/ou que possuem pacientes de alto risco, com sistema imunológico comprometido, ou ainda, aquelas áreas que por suas especificidades necessitam que seja minimizada a presença de microorganismos patogênicos, tais como: Centro Cirúrgico e Obstétrico, Recuperação pós anestésica, Central de material esterilizado, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Isolamento, Unidade de Transplantes, Unidade de Hemodiálise, Pronto Socorro, Berçário, Expurgo, Laboratórios de Análises Clínicas, Anatomia Patológica e Biologia Molecular, Banco de Sangue, Áreas de preparo e manipulação de alimentos e dietas, Sala de preparo de Nutrição Parenteral, Sala de preparo de Quimioterapia, Sala de procedimentos invasivos, Farmácia de manipulação, área suja da Lavanderia, Necrotério e similares.
- Áreas semicríticas: são áreas hospitalares ocupadas por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas, tais como: Unidade de Internação, Unidade de Atendimento Ambulatorial, Sala de Triagem e Espera, Centro de Radiodiagnóstico e similares.
- Áreas não-críticas: são todas as áreas hospitalares ocupadas ou não por pacientes e que oferecem risco mínimo de transmissão de infecção, tais como: Refeitório, área limpa da Lavanderia e similares.

As áreas a serem consideradas para contratação dos serviços de limpeza são as dimensões correspondentes à projeção horizontal, ou seja, as áreas de piso. A dimensão de áreas de paredes, portas ou divisórias não interfere na contratação dos serviços, apesar da sua limpeza estar contemplada. A unidade de contratação dos serviços adotada é o metro quadrado por mês ($m^2/mês$).

O critério utilizado para o dimensionamento das equipes é baseado diretamente na área de piso dos estabelecimentos e na criticidade dos serviços de saúde prestados em cada setor. A dimensão da área designada para cada trabalhador que compõe a equipe de limpeza é denominada “produtividade” (SÃO PAULO, 2013) e varia de acordo com a classificação dos ambientes (críticos, semi-críticos ou não-críticos), conforme apresentado na Tabela 6. Entretanto, não existe indicação do embasamento técnico utilizado para a determinação de produtividade na padronização.

Tabela 6 - Produtividades adotadas como critério para elaboração de preços

CLASSIFICAÇÃO DE ÁREAS/AMBIENTES	Produtividade por tipo de área (m ²)		
	Crítica	Semicrítica	Não crítica
Áreas operacionais hospitalares	350	450	550
Áreas de circulação	500	650	800
Áreas operacionais hospitalares – período noturno	700	900	-
Áreas de circulação – período noturno	1.000	1.300	-

Fonte: Caderno Técnico de Serviço Terceirizado – Volume 7 - Serviço de Limpeza Hospitalar– Secretaria da Fazenda – Estado de São Paulo

Os critérios da Tabela 6 são utilizados para dimensionar as equipes e limpeza necessária e assim nortear o pagamento dos serviços. Áreas operacionais hospitalares críticas necessitam de um agente de limpeza a cada 350 m², enquanto que, para a área de circulação não crítica, será considerado um trabalhador de limpeza a cada 800 m² de piso.

O termo produtividade refere-se à quantidade de área designada para cada trabalhador que compõe a equipe de limpeza, de forma que seja possível dimensioná-la. Destaca-se que o dimensionamento de área hospitalar designada varia de acordo com os ambientes, se classificados como críticos, semi-críticos ou não-críticos, conforme Tabela 6. Ainda, ressalta-se que a especificação técnica utilizada para padronização dos contratos de limpeza nos hospitais estaduais não

indica qual o embasamento para manter a alta exigência de produtividade nela preconizada.

Para outros serviços, tais como coleta interna e limpeza de áreas administrativas, também há definição do número de trabalhadores necessários para sua execução, conforme Tabela 7.

Tabela 7 - Produtividades adotadas como critério para elaboração de preços em áreas administrativas, externas e para limpeza de vidros.

CLASSIFICAÇÃO DE ÁREAS/AMBIENTES	Produtividade (m ²)
Áreas Internas – pisos frios/acarpetados	600
Áreas Internas com espaços livres – saguão, hall e salão	800
Áreas Internas – Almoxarifado / Galpão	1.350
Áreas Internas – Oficinas	1.200
Áreas Externas – Pisos paviment. Adjacentes / contíguos às edificações	1.200
Áreas Externas – Varrição de passeios e arruamentos	6.000
Áreas Externas – Coleta de detritos em pátios e áreas verdes	100.000
Vidros Externos – Face Externa – sem exposição a situação de risco	220
Vidros Externos – Face Externa – com exposição a situação de risco	110
Vidros Externos – Face Interna	220

Fonte: Caderno Técnico de Serviço Terceirizado – Volume 7 - Serviço de Limpeza Hospitalar– Secretaria da Fazenda – Estado de São Paulo

Segundo apontamentos das Tabelas 6 e 7, observa-se que a menor área de piso, sobre a qual um trabalhador de limpeza pode ser responsável é de 350 m², correspondente a uma área de serviços operacionais, classificada como crítica, ou seja, aquela que exige que o trabalho seja realizado com mais frequência, além de oferecer maior risco na transmissão de infecções.

Dessa forma, se compararmos a produtividade encontrada em estudo de Ibañez et al. (2001), cuja média era de 01 trabalhador para cada 248,07 m² de área hospitalar, com a produtividade atualmente exigida pelos contratos firmados, no mínimo de 1 trabalhador para cada 350 m², percebe-se que na última década houve aumento considerável da carga laboral desses trabalhadores. Cabe ainda destacar que a produtividade de 350 m² por trabalhador, relativa à área crítica, prevista para ser atendida nos contratos atualmente firmados, supera a maior produtividade atingida, constatada pelo estudo Ibañez et al. (2001), que é de 320,6 m² por trabalhador, conforme já apresentado anteriormente (Tabela 1). Destaca-se que a média apresentada inclui todas as áreas de limpeza hospitalar e não somente áreas críticas.

A intensificação do trabalho, que tem como um dos principais fatores contribuintes a redução das equipes, provoca a elevação do ritmo no trabalho, que vem ocorrendo nos últimos anos, conforme descrito em publicação da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2010), e é amplamente encontrada no trabalho terceirizado (SALIM, 2003). Saliencia-se que, em pesquisa canadense (ZUBERI; PTASHNICK, 2011), os trabalhadores de limpeza hospitalar consideram o reduzido quadro de pessoal e, conseqüentemente, o excesso de trabalho existente, como um dos problemas mais graves trazidos pela terceirização. Em estudo que traçou o perfil dos trabalhadores de limpeza no município de São Paulo, quase a metade (44,7%) dos trabalhadores entendem que o número de empregados é insuficiente para a realização de serviços demandados e que a intensidade de seu trabalho é razoável ou excessiva (SIEMACO, 2011). Especificamente no ambiente hospitalar, SARQUIS (2007) evidenciou em seu estudo que a forma de organização do trabalho em saúde, composta pelo ritmo acelerado imposto, está diretamente ligada aos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde.

Quanto às ferramentas utilizadas pelo hospital para gestão dos serviços de limpeza terceirizados contratados, consta do caderno técnico dois adendos; o primeiro, denominado “Formulário Técnico para Ocorrência de Manutenção”, é utilizado para que a prestadora de serviços comunique ao hospital contratante a ocorrência de irregularidades na edificação objeto do contrato, tais como torneiras defeituosas ou lâmpadas queimadas. O outro adendo, com o título: “Avaliação da Execução dos

Serviços”, é preenchido pelo contratante e utilizado para controle da qualidade dos serviços executados pela empresa de limpeza. Sua emissão é mensal e obrigatória, interferindo diretamente nos valores a serem faturados para o pagamento efetuado pelo hospital. Dessa avaliação consta o subitem B3 inserido no módulo B do item 4.3.2 intitulado de “Qualidade dos Profissionais”, relativo à verificação da utilização de EPI’s durante a realização das atividades dos trabalhadores de limpeza.

A especificação técnica padronizada também estabelece que o hospital poderá, independente de justificativa, exigir a retirada de qualquer trabalhador de limpeza do seu local de trabalho, quando o contratante entender necessário, o que está vinculado à sua imediata substituição, sem que nada seja especificado sobre qual o encaminhamento a ser dado aos trabalhadores. Também, foi verificada que a Convenção Coletiva do sindicato representante dos trabalhadores, válida para o ano de 2013 (CONVENÇÃO..., 2013), prevê cláusula que regulamenta as alterações de local e horário de trabalho dos empregados, estabelecendo que devem ser comunicadas com antecedência de 48 horas, não podendo alterar o número de conduções utilizadas pelo empregado, além de determinar que as despesas excedentes com transporte devam ser pagas antecipadamente pelo empregador. Entretanto, a possibilidade de mudança de local e horário de trabalho, numa cidade das dimensões do município de São Paulo, acaba se transformando em ameaça ao trabalhador, tendo em vista que, mesmo que cumpridas as exigências previstas na Convenção Coletiva, pode trazer sérios prejuízos ao seu convívio social, dinâmica familiar e saúde, se aplicadas rotineiramente. Cabe ressaltar que a pressão no trabalho terceirizado já fora citada por Salim (2003), sendo que esse tipo de ameaça demonstra uma das formas de pressionar o trabalhador, inclusive podendo levá-lo à não comunicação de acidentes.

Além disso, a padronização contratual também prevê que a contratada cumpra normas de saúde e segurança do trabalho, tais como aplicação de treinamentos previstos na NR-32 (BRASIL, 2005b) e utilização de equipamentos de proteção individual (EPI’s). Da especificação padronizada também consta que deverão ser elaborados manuais de procedimentos a serem observados por Contratante e Contratada, sendo a Contratante responsável pela elaboração de Plano de Gerenciamento de Resíduos.

4.3 Perfil dos trabalhadores terceirizados de limpeza hospitalar

O conjunto dos 15 hospitais selecionados mantinha, quando da coleta de dados, cerca de 1800 trabalhadores de limpeza terceirizados com função de servente de limpeza, o que corresponde a aproximadamente 17% dos postos de trabalho de limpeza terceirizada em hospitais no município de São Paulo.

Entretanto, para descrição do perfil dos trabalhadores terceirizados de limpeza hospitalar foram utilizados dados relativos aos 8.362 trabalhadores que se ativaram entre janeiro de 2010 e abril de 2013 nestes hospitais, incluindo não só os empregados ativos, mas também aqueles que já foram desligados das empresas, quando da coleta de dados.

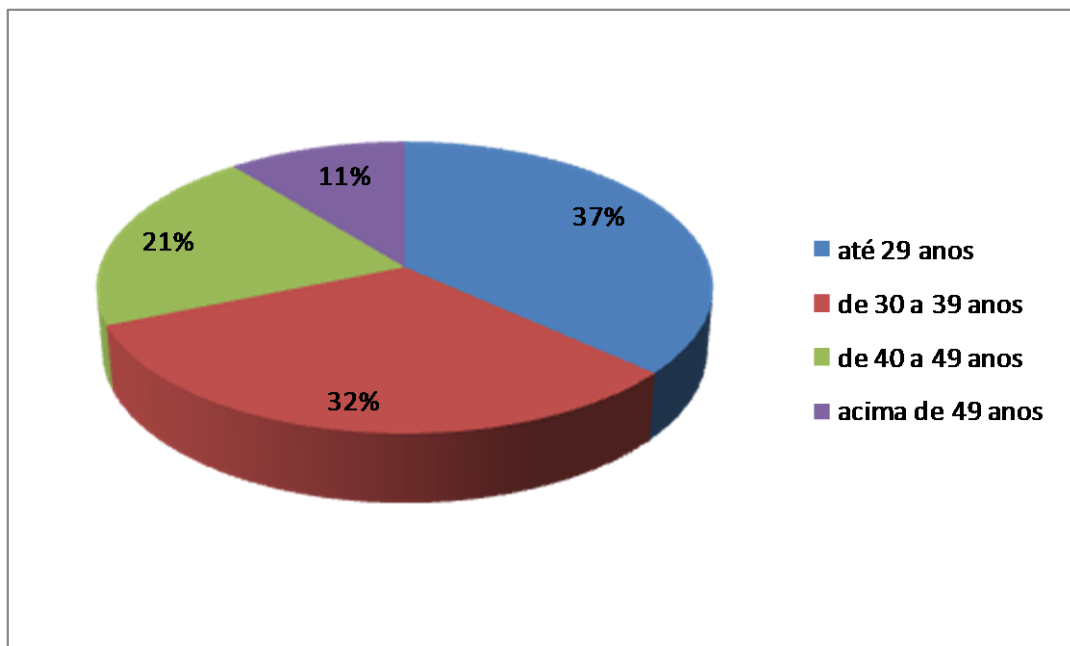
As Tabelas 8 e 9 e as Figuras 3, 4, 5, 6 e 7 basearam-se em dados constantes de Inquéritos Civis Públicos do MPT.

Tabela 8 - Distribuição por gênero dos trabalhadores de limpeza hospitalar terceirizados que se ativaram entre janeiro de 2010 e abril de 2013

Gênero	Número de trabalhadores	Porcentagem
Feminino	6883	82,3%
Masculino	1479	17,7%
Total	8362	100,0%

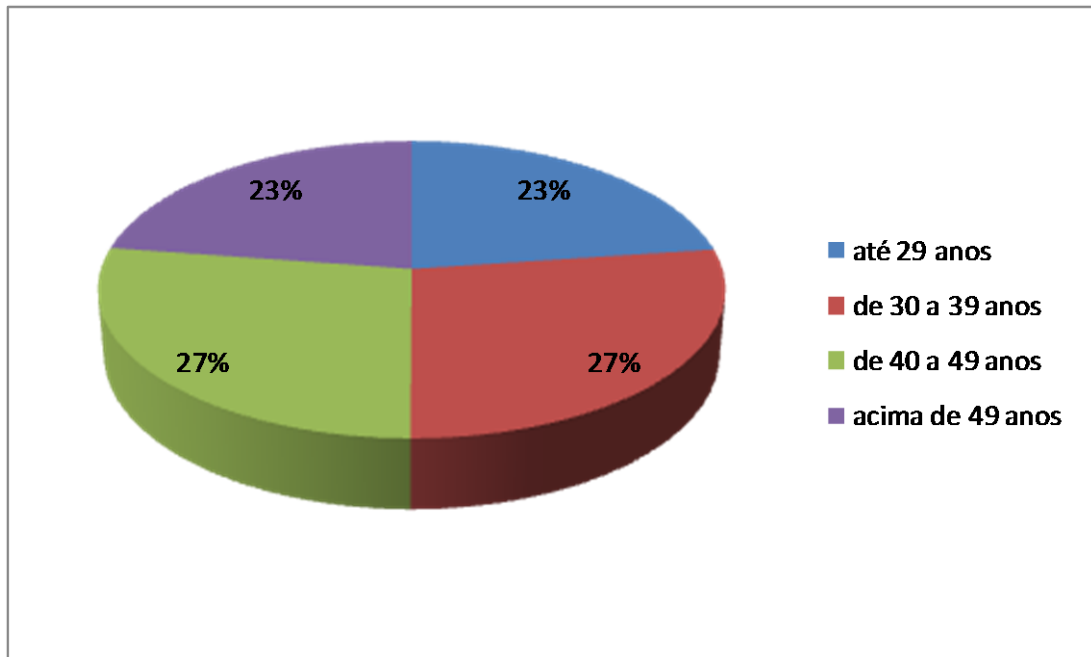
Conforme Tabela 8, observa-se que a maioria dos trabalhadores de limpeza é do sexo feminino (82,3%). A predominância do sexo feminino na realização do trabalho de limpeza hospitalar também foi observada por outros autores (PAULINO DE ARAÚJO et al., 2009; ACOSTA, 2004; MARTARELLO; BENATTI, 2009).

Figura 3 - Distribuição por idade dos trabalhadores de limpeza hospitalar terceirizados que tiveram vínculo empregatício em empresa de limpeza hospitalar entre 01 de janeiro de 2010 e 30 de abril de 2013



No que concerne à idade, foi observado que a maioria (69%) dos trabalhadores que se ativaram entre janeiro de 2010 e abril de 2013 encontrava-se com até 39 anos de idade. Além disso, foi constatado que é expressivo o percentual de trabalhadores com menos de 29 anos de idade (37%). Também, foi observado que a faixa etária acima de 49 anos possui um quantitativo pequeno de trabalhadores (11%), comparando-se com as demais.

Figura 4 - Distribuição por idade dos trabalhadores de limpeza hospitalar terceirizados com contrato de trabalho vigente em 30 de abril de 2013



Todavia, analisando as idades dos 1796 trabalhadores que permaneciam ativos quando da coleta de dados (excluindo-se os desligados), verificou-se uma redução proporcional importante do número de trabalhadores com até 29 anos de idade, vez que representam apenas 23% dos trabalhadores ativos, apesar de representarem 37% dos que se ativaram no período de 2010 a 2012. Dessa forma, constatou-se que há maior rotatividade do pessoal mais jovem, cujo motivo aparente é a maior dificuldade de adaptação à atividade de limpeza hospitalar encontrada por esses trabalhadores em função dos diversos riscos existentes no ambiente, o que já foi observado por Acosta (2004).

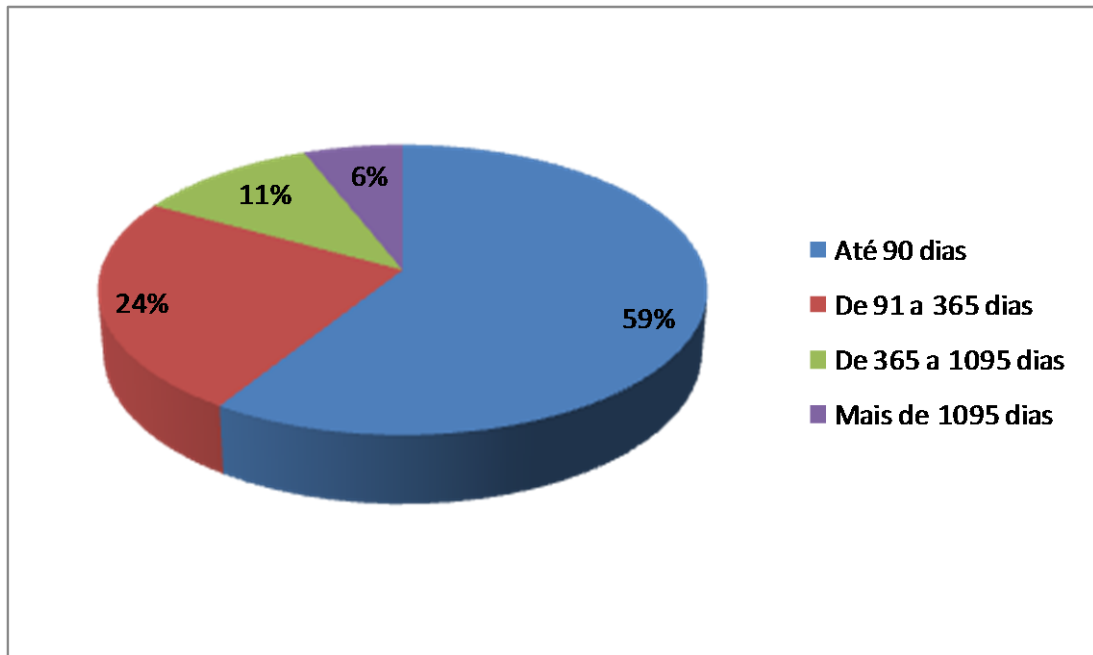
Tabela 9 - Distribuição por escolaridade dos trabalhadores de limpeza hospitalar terceirizados contratados entre 2010 e 2012

Escolaridade	Quantidade	Porcentagem sobre o total
Analfabeto	17	0,20%
Ensino fundamental I incompleto (5º ano)	285	3,41%
Ensino fundamental I completo (5º ano)	194	2,32%
Ensino fundamental II incompleto	2793	33,40%
Ensino fundamental II completo	2441	29,19%
Ensino médio incompleto	1056	12,63%
Ensino médio completo	1566	18,73%
Ensino superior incompleto	9	0,11%
Ensino superior completo	1	0,01%
Total	8362	100,00%

Pela Tabela 9, pode ser observado que a escolaridade baixa (68,52%) é característica dos trabalhadores terceirizados de limpeza dos hospitais estudados. Destaca-se que foram considerados como de escolaridade baixa os analfabetos e os que frequentaram o ensino fundamental total ou parcialmente. O resultado encontrado no presente estudo é compatível com os de outros estudos. Chillida e Cocco (2004) apontam que 82% dos trabalhadores de limpeza hospitalar de um estabelecimento possuíam baixa escolaridade. Já a publicação do SIEMACO (SIEMACO, 2011) considera todo o segmento de Asseio e Conservação e aponta que cerca de 57% dos trabalhadores possuíam baixa escolaridade, quando do levantamento dos dados.

Quanto ao tempo de serviço observou-se que de janeiro de 2010 a abril de 2013 79% do quadro de trabalhadores de limpeza hospitalar foram desligados. Dentre os trabalhadores desligados, observou-se o tempo de serviço constante da Figura 5:

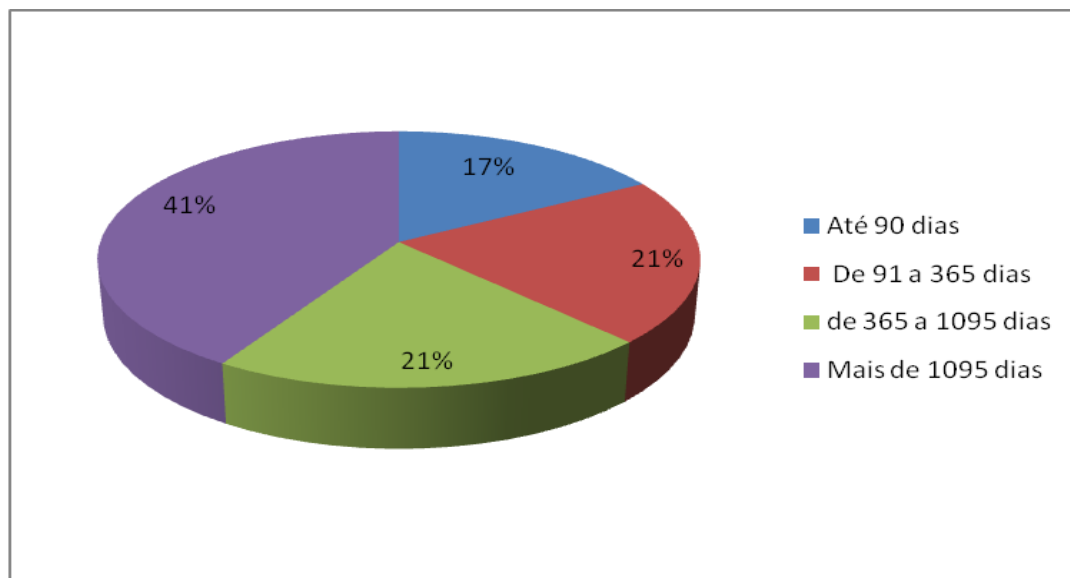
Figura 5 - Distribuição por tempo de serviço dos trabalhadores de limpeza hospitalar terceirizados desligados que se ativaram entre janeiro de 2010 e abril de 2013



Observa-se que 59% dos trabalhadores com contrato encerrado não permaneceram mais de 90 dias no emprego, tempo correspondente ao período de experiência previsto na legislação trabalhista brasileira (BRASIL, 1943), demonstrando a alta rotatividade de mão de obra no setor.

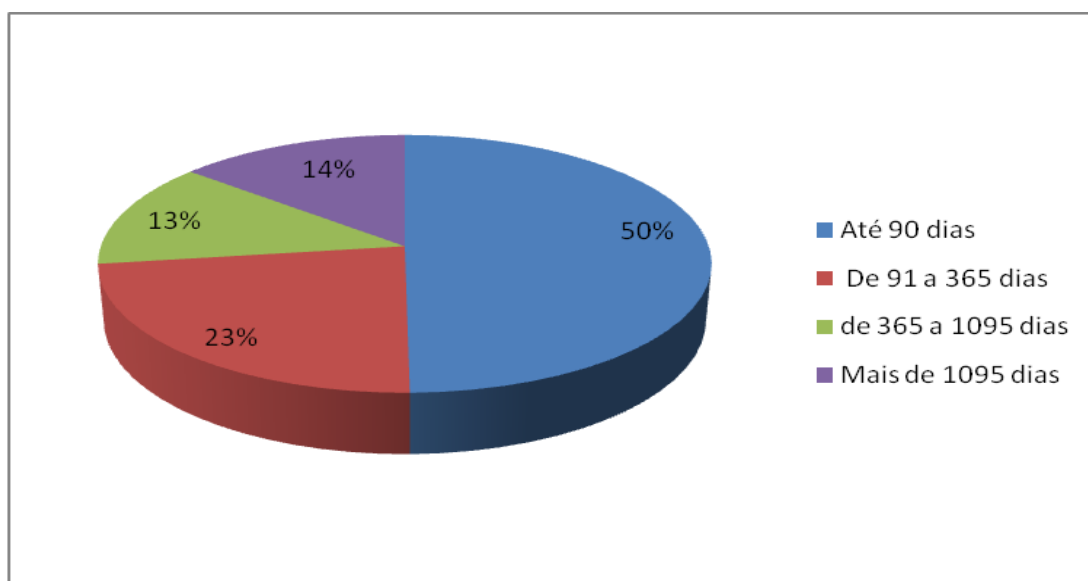
Quanto aos trabalhadores que se encontravam ativos, em 01 de maio de 2013, foi constatado o tempo de vínculo empregatício constante da Figura 6.

Figura 6 - Distribuição por tempo de serviço dos trabalhadores de limpeza hospitalar terceirizados ativos em 01 de maio de 2013.



A Figura 7 apresenta o tempo de serviço de todos os trabalhadores, ativos e desligados, que mantiveram vínculo empregatício entre 01 de janeiro de 2010 e 30 de abril de 2013.

Figura 7 - Distribuição por tempo de serviço dos trabalhadores de limpeza hospitalar terceirizados, ativos e desligados



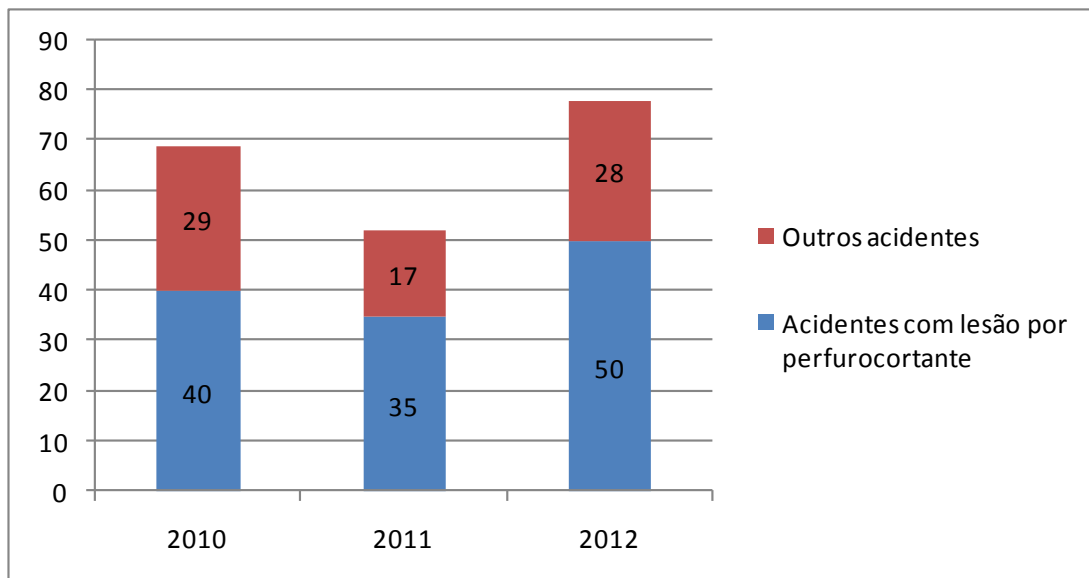
4.4 Características dos acidentes de trabalho com lesão por instrumento perfurocortante

Os acidentes sofridos por trabalhadores de limpeza hospitalar, assim como para os demais trabalhadores, devem ser notificados por meio de Comunicações de Acidente do Trabalho (CAT's) encaminhadas à Previdência Social, conforme estabelece o Regulamento da Previdência Social (BRASIL, 1999).

Analisadas as CAT's emitidas nos anos de 2010, 2011 e 2012, relativas aos acidentes que ocorreram com a população trabalhadora objeto do estudo, verificou-se que houve um percentual importante de acidentes com lesão por instrumento perfurocortante, conforme mostrado na Figura 8.

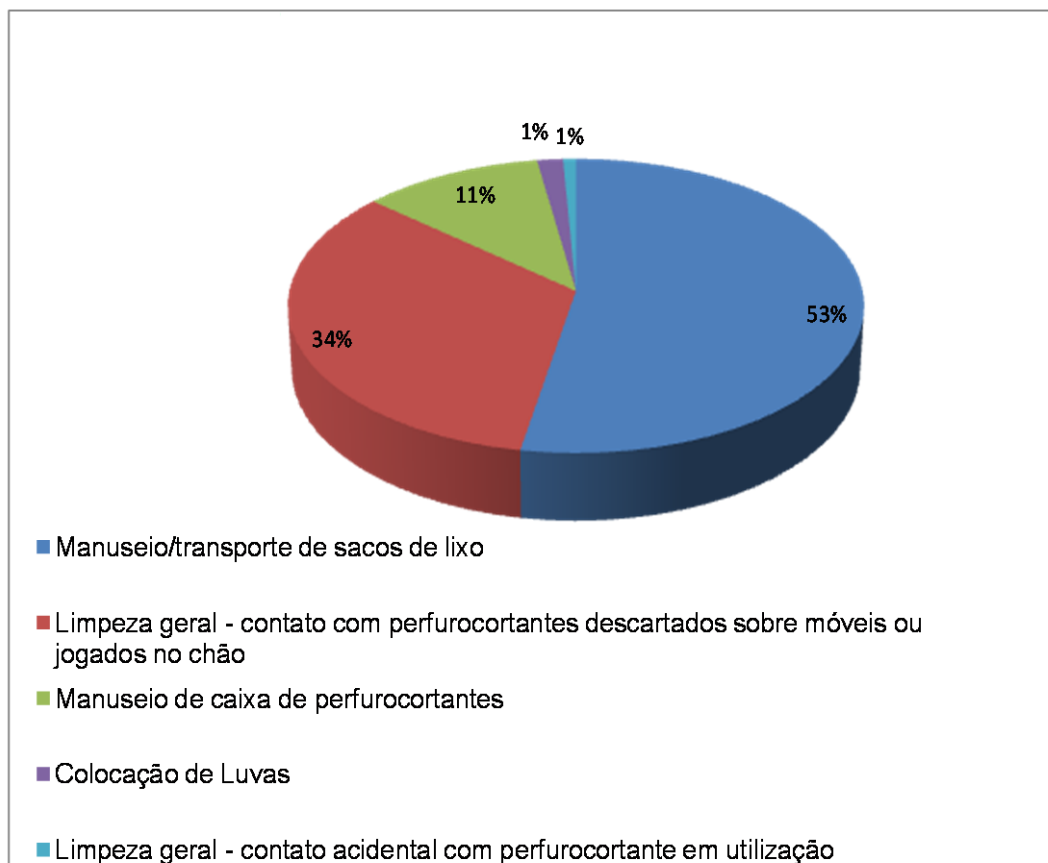
As Figuras 8 e 9 basearam-se em CAT's constantes dos Inquéritos Civis Públicos do MPT.

Figura 8 - Quantitativo de acidentes com lesão por instrumento perfurocortante em relação a outros tipos de acidente e ao número total de acidentes ocorridos dentro da área hospitalar nos anos de 2010, 2011 e 2012.



Os dados apresentados apontam que em torno de 63% dos acidentes de trabalho notificados nos anos 2010, 2011 e 2012, ocorridos com trabalhadores de limpeza, dentro dos hospitais estudados, são acidentes com lesão por instrumento perfurocortante. Cabe ressaltar que para esta análise foram excluídos os acidentes de trajeto. Esses resultados superam a proporção de acidentes encontradas por outros autores; Acosta (2004) encontrou 30%; estudo de Paulino de Araújo et al. (2009) identificou 50% dos acidentes como relacionados a lesão por instrumento perfurocortante; possivelmente por esses autores não terem excluído os acidentes de trajeto de suas análises.

Figura 9 – Situações de trabalho em que ocorreram os acidentes com lesão por instrumento perfurocortante



Fonte: Comunicações de Acidente do Trabalho (CAT's)

No que se refere à atividade realizada, quando da ocorrência do acidente, verificou-se que o maior percentual de acidentes ocorreu quando o trabalhador realiza o manuseio e transporte de sacos de lixo (53%), conforme Figura 9.

Também, cerca de 34% dos acidentes foram originados por instrumentos capazes de causar lesão descartados sobre mobiliário ou jogados no chão. Inadequações nas caixas coletoras de perfurocortantes compõe importante parcela de fonte/mecanismo gerador do acidente, 11%.

Foi constatado que apenas 01 destes acidentes, o que corresponde a menos de 1% dos casos, ocorreu com material que estava sendo utilizado e ainda não se encontrava descartado. Na CAT relativa a este acidente, consta do campo “Descrição da Situação Geradora do Acidente ou Doença: A funcionária relata que ao executar a limpeza esbarrou no equipamento de soro que tinha agulha conectada, passando em seu braço”.

Portanto, mais de 99% dos acidentes originaram-se devido a instrumentos perfurocortantes que foram descartados de forma inadequada, quer seja no chão, quer sobre mobiliário ou em sacos de lixo. Quanto aos sacos de lixo indicados nas CAT's, observou-se que são tanto os utilizados para os resíduos infectantes, quanto os destinados a resíduos comuns.

Quanto ao mecanismo gerador do acidente, os resultados corroboram o descrito no estudo de Acosta (2004), com exceção da atividade de torcer panos de chão, apontada pelo autor como principal situação de ocorrência, a qual não foi encontrada no presente estudo.

Quanto aos motivos para a ocorrência desses acidentes, a forma de organização do trabalho em saúde é citada por Sarquis (2007), como causa principal. Dentro dessa organização, o ritmo acelerado imposto, a inadequação de recursos e a forma autoritária das relações de trabalho são citadas pela autora. Outro estudo (GARCIA; FACCHINI, 2010) também aponta a elevada carga de trabalho e condições de trabalho inadequadas como contribuintes para a ocorrência desses acidentes. Corroborando, Acosta (2004) observou que há potencialização dos disfuncionamentos existentes no ambiente hospitalar, em face à condição social dos

TLHT's, que tem pouca qualificação formal. Observou-se que essa condição implica na interação entre os coletivos de trabalhadores de saúde e limpeza, especialmente restringindo a troca de informações, que se resume, em sua maioria, às solicitações de limpeza.

Vários autores sugerem a criação de espaços para discussão dos problemas entre os diversos coletivos, cuja efetividade depende das condições dadas aos trabalhadores para que esta participação, tanto no que se diz respeito ao preparo, quanto à necessidade de “empoderamento” que possibilite a construção de estratégias de prevenção (SARQUIS, 2007, ACOSTA, 2004, RIBEIRO; SHIMIZU, 2007).

Também se observou na análise documental empreendida que, pelas características dos acidentes, em sua maioria, o paciente-fonte no qual foi utilizado o instrumento perfurocortante descartado era desconhecido, o que dificultava a avaliação do risco de infecção (RAPPARINI; VITÓRIA; LARA (ca. 2004) .

As CAT's analisadas no presente estudo revelam que o atendimento médico que as embasou é feito pelos profissionais da própria empresa, sendo que no campo relativo ao período de tratamento, há uma divergência importante nos modos de encaminhamento. Em apenas duas das 125 CAT's relativas aos acidentes com perfurocortantes consta o período de tratamento indicado de 180 dias, o que corresponde a 1,7% do total de acidentes. Nas demais CAT's há indicação de que são necessários de 1 a 5 dias de tratamento, período que corresponde apenas o acompanhamento da lesão local, já que tanto a quimioprofilaxia quanto os exames diagnósticos para Hepatite B, C e HIV devem ser realizados até 6 meses após o acidente (RAPPARINI; VITORIA; LARA, ca. 2004). Deve ser ressaltado que o campo da CAT relativo ao tratamento pode ou não compreender ao período de afastamento do trabalho, sendo que nas duas CAT's que contém período de tratamento de 180 dias não está previsto afastamento do trabalho.

Portanto, apesar de prevalecer a ocorrência de acidentes com instrumento perfurocortante de fonte desconhecida, pela indicação de tempo de tratamento nas CAT's, verifica-se que para 98% dos casos não houve aplicação de quimioprofilaxia para HIV e Hepatite B.

Ainda, das 125 CAT's analisadas, 21 não contém descrição de atendimento médico. Portanto, em cerca de 17% dos casos não houve avaliação de médico responsável para definição de tratamentos e acompanhamentos necessários, sendo que a indicação ou não aplicação da quimioprofilaxia para HIV e Hepatite B depende da avaliação do risco da exposição pelo médico responsável pelo atendimento (RAPPARINI; VITORIA; LARA, ca. 2004) . No caso do HIV, a avaliação médica inclui: a definição do tipo de material biológico envolvido; a gravidade e o tipo da exposição; a identificação ou não do paciente-fonte e de sua condição sorológica anti-HIV; as condições clínicas, imunológicas e laboratoriais do paciente-fonte identificado como infectado pelo HIV.

Quanto aos exames diagnósticos periódicos para hepatite B, C e HIV, o período previsto para acompanhamento pós-acidente é de, no mínimo 6 meses. A profilaxia pós-exposição para hepatite B deverá ser aplicada até 48 horas após o acidente. No caso do tratamento de hepatite C, não existe vacina, nem profilaxia pós-exposição. Entretanto, para casos confirmados de infecção pelo vírus da hepatite C, o tratamento deverá ser iniciado em até 6 meses do acidente, visando melhores resultados (RAPPARINI; VITORIA; LARA, ca. 2004).

4.5 Analisando rotinas de prevenção e ações tomadas pós-acidente - Estudo de caso

O hospital objeto desse estudo de caso possuía 170 leitos e mantinha 67 trabalhadores de limpeza terceirizados, quando da coleta de dados. Os serviços prestados pela unidade hospitalar pertenciam às seguintes áreas: obstetrícia, pediatria, clínica médica e de moléstias infecciosas, clínica cirúrgica e ortopédica, UTI adulto e infantil, além de serviços ambulatoriais e de diagnóstico. Compõem também os serviços prestados pelo hospital, os laboratoriais e a fisioterapia. Apesar da aplicação do Anexo III da NR-32, ser exigida desde dezembro de 2011 (BRASIL, 2011) o hospital estudado não possui Comitê formado para elaboração do Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Perfurocortantes. Quanto ao plano de gerenciamento de resíduos da unidade, o profissional responsável também é gestor do contrato de limpeza, além de assumir outras atribuições no hospital.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) instalada utiliza-se de rotinas já implantadas para acompanhamento dos acidentes com lesão por instrumento perfurocortante de pessoal próprio, conforme Anexo C. O fluxo implantado pelo CCIH (Anexo C) não prevê o registro dos acidentes com trabalhadores terceirizados, que laboram dentro da unidade hospitalar, por isso, nenhuma análise dos acidentes com pessoal terceirizado é realizada pelo hospital. Por consequência, no contexto institucional, medidas de prevenção deixam de ser implantadas, já que as atividades de limpeza ocorrem dentro do ambiente hospitalar e as condições de exposição dos trabalhadores que a ela se dedicam estão, na maioria das vezes, diretamente ligadas à forma como as atividades são realizadas.

Há um interlocutor entre o gestor contratual do hospital e a empresa de limpeza, que é profissional da área de enfermagem. Pelo contrato que firmam com os hospitais geridos pelo estado, as empresas de limpeza se obrigam a manter sediados junto ao Contratante, durante os turnos de trabalho, responsável pelos serviços, que sejam capazes de tomar decisões compatíveis com os compromissos assumidos nos contratos (SÃO PAULO, 2013). Entretanto, foi constatado na unidade hospitalar, objeto do estudo, que o trabalhador designado para realizar tal acompanhamento tem inúmeras limitações impostas pelas empresas de limpeza e pelos hospitais para realização de seus trabalhos, a começar pelas salas administrativas a ele destinadas, com espaço reduzido, sem estrutura para atendimento dos trabalhadores, localizada próxima à saída de material residual.

Os dados de que o coordenador das equipes de limpeza dispõe são limitados. Foi observado que ele não dispunha nem mesmo de computadores e telefone fixo, sendo que dados importantes dos empregados, tais como Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), eram mantidos em um sistema centralizado na sede da empresa ou no Serviço de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), que apesar de ser próprio da empresa, estava instalado em estabelecimento diverso da sede.

Há apenas prontuários arquivados em papel, referentes a trabalhadores atuais, que, ao serem analisados, denotaram escassez de dados dos trabalhadores. Os Atestados Médicos de Saúde Ocupacional não se encontram arquivados, sendo

mantidos no estabelecimento em que fica lotado o SESMT. Em 13 dos 67 prontuários existentes, não há nenhuma informação disponível, nem sequer uma ficha com endereço ou data de admissão.

Consta dos prontuários individuais a cópia da carteira de vacinação, que é o único controle existente quanto ao estado vacinal dos trabalhadores contra hepatite B. Periodicamente, o coordenador consulta estes prontuários e realiza levantamento da falta de comprovação de vacinação dos trabalhadores, emitindo relação nominal que é afixada em quadro de avisos, para que estes apresentem a cópia da carteira. Avaliados os 67 prontuários dos trabalhadores observou-se o apresentado na Tabela 10.

Tabela 10 - Estado vacinal dos trabalhadores

Estado vacinal	Quantidade	Porcentagem sobre o total
Sem comprovação	34	50,7%
01 dose	1	1,5%
02 doses	7	10,5%
03 doses (esquema completo)	25	37,3%
Total	67	100,0%

Fonte: Prontuários dos trabalhadores de limpeza hospitalar

A Tabela 10 apresenta que o controle de vacinação não é efetivo, já que do prontuário de mais da metade dos trabalhadores (50,7%) não consta qualquer comprovação de vacinação. Destaca-se que a vacinação fica a cargo do trabalhador, que deve procurar o centro de imunização fora do horário de trabalho, sem acompanhamento da empresa, que somente solicita o comprovante.

A constatação da falta de vacinação de trabalhadores contra hepatite B no presente estudo, corrobora resultados encontrados em outros estudos (CHÁVEZ; CAMPANA; HAAS, 2003), (LOPES et al., 2001; CANINI; GIR; MACHADO, 2005).

A rotina para notificação dos acidentes é confusa e cheia de obstáculos. No caso de acidente com lesão por instrumento perfurocortante, a rotina prevista inicia-se com a comunicação do trabalhador à chefia imediata, que o encaminha à sala administrativa da empresa de limpeza instalada na unidade hospitalar. Daí é encaminhado ao Pronto Socorro do hospital em que presta serviços, para passar em consulta. Após avaliação do médico, ele volta à sala administrativa e é preenchido um formulário de encaminhamento para que seja atendido, preliminarmente, em serviço especializado em doenças infecto-contagiosas, no Hospital Emílio Ribas. A ficha de encaminhamento sugere posterior encaminhamento ao Setor de Medicina do Trabalho da empresa para abertura de CAT.

As CAT's não são emitidas nos estabelecimentos em que os trabalhadores prestam serviços, local onde ocorrem os acidentes, sob a alegação de que deverá ser feita uma avaliação prévia do médico do trabalho da empresa antes de sua emissão. As atribuições do responsável, quando da ocorrência do acidente, se resumem a encaminhar o trabalhador para atendimento no Pronto Socorro, se necessário, e a preencher uma ficha de encaminhamento para o SESMT, sem que nenhuma rotina de comunicação ao hospital contratante ou análise dos acidentes esteja prevista.

Assim, não pode ser descartada a subnotificação de acidentes com lesão por instrumento perfurocortante, que já foi observada em estudos Paulino de Araújo et al. (2009), cujos motivos para a não comunicação apontados pelo autor são: a banalização do acidente pelo trabalhador e o receio de ser prejudicado dentro da empresa. Outros autores também constataram a subnotificação desse tipo de acidente (BRANDÃO, 2000; AYANCI; KOSGEROGLU, 2004; ACIDENTES..., 2011; SILVA et al., 2011).

O formulário utilizado para encaminhamento dos trabalhadores encontra-se no Anexo D. Analisado o conteúdo das fichas, verificou-se que o modelo é muito limitado, não contemplando uma análise detalhada do acidente e da exposição sofrida pelo trabalhador. Outras lacunas visíveis de informação são a falta de dados sobre acidentes e atendimentos anteriores e sobre o paciente-fonte além de outras informações relevantes que possam subsidiar o atendimento a ser prestado pelo médico do trabalho ou da unidade de moléstias infecciosas.

A seguir, o conteúdo das fichas de encaminhamento, que trazem um descritivo sucinto dos acidentes, emitidas em 2012:

Acidente 1 ocorrido em 24/01/2012 - Funcionária relata que estava tirando o resíduo infectante da sala de medicação. A auxiliar de enfermagem estava tirando um acesso venoso e espirrou sangue junto na (sic) roupa da funcionária na orelha e dentro do olho. Foi encaminhada para a coleta de exames e após encaminhada ao médico do trabalho.

Acidente 2 ocorrido em 09/05/2012 – funcionária relata que ao retirar o resíduo infectante do carro funcional, sentiu uma picada no dedo indicador esquerdo, e ao olhar estava cheio de sangue. A mesma informou que estava usando a luva verde no momento. Foi encaminhada para o médico do trabalho (infecologista) do hospital onde fez o primeiro atendimento. Logo após foi encaminhada para o hospital Emílio Ribas para realização de exames. Encaminhada para o médico do trabalho para abertura de CAT.

Acidente 3 ocorrido em 15/05/2012 – Funcionária relata que no percurso de sua residência ao trabalho, estava descendo do ônibus quando tropeçou e caiu. Chegando no setor foi orientada a passar no PS, porém a mesma foi embora sem dar satisfação. Hoje, a mesma passou no médico e retornou ao setor onde foi encaminhada para o médico do trabalho para abertura de CAT.

Acidente 4 ocorrido em 01/06/2012 – Funcionária relata que ao pegar a caixa de perfurocortante, pela (sic) abrir para levar até o abrigo, se picou, pois tinha uma agulha que ultrapassava a caixa de pérfuro. Foi encaminhada para o PS Cachoeirinha, onde passou para o médico, e em seguida ao Hospital Emilio Ribas. Abertura de Comunicação de Acidente de Trabalho e encaminhamento ao médico do trabalho.

Acidente 5 ocorrido em 16/07/2012 - Funcionária relata que no percurso de sua residência para o trabalho, estava atravessando a rua na frente de um ônibus, veio um carro por detrás e atropelou a mesma. Foi encaminhada para o PS onde foi medicada e realizou exames. Após foi encaminhada para o médico do trabalho para ser aberto o CAT (sic).

Acidente 6 ocorrido em 31/08/2012 – funcionário relata que estava coletando resíduo infectante do andar. Ao pegar o resíduo sentiu uma picada na mão esquerda. O mesmo foi encaminhado para o PS do hospital onde coletou exames e em seguida foi encaminhado para Hospital Emílio Ribas. Hoje (31/08/2012) foi encaminhado para o médico do trabalho para abertura de CAT.

Acidente 7 ocorrido em 10/12/2012 – Funcionária relata que ao sair do hospital (local onde trabalha) após o término do seu expediente, escorregou na rampa de entrada (no dia estava chovendo), onde na hora sentiu uma forte dor no braço esquerdo. Tentou passar no hospital, porém no mesmo não tinha ortopedista neste dia. Foi encaminhada para o Hosp. Taipas, onde pegou 10 dias de afastamento. Após retorno ao setor de trabalho, após os 10 dias, continuou inchado, foi orientada a retornar no hospital onde foi diagnosticado que o mesmo estava trincado e afastada por mais 10 dias. Encaminhada para o médico do trabalho (20/12/2012).

Após o preenchimento da ficha de encaminhamento, nenhum acompanhamento do trabalhador é feito pela empresa. Nada é registrado sobre os atendimentos pelos quais ele realmente passou e não há acompanhamento e registro de tratamentos e exames previstos. Foi observado que a maior parte das fichas de acidentes com perfurocortantes encaminha os trabalhadores para atendimento no Hospital Emílio Ribas, especializado em moléstias infecciosas. Como não é feito nenhum controle após o encaminhamento, para verificar se o atendimento foi realizado ou não, não existe a certeza de que haja atendimento especializado após o acidente. Portanto, se o trabalhador, que sai do seu local de trabalho sem qualquer acompanhante, decidir por não seguir as orientações da empresa, a CAT não será registrada e o atendimento pós-acidente será interrompido.

Também, foi observado que não é feita nenhuma comunicação da empresa de limpeza ao hospital contratante, quando da ocorrência do acidente. O serviço de Pronto Socorro do hospital contratante também não possui nenhuma rotina de notificação de acidentes, quer seja para registro nos setores responsáveis do próprio hospital, quer seja para notificação à Previdência Social ou para envio de dados via SINAN.

Neste hospital, ficou constatado que para nenhum dos sete encaminhamentos descritos anteriormente a CAT foi emitida. Além disso, não foram adotadas medidas imediatas pós-acidente, corroborando o relatado por trabalhadores de limpeza em diversos tipos de estabelecimentos (SIEMACO, 2011) sobre a falta de atendimento por empresas contratantes e prestadoras de serviços, sendo que quase a metade (46%) dos acidentados relatam que não receberam qualquer atendimento pós-acidente nem da empresa contratante nem da prestadora de serviços.

Quanto ao tempo de permanência desses trabalhadores como empregados das empresas de limpeza, foi observado que dos sete que se acidentaram em 2012, apenas um manteve seu contrato de trabalho, quando da coleta de dados. A Tabela 11 aponta o número de dias em que estes trabalhadores permaneceram no emprego:

Tabela 11 - Tempo de contrato de trabalho dos trabalhadores que se acidentaram em 2012

Trabalhador	Tempo de contrato (dias)
Trabalhador A	111
Trabalhador B	263
Trabalhador C	335
Trabalhador D	121
Trabalhador E	*
Trabalhador F	24
Trabalhador G	107

Fonte: Listagem de pessoal da empresa de limpeza

Dos sete trabalhadores acidentados, seis deixaram a empresa terceirizada a que estavam ligados, sendo que todos os seis o fizeram antes de completar um ano da data do acidente.

* Trabalhador que permanecia com seu contrato de trabalho ativo, quando da coleta de dados.

Entretanto, como pode ser visto na Tabela 12, as taxas de rotatividade de mão de obra para a função de limpeza hospitalar, no hospital estudado são altas e a baixa permanência dos trabalhadores pós-acidente pode também se dever a esta característica.

Tabela 12 - Quantidade mensal de trabalhadores admitidos e demitidos em 2012

Meses (2012)	Admitidos	Demitidos
Janeiro	7	3
Fevereiro	6	3
Março	0	7
Abril	16	4
Maio	3	10
Junho	2	4
Julho	13	9
Agosto	4	11
Setembro	10	4
Outubro	4	4
Novembro	5	12
Dezembro	12	6
Total	82	77

Fonte: Controle de rotatividade de pessoal da empresa de limpeza

Segundo Dieese (2011) a taxa de rotatividade no mercado de trabalho é calculada com base no valor mínimo observado entre o total de admissões e o total de desligamentos anuais, comparado ao número médio de trabalhadores de cada ano. Calculando-se a taxa de rotatividade para o ano de 2012, que teve média de 53 trabalhadores, encontramos 145% como taxa de rotatividade do pessoal de limpeza no hospital estudado, índice muito mais alto do que a taxa de rotatividade de trabalho no Brasil, que atingiu o patamar de 53,8% em 2010, mais atual.

Foram também estudados os treinamentos aplicados aos trabalhadores, que são compostos de itens voltados para o desempenho das atividades de limpeza. Tanto o conteúdo programático como os testes aplicados demonstram que os treinamentos pouco avançam sobre os riscos à saúde decorrentes do trabalho em ambiente hospitalar. Dos 23 itens que compõem o conteúdo do treinamento padrão aplicado na admissão, somente 3 deles contemplam questões relativas à segurança e saúde do trabalho: técnica de lavar as mãos, uso de luvas e rotina aplicada no caso de acidente do trabalho. Também foi observado que das 61 questões constantes dos testes aplicados para verificação da assimilação dos treinamentos pelos trabalhadores, somente foram encontradas 3 questões relacionadas ao uso de EPI's, uma relativa à vacinação e outra relativa ao saco de lixo que deve ser utilizado para descarte de caixa de perfurocortantes. Todas as demais questões (58) se referem a técnicas de limpeza e comportamento preconizado para o local de trabalho. A educação voltada para o serviço, já foi relatada por Monteiro, Chillida e Bargas (2004), os quais frisaram que a capacitação destes trabalhadores poderia suprir a falta de conhecimento devido à sua baixa escolaridade, possibilitando condições adequadas para execução do trabalho, tendo em vista os riscos ocupacionais a que estão expostos.

4.6 Articulando resultados e propostas

A principal constatação deste estudo é a ocorrência frequente de acidentes com lesão por instrumento perfurocortante encontrada em serviços de limpeza hospitalar.

Também, pelo estudo de caso, foi observado que muitas medidas de prevenção e atendimentos básicos pós-acidente deixaram de ser aplicados pela empresa de limpeza e hospital contratante estudados, no que se refere aos acidentes e seus

possíveis efeitos, o que poderá ser objeto de fiscalização ou investigação pelos organismos estatais competentes.

Para a minimização de acidentes e prevenção de doenças deles decorrentes, é possível a adoção de medidas preventivas e pós-acidente, muitas delas já previstas na legislação brasileira, como segue:

4.6.1 Medidas a serem adotadas pelo hospital, objeto do estudo de caso:

- a) Implantação do Comitê para elaboração de Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes por Perfurocortantes, em conformidade com o Anexo III da NR-32 (BRASIL, 2005b), que deverá ter como componente, além dos previstos no referido Anexo, ao menos um representante dos trabalhadores de limpeza hospitalar. Este Comitê deverá propiciar espaços para discussão conjunta de medidas de proteção que possam reduzir os riscos de acidentes com instrumentos perfurocortantes, privilegiando a troca de informações entre as diversas áreas envolvidas;
- b) Realizar investigação e análise de todos os acidentes com lesão por instrumento perfurocortante, incluindo os ocorridos com pessoal terceirizado. Da análise deverão participar integrantes do Comitê, para que sejam discutidas e viabilizadas medidas preventivas;
- c) Incluir no documento intitulado “Avaliação da Execução dos Serviços” (SÃO PAULO, 2013), o controle da vacinação da hepatite B, conforme proposto no Apêndice A, que deverá ser entregue mensalmente pela empresa de serviços de limpeza terceirizada ao hospital contratante, compondo os requisitos necessários para pagamento dos serviços prestados. Cabe destacar que a retenção de parte do montante pago pelo serviços, já se encontra prevista nos contratos firmados, a depender da avaliação de qualidade dos serviços prevista (SÃO PAULO, 2013);
- d) Incluir no documento intitulado “Avaliação da Execução dos Serviços” (SÃO PAULO, 2013), o controle dos acidentes com lesão por instrumento perfurocortante dos trabalhadores de limpeza hospitalar, que deverá conter

informações completas dos acidentes e das medidas pós-acidente tomadas pela empresa prestadora, incluindo cópias das CAT's emitidas;

- e) Realizar capacitação técnica de todos os trabalhadores, incluindo residentes e terceirizados que manuseiem instrumento perfurocortante, de forma inicial e continuada, quanto às medidas de prevenção e descarte adequado destes instrumentos;
- f) Exigir da empresa de limpeza a comprovação mensal da realização dos treinamentos, vacinação e procedimentos pós-acidente, os quais deverão ser aplicados dentro do horário laboral dos trabalhadores, sem qualquer prejuízo do seu emprego e salário.

4.6.2 Medidas a serem adotadas pela empresa de limpeza hospitalar:

- a) Elaborar novo procedimento para encaminhamento de acidentados com lesão por instrumento perfurocortante, designando profissional para condução e acompanhamento do trabalhador ao serviço de atendimento especializado em moléstias infecciosas competente e para o SESMT centralizado, para emissão de CAT e atendimento por médico do trabalho da empresa. O médico responsável deverá emitir e assinar formulário ao acidentado descrevendo as etapas previstas para acompanhamento por meio de consultas médicas, exames laboratoriais e atendimento psicológico, bem como aplicação de quimioprofilaxia, se necessário. Nos casos em que o profissional de medicina entenda não ser necessária a realização de exames ou qualquer tratamento deverá ser emitido relatório médico trazendo esta informação com a respectiva justificativa, devidamente assinado e com o CRM;
- b) Deverá ser realizado treinamento antes do início das atividades e continuamente aos trabalhadores de limpeza hospitalar, que inclua informações relativas às infecções potenciais decorrentes patógenos veiculados pelo sangue, medidas preventivas, procedimentos para notificação dos acidentes e importância do acompanhamento médico pós-acidente;

- c) Participar das ações implantadas pelo hospital contratante, para a prevenção de acidentes com lesão por instrumento perfurocortante e seus possíveis efeitos;
- d) Formular rotina eficaz de comunicação imediata ao hospital contratante, quando da ocorrência de acidente com lesão por instrumento perfurocortante.

5 CONCLUSÃO

O acidente com lesão por instrumento perfurocortante representa percentual importante dos acidentes sofridos pelo trabalhador de limpeza hospitalar.

No caso dos serviços terceirizados prestados nos hospitais do município de São Paulo, a maioria dos trabalhadores tem seus vínculos empregatícios com grandes empresas, especializadas em limpeza, mas não especificamente de hospitais, o que pode diluir o problema, dentre os demais acidentes que ocorrem com seus trabalhadores.

Os contratos firmados entre os hospitais sob gestão do governo estadual e as empresas prestadoras de serviço de limpeza é padronizado e impõem exigências voltadas principalmente para a qualidade dos serviços prestados e pouco avançam em matéria de Segurança e Saúde do Trabalhador.

Analisando as Comunicações de Acidente do Trabalho foi observado que os instrumentos perfurocortantes que causaram acidentes encontravam-se inadequadamente descartados, principalmente em sacos de lixo e sobre móveis/jogados no chão. Ainda, caixas de perfurocortantes apresentam-se comumente em condições de provocar o acidente, com acondicionamento de excesso de instrumentos ou com problemas na montagem.

A população trabalhadora, predominantemente feminina e com baixa escolaridade, permanece pouco tempo no emprego, nas empresas de limpeza hospitalar, sendo observado que 59% dos contratos encerrados entre 2010 e 2012 não duraram mais de 90 dias.

Especificamente no hospital estudado, verificou-se que os treinamentos aplicados aos trabalhadores não englobam questões importantes para a prevenção dos acidentes e conhecimento dos riscos a que estão expostos. A subnotificação dos acidentes e a falta de vacinação contra hepatite B também foram observadas pelo estudo de caso.

Diante da precariedade dos fluxos de atenção aplicados, que também incluem a falta de avaliação e acompanhamento médico no caso de acidentes e a total ausência de

discussões sobre medidas de prevenção a serem empregadas entre os diversos atores envolvidos, foi possível elencar proposições que podem ser implantadas de modo a iniciar uma estratégia preventiva e de controle dos acidentes com lesão por instrumento perfurocortante nessa população trabalhadora.

Entretanto, entende-se que este trabalho seja apenas o ponto de partida para outros estudos necessários, os quais consigam trazer a realidade dos ambientes e dos trabalhadores em efetiva situação de trabalho, seguindo na discussão das condições laborais dos trabalhadores de limpeza hospitalar e do risco de acidente com lesão por instrumento perfurocortante, que deverá envolver não só as empresas de limpeza e hospitais, como também os demais atores sociais envolvidos na garantia da segurança e saúde no trabalho.

REFERÊNCIAS

- ACIDENTES de trabalho com exposição potencial a material biológico entre trabalhadores da saúde no Brasil, 2007- 2010. *Boletim epidemiológico acidentes de trabalho com exposição potencial a material biológico*, Salvador, v. 1, n. 3, Out. 2011. Disponível em: [http://www.fundacentro.gov.br/dominios/ESTATISTICA/anexos/CCVISAT_UFBAboletim_3%20\(2\).pdf](http://www.fundacentro.gov.br/dominios/ESTATISTICA/anexos/CCVISAT_UFBAboletim_3%20(2).pdf) . Acesso em: 21 maio 2013.
- ACOSTA, J. M. *Avaliação do Sistema de Gestão de Riscos de Acidentes com Instrumentos Perfurocortantes na Atividade de Limpeza de Hospitais Públicos através da Análise Ergonômica do Trabalho*. 152 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Escola de Engenharia da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil. 2004.
- ANDRADE, D.; ANGERAMI, E. L. S.; PADOVANI, C. R. Condição microbiológica dos leitos hospitalares antes e depois de sua limpeza. *Rev. Saúde Pública*, 34(2): 163-9, 2000.
- ANTUNES, R. Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho?. *Revista Praia-Vermelha*, 20(10): 11-20, 2010.
- ASSUNÇÃO, A. A. et al. Vacinação contra hepatite B e exposição ocupacional no setor saúde em Belo Horizonte, MG. *Rev. Saúde Pública*, 46(4): 665-673, 2012.
- AYANCI, U.; KOSGEROGLU, N. Needlestick and sharps injuries among nurses in the healthcare sector in a city of western Turkey. *J. Hosp. Infection*, 58: 216–223, 2004.
- BARRETO, R. A. S. S. et al. Processo de limpeza da sala operatória: riscos à saúde do usuário e do trabalhador. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a13.htm>. Acesso em: 13.02.2013; 13(2):269-275. 2011
- BELL, D. M. Occupational risk of human immunodeficiency virus infection in healthcare workers: an overview. *Am. J. Med.* 102(5B): 9–15, 1997.
- BRANDÃO, P. S. J. *Biossegurança e AIDS: as dimensões do acidente com material biológico no trabalho em hospital*. 2000. 124 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2000.
- BRASIL. *Consolidação das Leis do Trabalho*. Rio de Janeiro; 1943. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm . Acesso em: 31/07/2013.
- BRASIL. *Portaria n. 485 de 11 de novembro de 2005*. Dispõe sobre a Norma Regulamentadora nº 32 relativa à segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Brasília: MS/Departamento de Normas Técnicas; 2005b. [http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A350AC8820135161931EE29A3/NR-32%20\(atualizada%202011\).pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A350AC8820135161931EE29A3/NR-32%20(atualizada%202011).pdf). Acesso em: 11/10/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa nacional para prevenção e controle de hepatites virais – Manual de aconselhamento em hepatites virais*. Brasília; 2005a.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/politicas/hepatites_aconselhamento.pdf . Acesso em: 26/07/2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde*. Brasília; 2005b. Disponível em:

[http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A280000138812EAFCE19E1/NR-32%20\(atualizada%202011\).pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A280000138812EAFCE19E1/NR-32%20(atualizada%202011).pdf) . Acesso em: 26/07/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde*. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/manuais/manual_gerenciamento_residuos.pdf . Acesso em: 26/07/2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Portaria nº 939 de 18 de novembro de 2008*. Brasília; 2008. Disponível em:

http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D3226A41101322A9577176D1D/p_2008118_939.pdf . Acesso em: 02/10/2012.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Portaria nº 1.748 de 30 de agosto de 2011*. Brasília; 2011. Disponível em:

http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A31F92E65013224E36698767F/p_20110830_1748%20.pdf . Acesso em: 02/10/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico – Hepatites Virais Ano III - nº 1*. Brasília, 2012a. Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/51820/boletim_epidemiologico_hepatites_virais_2012_ve_12026.pdf . Acesso em: 02/07/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Hepatites virais no Brasil: situação, ações e agenda*. Brasília, 2012b . Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50069/agendahepatites_2011_pdf_19532.pdf . Acesso em: 20/07/2013.

CANINI, S. R. M. S.; GIR, E.; MACHADO, A. A. Acidentes com material biológico entre trabalhadores dos serviços de apoio hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 13(4):496-500, 2005.

CARDO, D. M. et al. A casecontrol study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *N. Engl. J. Med.*; 337:1485-90, 1997.

CENTER FOR DISEASES CONTROLE AND PREVENTION - CDC. Update U. S. public health service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. 2001.

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5011a1.html> . Acesso em: 02/10/2012.

CENTER FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION - CDC. Worker Health Chartbook. 2004. <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2004-146/pdfs/2004-146.pdf> . Acesso em: 02/10/2012.

CHAMBERLAND, E. et al. Risk and Management of Blood-Borne Infections in Health Care Workers. *Clin. Microbiol. Rev.*, 13(3):385, 2000.

CHÁVEZ, J. H.; CAMPANA, S. G.; HAAS, P. Panorama da hepatite B no Brasil e no Estado de Santa Catarina. *Rev. Panam. salud pública* 14(2), 2003.

CHILLIDA, M. S. P., COCCO, M. I. M. Saúde do trabalhador & terceirização: perfil de trabalhadores de serviço de limpeza hospitalar. *Rev Latino-am Enfermagem*; 12(2):271-6, 2004.

CHIODI, M.B. et al. Acidentes registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Ribeirão Preto -São Paulo. *Rev Gaúcha Enferm.* Porto Alegre (RS): 31(2):211-7, 2010

DEDECCA, C. S. O Trabalho no Setor Saúde. *São Paulo Perspec.*, 22(2): 87-103, 2008.

GARCIA, L. P., FACCHINI, L. A. Exposures to blood and body fluids in Brazilian primary health care. *Occupational Medicine*, 59:107–113, 2009.

FIGUEIREDO, E. C. Q.; COTRIM, H. P.; TAVARES-NETO, J. Frequência do vírus da hepatite C em profissionais da saúde: revisão sistemática da literatura. *GED gastroenterol. endosc. dig* ;22(2):53-60, 2003.

FOUCAULT, M . *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2011.

FREITAS, P.; PESTANA, C. L. O manejo dos resíduos de saúde: riscos e consequências à saúde do trabalhador. *Saúde Colet.*, 41(7): 140-145, 2010

FUNDACENTRO. *O trabalho do enfermeiro de pronto socorro*. São Paulo: Fundacentro, 2012. Disponível em: http://www.fundacentro.gov.br/dominios/ctn/anexos/AcervoDigital/Rel.t%C3%A9cnicaCTN-Tereza-trabalho_enfermeiro.pdf. Acesso em: 21 maio 2013.

GERSHON, R. R. M. et al. Health care workers' experience with postexposure management of bloodborne pathogen exposures: A pilot study. *Am. J. Infect. Control.*; 28: 421-428, 2000.

GOLDSTEIN, S. T. et al. A mathematical model to estimate global hepatitis B disease burden and vaccination impact. *International Journal of Epidemiology*, 34:1329–1339, 2005

IBAÑEZ, N. et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciênc. saúde colet*, 6(2):391-404, 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conta-satélite de saúde: Brasil 2007–2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2007_2009/economia_saude.pdf . Acesso em: 02/10/2012.

KHURI-BULOS, N. A. et al. Epidemiology of needlestick and sharp injuries at a university hospital in a developing country: A 3-year prospective study at the Jordan University Hospital, 1993 through 1995. *Am. J. Infect. Control.*; 25:322-9, 1997.

LOPES, C. L. R. et al. Perfil soroepidemiológico da infecção pelo vírus da hepatite B em profissionais das unidades de hemodiálise de Goiânia-Goiás, Brasil Central. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 34(6): 543-548, 2001.

MARTARELLO, N. A.; BENATTI, M. C. C. 2009. Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza. *Rev. esc. enferm. USP*; 43(2):422-8, 2009.

MARZIALE, M. H., RODRIGUES, C. M. A Produção Científica sobre os Acidentes de Trabalho com Material Perfurocortante entre Trabalhadores de Enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 10(4): 571-77, 2002.

MINAYO-GOMES, C; LACAZ, F. A. Saúde do trabalhador: novas e velhas questões. *Revista Ciênc. saúde colet.*, 10:797-807, 2005.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 13(Supl. 2):21-32, 1997

MONTEIRO, M. I.; CHILLIDA, M. S. P.; BARGAS, E. B. Educação continuada em um serviço terceirizado de limpeza de um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2004; 12(3):541-8, 2004.

NISHIDE, V.M.; BENATTI, M.C.C.; ALEXANDRE, N.M.C. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 12(2):204-11, 2004.

OLIVEIRA, B.R.G.de; MUROFUSE, N.T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, 9(1): 109-115, 2001.

OIT, ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación. 2010 . Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/--safework/documents/publication/wcms_124341.pdf . Acesso em: 27 de novembro de 2012.

OMS. *Health worker occupational health* [texto na Internet]. 2009. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/topics/hcworkers/en/ . Acesso em: 17 maio 2013.

OMS. *Hepatitis B - Fact sheet N°204* [texto na Internet]. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/> . Acesso em: 27 jul 2013.

PAULINO DE ARAÚJO, A. et al. Condições de trabalho do pessoal de um serviço terceirizado de limpeza hospitalar no ano de 2007. *Saúde Colet.*, 34(6): 244-248, 2009.

PARK, S. et al. Needlestick and sharps injuries in a tertiary hospital in the Republic of Korea. *Am J Infect Control*, 36:439-43. 2008.

PENTEADO, E. V. B. F. *Tuberculose no ambiente hospitalar: uma questão da saúde do trabalhador*. 124 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

RAPPARINI, C. Occupational HIV infection among health care workers exposed to blood and body fluids in Brazil. *Am. J. Infect. Control.*; 34(4):237-240, 2006.

RAPPARINI, C.; VITÓRIA, M. A. de Á.; LARA, L. T. de R. *Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C*. Brasília: Ministério da Saúde, [ca. 2004]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/04manual_acidentes.pdf . Acesso em: 21 maio 2013.

REZENDE, L. R. Vulnerabilidade dos geradores de resíduos de saúde frente às Resoluções n. 358 CONAMA e RDC n. 306 ANVISA. *Mundo Saúde*, 30(4): 588-597, 2006.

RIBEIRO, E. J. G; SHIMIZU, H. E. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. *Rev Bras Enferm*, Brasilia 2007 set-out; 60 (5): 535-40.

SALIM, C . A. Doenças do Trabalho - exclusão, segregação e relações de gênero. *São Paulo Perspec.*, 17(1): 11-24, 2003.

SANTANA, V. S. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pósgraduação. *Rev. Saúde Pública*; 40(N Esp):101-11, 2006.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Fazenda. Prestação de serviços de limpeza hospitalar. São Paulo, 2013. v. 7. Disponível em: <http://www.cadterc.sp.gov.br/imageDownload.php?filename=/usr/share/documents/2013-%20Limpeza%20Hospitalar_vfinal.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2013.

SARQUIS, L. M. M. *O monitoramento do trabalhador de saúde, após exposição a fluídos biológicos*. 2007. 190 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. 2007.

SIEMACO. *Perfil dos trabalhadores em asseio e conservação e limpeza urbana de São Paulo*. São Paulo, 2011.

SILVA, A. I. D. et al. Acidentes com material biológico relacionados ao trabalho: análise de uma abordagem institucional. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, 36 (124): 265-273, 2011.

UNIÃO EUROPEIA. Directiva 2010/32/UE do Conselho de 10 de Maio de 2010 que executa o Acordo-Quadro relativo à prevenção de ferimentos provocados por objectos cortantes nos sectores hospitalar e da saúde celebrado pela HOSPEEM e pela EPSU. *Jornal Oficial da União Europeia*, Bruxelas, 1 jun. 2010. L134, p. 66-72. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2010:134:0066:0072:PT:PDF> . Acesso em: 19 jul. 2013.

VALIM, M. D., MARZIALE, M. H. P. Avaliação da Exposição a Material Biológico em Serviços de Saúde, *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis; 20 (Esp): 138-46, 2011.

WÜNSCH FILHO, V. 2004. Perfil Epidemiológico dos Trabalhadores, *Rev. Bras. Med. Trab.*, Belo Horizonte, 2(2): 103-117 , 2004.

ZUBERI, D. M.; PTASHNICK, M. B. The deleterious consequences of privatization and outsourcing for hospital support work: The experiences of contracted-out hospital cleaners and dietary aids in Vancouver, Canada. *Soc. Sci. Med.*; 72: 907-911, 2011.

Anexo A - Recibo de listagem de hospitais contendo número de trabalhadores e empresas de prestação de serviços do SIEMACO

RECIBO

Eu **Caetana Diniz Marinho Taveira** RG: 25.501.768-06, recebi do SIEMACO – Sindicato dos Trabalhadores em Empresas de Prestação de Serviços de Asseio e Conservação e Limpeza Urbana e Áreas Verdes de São Paulo, lista com informações referente as empresas prestadoras de serviços de limpeza em hospitais do município de São Paulo, utilizando as mesmas apenas para levantamentos e estudos junto à FUNDACENTRO.

São Paulo, 18 e Março de 2013





Anexo B – Autorização para consulta de dados dos Inquéritos Cíveis Públicos

À Excelentíssima Procuradora-Chefe da PRT – 2ª Região

Dra. Ana Elisa Brito Segatti,

*De acesso, observando
o sigilo observado em
procedimentos judiciais.
SP. 18/03/13*

Como é de conhecimento desta PRT, esta Analista está realizando Dissertação para conclusão do Programa "Strictu Sensu" : Curso de Mestrado Acadêmico "Trabalho, Saúde e Ambiente", da FUNDACENTRO, com o título provisório de "Acidentes com Perfurocortante em Trabalhadores de Limpeza Hospitalar".

Dessa forma, solicito autorização para consultar os procedimentos desta Procuradoria, abertos nos anos de 2010, 2011 e 2012 para verificar, através das apreciações prévias neles constantes, a incidência de denúncias relativas ao risco de acidente com perfurocortante em hospitais, além de outras informações correlatas.

Esclareça-se, por oportuno, que nenhum nome de empresa ou trabalhador será informado na pesquisa.

Saliento, desde já, que este trabalho poderá ser realizado fora do horário de trabalho desta Analista, e que deverá durar cerca de duas semanas.

Frisa-se que a realização da pesquisa não trará prejuízo ao trabalho do Setor Pericial, haja vista que esta Analista mantém-se comprometida no cumprimento dos prazos estabelecidos pela Portaria 01/2013, o que se pretende alcançar até o término do corrente mês, conforme já acordado com o Coordenador do Setor Pericial.


São Paulo, 12 de março de 2013.


Caetana Diniz Marinho Taveira

Analista em Engenharia de Segurança do Trabalho/Perito

*Recibido em
18/03/2013*

Wladimir Lima
Diretor de Gabinete
Município: 1102.5238-9

*De acesso,
SP. 18/03/13*

Caetana Diniz
Procuradora de 1ª

Anexo C - Fluxogramas utilizados pelo hospital para encaminhamento pós-acidente com acidentes com exposição a fluidos corpóreos.

