

X SEMINARIO NACIONAL DE HOSTELERÍA HOSPITALARIA

Badajoz 1 a 3 de Outubro, 2008

HOTELARIA HOSPITALAR EM PORTUGAL

Maria João Lino da Silva

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo por ter disponibilizado os meios necessários para tornar possível a execução deste trabalho, nas pessoas de:

Dr. Rui Sousa Santos; Presidente do Conselho de Administração;
Dr. José Manuel Mestre; Vogal Executivo;
Dr. Manuel Francisco Soares; Vogal Executivo;
Dr. José Aníbal Soares; Director Clínico;
Enf. José Álvaro Pereira; Enfermeiro Director.

À equipa que se entusiasmou e colaborou, fazendo-me sentir orgulho de fazer parte de uma instituição onde há profissionais empenhados em fazer trabalhos extra rotina, podendo ser potenciado o seu elevado grau de qualificação. Falamos concretamente de:

Dra. Margarida da Silveira; Administradora Hospitalar, para a elaboração do histórico relativo aos tipos de hospitais públicos;

Dra. Madalena Pires Caramba, Médica Veterinária, que colaborou na elaboração do inquérito e na redacção da parte que concerne à Alimentação e Dietética;

Dra. Ana Sofia Dionísio; Técnica Superior do Serviço de Estatística, que executou o tratamento estatístico do trabalho;

Dr. Miguel Góis; Técnico Superior do Gabinete de Comunicação e Marketing, pela concepção da apresentação multimédia;

António Baptista e Alexandra Magro; Assistentes Administrativos, que introduziram os dados no programa informático que permitiu o tratamento estatístico.

À firma AMBIMED, pela cedência do filme sobre o Tratamento dos Resíduos Hospitalares.

Ao SUCH, pela elaboração de uma apresentação sobre as suas Lavandarias.

À receptividade das pessoas que se dispuseram a ser filmadas e que pertencem às firmas: SUCH, IBERLIM e 2045.

A todos, o meu MUITO OBRIGADO.

PREFÁCIO

(Margarida da Silveira, Administradora Hospitalar do CHBA, EPE)

Os sistemas de saúde dos países que integram a União Europeia e de que Portugal é membro desde 1986, têm sofrido enormes transformações, designadamente no que diz respeito ao modo como os cuidados de saúde são organizados, prestados e financiados.

Na verdade, podemos afirmar que na última década o sector da saúde tem vivido um período de transição de paradigma no que concerne ao modelo em que se baseia a organização dos cuidados observando-se uma deslocação de modelos assentes na prestação de cuidados em situações agudas para outros voltados para uma visão mais global do sistema de saúde, promovendo prioritariamente o bem-estar das populações e orientando-se para a concepção e operacionalização de uma rede de cuidados a prestar de modo contínuo e que permita a obtenção de efectivos ganhos em saúde.

Num mundo globalizado em que o desenvolvimento dos países está fortemente associado a economias fortes e altamente competitivas que impõem elevados níveis de produtividade, a saúde das populações é um requisito fundamental, quer para o seu bem-estar e melhoria progressiva da sua qualidade de vida, contribuindo de forma decisiva para o sucesso de qualquer país. Neste sentido salientam-se os esforços de reforma que são hoje uma constante na agenda política procurando introduzir alterações ao nível da conceptualização e administração dos sistemas.

Em Portugal não obstante o direito à saúde estar consagrado **como um direito social**, coloca-se frequentemente a discussão sobre a natureza e dimensão do papel do Estado no sector, quer no domínio da prestação, quer no domínio do financiamento. Todavia, o debate sobre a reforma da Saúde decorre há anos e as medidas resultantes têm características típicas dos países do Sul da Europa a saber:

- raramente foram levadas até ao fim;
- permanecem sempre por esta ou aquela razão , traços do/s modelo/s anterior/s;
- tiveram quase sempre uma componente mais normativa do que executiva , ficando frequentemente algumas das suas dimensões circunscritas aos respectivos normativos. *

2.Os Hospitais Públicos

A evolução histórica dos serviços e estabelecimentos prestadores de cuidados em especial dos Hospitais enquadra-se perfeitamente na evolução política económica do país de tradição fortemente centralista do Estado.

Ao longo de séculos a prestação de cuidados de saúde com suporte institucional estava ligada aos Hospitais a às Misericórdias a quem tinha sido atribuída a sua gestão, tendo a sua missão evoluindo gradualmente de uma função assistencial de cariz asilar até à aplicação de uma medicina científica.

De facto só em 1946, com a Lei n.º 2011, de 2 de Abril e o Decreto-Lei n.º 35.311 de 25 de Abril que foi publicada legislação tendente a criar um padrão de organização de serviços, tendo este Decreto-lei constituído a Federação das Caixas de Previdência , criando o primeiro serviço de cuidados médicos de nível nacional.

Mas foi só no final da década de 50 em 1958 , com a criação do Ministério da Saúde e da Direcção Geral dos Hospitais, que no decurso dos anos 60 , se desenvolveram acções pertinentes a fim de estruturar e começar a implementar a rede de serviços de Saúde e nesta os Hospitais .

Entre 1968 e 1971 é publicada importante legislação que determinou o enquadramento jurídico e organização dos Hospitais, designadamente o Estatuto e Regulamento Geral dos Hospitais e os Decretos-Lei n.º 413/71 – Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência e 414/71, que regulamentou as carreiras profissionais do pessoal da saúde.

Com efeito, o parque Hospitalar nacional começa a desenhar-se integrando Hospitais Universitários, Gerais, Especializados e Distritais planeados, construídos e geridos pelo Estado.

Com a revolução de 25 de Abril de **1974**, o sistema português de saúde iniciou um período de grandes mudanças, consagradas na Constituição da República Portuguesa de 1976 (artigo 64.º) que determinou a **criação de um Serviço Nacional de Saúde** , universal , geral e gratuito, este último princípio revisto em 89 alterando o texto do artigo 64.º , mantendo um SNS universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos **tendencialmente gratuito**.

Em 1975 por despacho de 19 de Março , foi criado o serviço Médico à Periferia, que afastava os médicos recém formados dos grandes centros urbanos , constituindo um ano compulsório em áreas rurais de forma a diminuir as deficiências sanitárias e a carência de profissionais. **

O modelo do SNS foi consubstanciado com a aprovação da **Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro**, que cria o **Serviço Nacional de Saúde**, integrando os diferentes níveis de cuidados desde a promoção da saúde à reabilitação.

O parque hospitalar público que integrava Hospitais Universitários, Centrais e Distritais fica sobre a tutela do estado pertencendo ao **Sector Público Administrativo**. Mantiveram-se ainda pequenos Hospitais Concelhios pertencentes às Misericórdias que na década de 80 foram integrados na Rede Nacional.

Na década de 90 foi publicada a Lei de Bases da Saúde – Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto e o Estatuto do SNS – Decreto – Lei n.º 11.º, de 15 de Janeiro.

Pretendia-se a separação entre os sectores público e privado, a implementação de um seguro alternativo de saúde, o financiamento privado do sistema de saúde e a gestão privada das unidades públicas de saúde, designadamente os Hospitais. **

Com efeito, estando os Hospitais públicos inseridos no chamado sector público administrativo estavam, obrigados ao cumprimento de todo um conjunto de normativos que determinavam uma governação de carácter eminentemente administrativo, burocrático e fortemente dependente dos poderes tutelares. Ora este regime ao longo dos anos veio evidenciando uma crescente desadequação face às necessidades de uma organização humana muito complexa, com uma enorme responsabilidade social o que levou investigadores, políticos e profissionais promotores de políticas de saúde a reflectir e apresentar alternativas para a boa governação dos Hospitais. Nesta conformidade, foram-se colocando àqueles intervenientes, a questão de saber até que ponto e como os modelos de governação empresarial podem ser aplicados aos Hospitais públicos.

Pretende-se com a alteração da forma de governação e das suas diferentes formas de organização melhorar a responsabilidade e a prestação de contas, a transparência e a efectividade dos Conselhos de Administração. **

A **empresarialização dos hospitais públicos portugueses** e a adopção de princípios de boa governação das empresas do sector empresarial do estado são realidades recentes em Portugal.

De facto apesar de corresponder a um desejo antigo de decisores políticos e dos próprios profissionais de saúde foi apenas efectivamente **iniciada no ano de 2002 com o XV Governo Constitucional**, constituído por dois partidos de centro direita.

Com o início do processo de empresarialização dos Hospitais públicos portugueses do Sector Público Administrativo (SPA), foi adoptada a **figura jurídica de Sociedade Anónima (SA)**, tendo sido transformados 34 hospitais tradicionais em **31 hospitais SA** num universo de cerca de 90 hospitais. (DL n.ºs 272 a 302/2002 de 9 a 11 de Dezembro)

O objectivo era lançar um programa de reforma da gestão hospitalar apostando no aprofundamento das formas de gestão empresarial, mantendo-se intacta a responsabilidade do Estado pela prestação de cuidados de saúde, sendo esta entendida como uma imposição constitucional já que se trata de uma responsabilidade pública de que o Estado não pode demitir-se.

Em 2005 com o XVI Governo Constitucional do Partido Socialista o processo de empresarialização é continuado, adoptando uma outra figura jurídica – a da **Entidade Pública Empresarial (EPE)** – com a transformação dos hospitais SA em hospitais EPE e a transformação progressiva dos hospitais SPA em EPE. (DL n.º 233/2005 de 29 de Dezembro)

O processo de empresarialização tem vindo a ter continuidade com o mesmo modelo e, em **2007**, foi atribuída a natureza EPE a mais **7 hospitais e centros hospitalares**. (DL n.º 50-A/2007 de 28 de Fevereiro)

É reafirmada a ideia de que o estatuto de EPE é o que melhor se adequa à gestão de unidades prestadoras de cuidados de saúde primários e hospitalares por compatibilizar a autonomia de gestão com a sujeição à tutela governamental.

No decurso de 2008 foram criadas 3 **Unidades Locais de Saúde** também com a natureza de Entidades Públicas Empresariais.

Estas entidades públicas dotadas de gestão empresarial integram os hospitais e centros de saúde de determinado distrito e/ou município, sendo responsáveis pela prestação de cuidados de saúde das suas populações.

De acordo com o DL n.º 183/2008 de 4 de Setembro o CHBA/EPE que ora represento é a partir de 1 de Outubro integrado na Unidade Local do Baixo Alentejo.

O Programa do XVI Governo Constitucional estipula a empresarialização com o **estatuto de EPE de todos os hospitais públicos até ao fim de 2009** último ano da legislatura.

3.Os Hospitais Privados

No decurso da última década podemos afirmar que a componente privada do sistema de saúde português tem vindo a afirmar-se e a procurar dinamizar o ainda incipiente mercado da saúde, designadamente com a abertura de novos Hospitais pertencentes a grupos privados , concentrado preferencialmente nos grandes centros urbanos ,começando a verificar-se alguma disseminação geográfica.

De facto até há poucos anos a actividade dos operadores privados ao nível do sistema de saúde, podia-se resumir fundamentalmente a uma forte produção na área dos meios de diagnóstico e de terapêutica e ao ambulatório no sector de consultas externas.

Na verdade, a tecnologia mais avançada estava concentrada em regra nos Hospitais públicos , ficando assim os hospitais e as clínicas privadas limitadas ao trabalho de actos cirúrgicos de menor risco ,com menor exigência tecnológica e menor custo.

Por outro lado, os profissionais de saúde geralmente pertencentes aos quadros dos Hospitais públicos, partilhavam a sua actividade clínica entre os sectores público e privado, tendo a actividade liberal neste sector vindo a revelar-se significativa em determinadas áreas da medicina, procurando dar resposta a dificuldades dos cidadãos ao acesso aos cuidados de saúde, considerando a incapacidade de resposta mais imediata das instituições do SNS, levando em consequência a uma tentativa de suprir as próprias ineficiências de muitos Hospitais públicos.

Os Hospitais privados foram assumindo lentamente o seu papel no sistema de saúde um pouco a reboque das circunstâncias económicas , políticas e sociais do país. Neste sentido atrevemo-nos a classificar como tendo ainda um papel residual no sector da saúde.

Com a evolução do sistema de saúde português e nele do SNS, consta-se que hoje a oferta privada é muito maior , mais diversificada e de maior qualidade, existindo a operar no mercado alguns grupos económicos detentores de Hospitais novos ou requalificados , tecnicamente muito bem apetrechados e com recurso humanos de elevada qualificação profissional. Importa a este propósito salientar que nos últimos anos tem-se verificado a saída de quadros superiores , designadamente médicos dos Hospitais públicos para os Hospitais privados.

4. Conclusão

Não pretendemos com este pequeno texto fazer a história do sistema de saúde português e do Serviço Nacional de Saúde em particular , nem tal seria possível em tão pouco tempo , mas apenas deixar um ideia da nossa história recente no sector da saúde.

E nesta conformidade, estamos convictos que o SNS ficará para sempre como um marco histórico no sector da saúde em Portugal, considerando a sua assinalável importância, traduzida na melhoria significativa do nível de saúde dos portugueses ao longo das últimas três décadas. Nesta medida podemos até considerar que o SNS tem sido um importante instrumento para o nosso desenvolvimento económico e social de Portugal ,fazendo parte do nosso património genético, enquanto cidadãos livres e de pleno direito.

Muitos e complicados desafios se colocam hoje ao nível das reformas necessárias do sistema de saúde e neste do SNS , não deixando de ser muito significativo o espaço de intervenção dos Hospitais públicos, que deverão saber utilizar de forma sábia os actuais instrumentos de gestão de que dispõem, procurando através da melhor utilização de todos os recursos afectos conjugar saberes e vontades de modo a que as populações por si servidas consigam obter mais ganhos em saúde e em consequência serem mais felizes.

* Reis , Vasco (2007) ;

** Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2008);

INTRODUÇÃO

O quadro que se segue tenta fornecer uma perspectiva da distribuição da população portuguesa pelas zonas de Portugal, qual o número de camas públicas e privadas por região e qual o número de camas do Serviço Nacional de Saúde (SNS), portanto, públicas, igualmente por região.

A zona mais populosa é a de Lisboa e Vale do Tejo, seguindo-se a do Norte. As zonas menos populosas são o Algarve e o Alentejo. O número de camas hospitalares quer observemos a coluna respeitante à totalidade de camas (públicas e privadas), quer a respeitante às do SNS, é também maior nas primeiras zonas e menor nas segundas, embora não seja linear o número de camas por habitante e por região.

População portuguesa e camas hospitalares por zona do país

Zonas do País	População	Camas Hospitalares	Camas do SNS
Norte	3.744.789	11.169	6.719
Centro	2.385.901	8.033	6.425
Lisboa e Vale do Tejo	2.801.320	11.512	7.181
Alentejo	762.609	1.727	907
Algarve	423.957	961	775
Região Autónoma dos Açores	243.512	1.485	-
Região Autónoma da Madeira	246.248	1.676	-
Portugal	10.608.335	36.563	22.007

Fonte: INE

Alguns dados gerais

N.º inquéritos recebidos	52
N.º hospitais recebidos	66
N.º camas dos inquéritos recebidos	2.607
Total de camas dos hospitais do país	36.563
Total de camas dos hospitais públicos	22.007
Total dos hospitais do país	200
Total dos hospitais públicos	107
Total dos hospitais privados	93
% camas do inquérito/total de camas país	7,2%
% hospitais do inquérito/total hospitais	33%

Fonte: INE e inquéritos

Foram enviados questionários para os hospitais da quase totalidade do país, quer públicos, quer privados, o que perfaz 200 instituições. Dos mesmos,

apenas obtivemos 52 respostas válidas para o estudo, uma vez que, ainda responderam mais dois hospitais, um deles com mais de 1000 camas, mas só após ter sido efectuado e encerrado o tratamento estatístico.

Os 52 inquéritos recebidos correspondem a 66 hospitais, dado algumas instituições estarem formadas por centros hospitalares, alguns com 2 ou 3 hospitais.

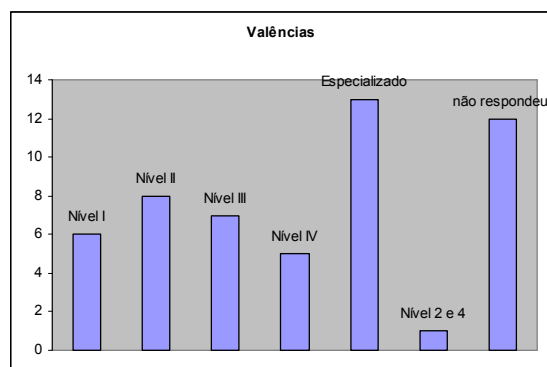
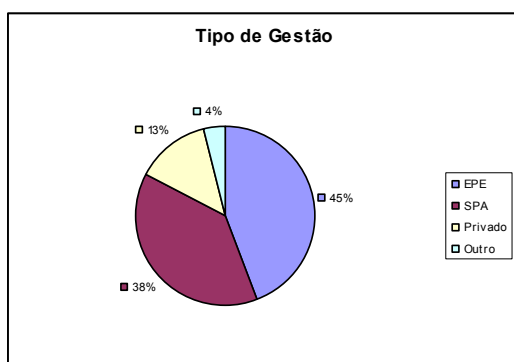
A percentagem do total de camas do inquérito / sobre o total de camas do país é de 7,2%, ou seja, muito reduzida. A percentagem de hospitais do inquérito sobre o total de hospitais do país é de 33%, o que confere ao estudo uma boa representatividade, sob este ponto de vista, e porque recebemos respostas de alguns hospitais de média e de grande dimensão.

Assim, é válido o estudo da amostra e é isso que vamos procurar fazer: caracterizá-la, a qual é composta pelos 52 inquéritos cuja resposta foi abrangida para este trabalho.

Falaremos, individualmente sobre as várias vertentes da Hotelaria Hospitalar, a saber, a Alimentação e Dietética, o Tratamento de Roupa (Lavandaria), a Higiene e Limpeza, a Recolha e Tratamento de Resíduos e a Segurança.

No final apresenta-se uma breve conclusão acerca das principais linhas de força resultantes dos dados apresentados.

1 – CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS



Verifica-se que, quanto ao **tipo de gestão**, dos hospitais que responderam ao inquérito, 45% são hospitais EPE e 38% hospitais SPA, ou seja, instituições públicas, pertencentes ao Sistema Nacional de Saúde (SNS). Apenas 13% das respostas são de hospitais privados.

No que refere às **Valências**, como se pode observar no gráfico de barras, a frequência de respostas mais elevada está nos hospitais especializados, seguida dos hospitais de nível II.

Nenhum hospital de nível V entrou para o estudo que são os grandes hospitais do país. Como foi dito, temos uma resposta, a qual não foi utilizada uma vez que já tinha sido efectuado o tratamento estatístico quando o documento chegou às nossas mãos. Só por uma questão de informação, observe-se o seguinte quadro que fornece dados sobre a lotação dos três grandes hospitais universitários.

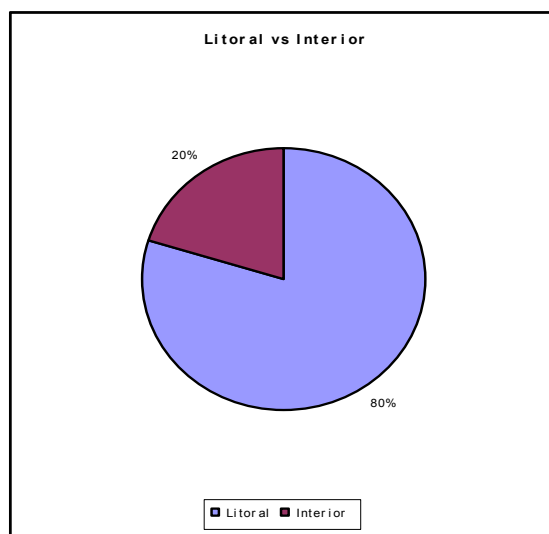
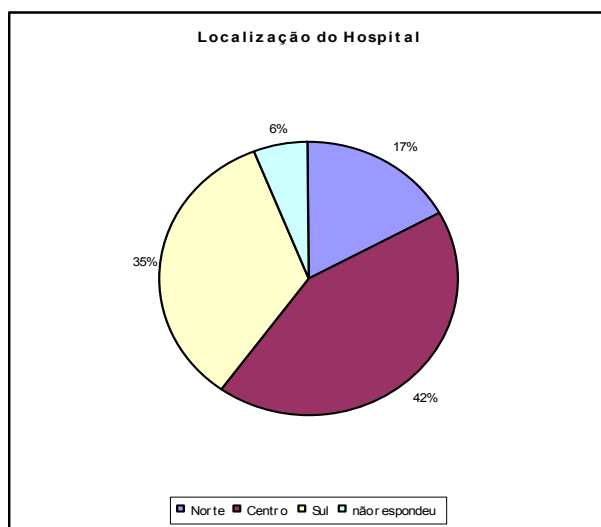
Hospitais Universitários de Nível V	Lotação
Hospital de São João do Porto	1141
Hospitais da Universidade de Coimbra	1491
Hospital de Santa Maria de Lisboa	1070

O número médio de camas dos hospitais que responderam ao estudo é de 266. O maior hospital tem 614 camas e o menor hospital 20 camas. Há aqui, portanto, uma grande disparidade de dimensões hospitalares.

Nº Médio de Camas	266
Nº Máximo de Camas	614
Nº Mínimo de Camas	20

Tipo de Gestão	N.º Médio de Camas
EPE	376
SPA	200
Privado	60
Outro	60

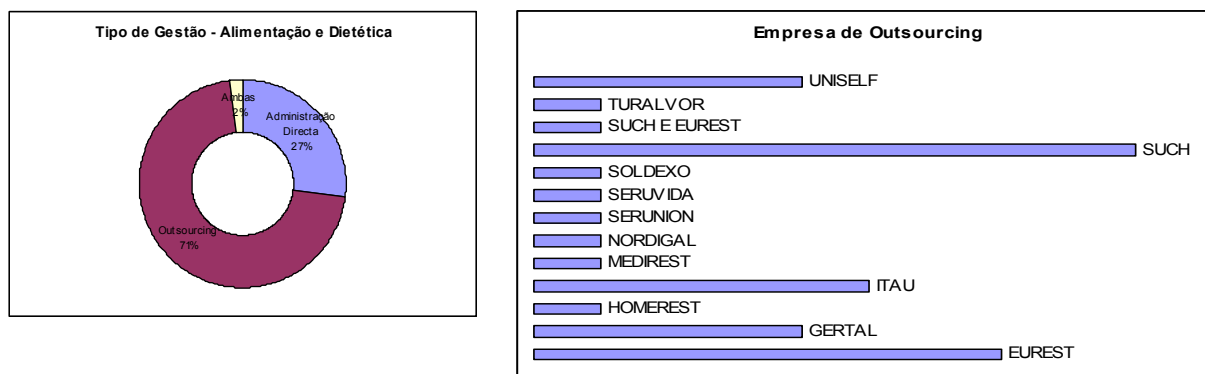
O número médio de camas por **tipo de gestão** é de 376 para os hospitais EPE, 200 para os hospitais SPA e 60 para os privados, o que significa que os hospitais públicos são maiores que os privados.



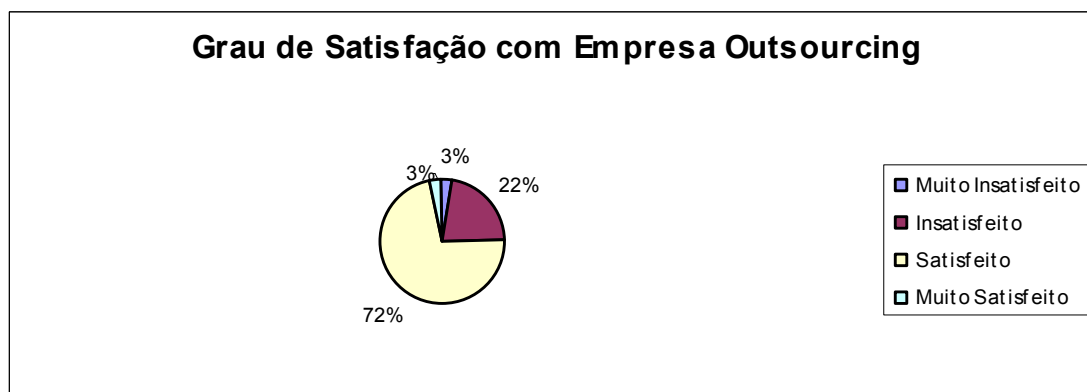
No que refere à **localização**, 42% dos hospitais que responderam encontram-se no Centro do país, 35% no Sul e apenas 17% no Norte. 80% situam-se no **Litoral** e 20% no **Interior**.

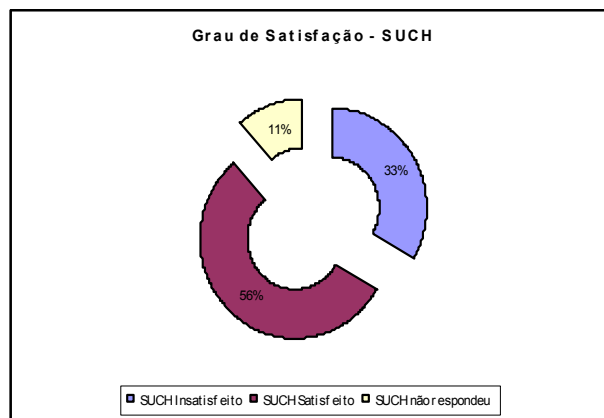
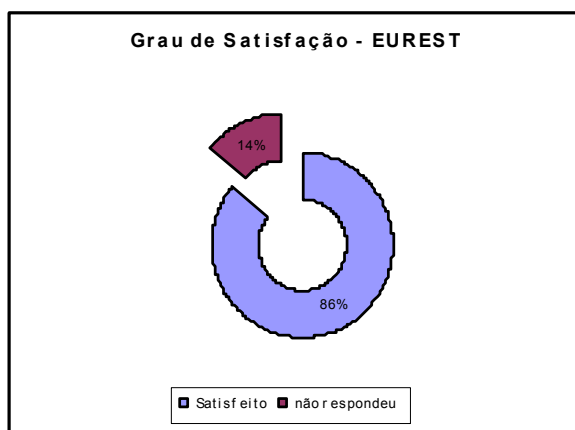
2 – SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO E DIETÉTICA

O recurso a empresas especializadas na área da restauração colectiva representa o **tipo de gestão** mais frequente na maioria dos hospitais inquiridos à excepção das IPSS/Misericórdias que neste inquérito, não apresentam unidades em sistema de *outsourcing*. Em contrapartida um dos centros hospitalares EPE apresenta um sistema de *outsourcing* com base na concessão da prestação a duas empresas. (SUCH e EUREST) (gráfico 1).

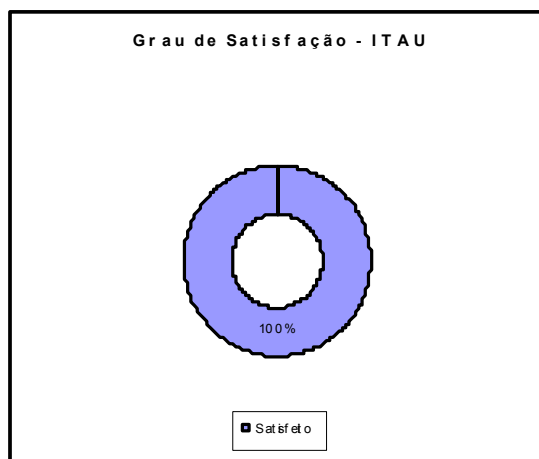
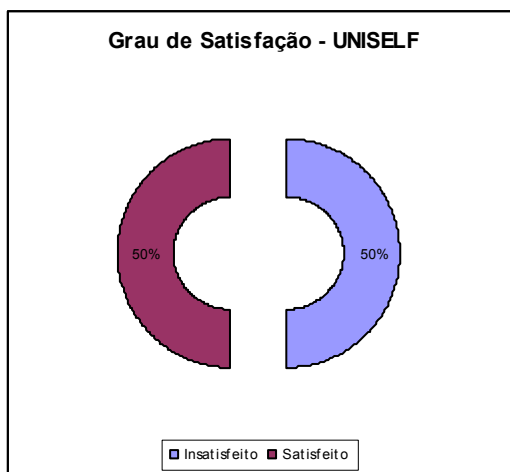
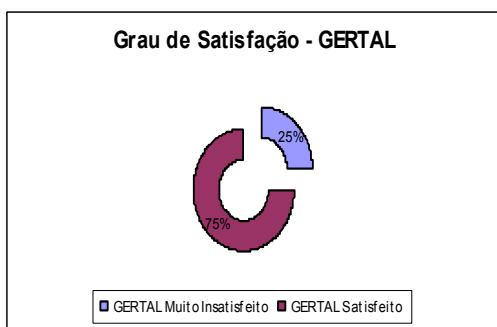


Dentro dos **hospitais com gestão concessionada** o SUCH (Serviços de Utilização Comum dos Hospitais) surge como a principal empresa de *outsourcing* (24%) seguido da EUREST e ITAU com 19% e 14% respectivamente. As restantes empresas partilham entre elas os outros 43%, em partes iguais (gráfico 2).





Quanto ao **grau de satisfação** na prestação de serviços destas empresas, 75% dos hospitais em sistema de *outsourcing* manifestam-se satisfeitos sendo que destes, 3% se dizem muito satisfeitos (gráfico 3). As razões para os 25% de insatisfação não foram, no entanto, apuradas o que em futuros estudos poderá ser feito pois parece-nos uma percentagem que não deve ser desprezada.



Na avaliação às empresas, pedida aos hospitais, verificamos que o ITAU é a única empresa que apresenta um **grau de satisfação** de 100%. Neste caso todos os hospitais foram unânimes na sua apreciação mas um dos hospitais não apresentou preços para o pequeno-almoço não tendo sido contabilizado no cruzamento grau de satisfação/preço.

O maior desafio que se coloca para um hospital cujo serviço de alimentação se encontra em administração directa tem sido, desde sempre, a gestão dos recursos humanos; em contrapartida o maior desafio para um hospital cujo serviço de alimentação se encontre concessionado tem sido manter a prestação dentro dos critérios acordados, quer eles sejam financeiros, quer sejam técnicos. Assim, muitos hospitais apresentam nos seus cadernos de encargos **cláusulas penalizadoras**, de modo a conter a prestação dentro de certos limites. Estas **penalizações** tendem a ser de cariz pecuniário e incidem em áreas específicas como o quadro de pessoal, lista de fornecedores, não-conformidades com as cláusulas técnicas especiais.

No Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, EPE que compreende dois Hospitais (Hospital José Joaquim Fernandes – Beja e Hospital de S. Paulo – Serpa) as cláusulas penalizadoras são as que se seguem:

- Atraso na entrega das ementas para análise (n.º de dias no mês);
- Não cumprimento dos planos de higienização (n.º de dias no mês);
- Reclamações recebidas respeitantes à falta de cumprimento da ementa do dia (n.º de reclamações do mês);
- Reclamações recebidas respeitantes ao aparecimento de objectos estranhos nas refeições (n.º de reclamações do mês);
- Alteração do quadro de pessoal sem aviso prévio considera-se para o efeito três dias úteis para aviso (n.º de dias ocorridos até informação por escrito);
- Falta de funcionários relativamente à escala mensal (somatório do n.º de funcionários em falta durante todos os dias do mês);
- Alteração da ementa (doentes e/ou funcionários) ou parte dela sem aviso prévio de um dia (n.º de acontecimentos durante o mês);
- Falta de 16 ou mais refeições durante o empratamento do doente (n.º de vezes ocorridas durante o mês);
- Atraso na reparação de equipamento ou reposição de material, considera-se 24h como prazo (n.º de dias em atraso no mês para cada equipamento avariado);
- Alteração de fornecedores sem aviso prévio, considera-se para o efeito três dias úteis para aviso (n.º de dias ocorridos até informação por escrito);
- Detecção de produtos não conformes (n.º de ocorrências durante o mês);

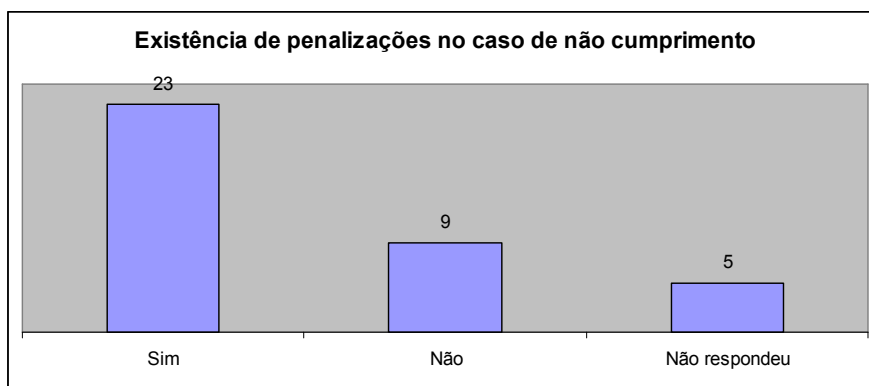
- Não cumprimento do horário de recepção para matéria-prima alimentar, considera-se até às 12 horas de dias úteis (n.º de ocorrências durante o mês);
- Resultados microbiológicos não aceitáveis (nº de resultados não aceitáveis por mês - mãos, superfícies ou refeição);
- Atraso na resposta às reclamações além dos 2 dias previstos (n.º de dias de atraso);
-

É elaborado um mapa mensal com a discriminação de cada uma das penalizações. O somatório das penalizações mensais é multiplicado pela facturação e dividido por 500, este resultado é então subtraído à facturação, penalizando a empresa concessionária.

Na nossa experiência o maior número de penalizações recai sobre a falta de pessoal, os atrasos na manutenção e reposição de equipamento e ainda sobre a falta de cumprimento integral dos planos de higienização.

Estes três aspectos estão ligados directamente com a dificuldade de gestão de pessoal, ou seja, o absentismo ou a dificuldade em gerir os horários de forma satisfatória levam a que muitas vezes os planos de higienização não sejam cumpridos além disso, a falta de formação do pessoal e a sua rotatividade não permitem uma boa aprendizagem no que diz respeito aos equipamentos a utilizar conduzindo a avarias recorrentes destes.

Desta forma é fácil perceber porque 62,16% dos serviços de alimentação em regime de *outsourcing* apresentam penalizações.

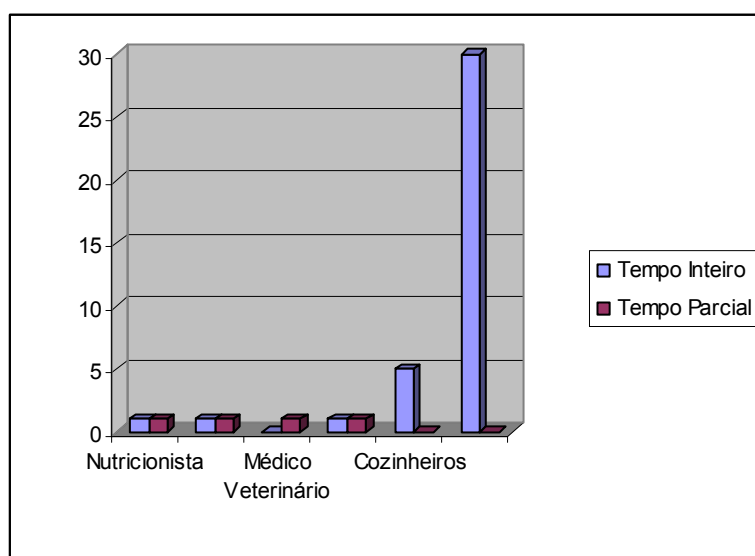
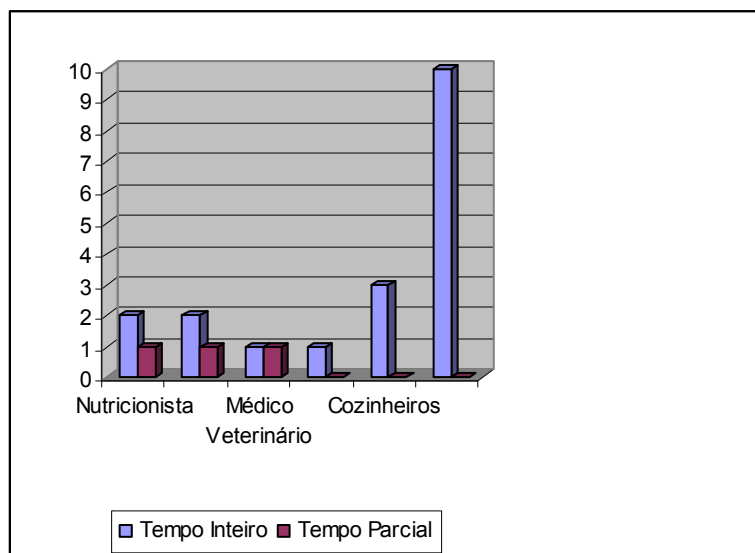


Quanto **ao local de confecção das refeições**, a grande maioria dos hospitais inquiridos (92,98%) mantêm a confecção nas instalações do hospital, apenas 3,51% se encontram em regime de catering e outros 3,51% mantêm um regime misto o que se pode dever a duas circunstâncias, falta de condições nas instalações para se proceder à confecção da totalidade das refeições ou tratando-se de um centro hospitalar as refeições são confeccionadas num dos hospitais e posteriormente transportadas para outro hospital do mesmo centro mas de características mais reduzidas, numa tentativa de contenção de custos.

Tipo de Gestão	Local de confecção	%
EPE	No Hospital	40%
	Ambas	4%
SPA	No Hospital	35%
	Sistema de <i>Catering</i>	4%
Privado	No Hospital	13%
Outro	No Hospital	4%

Como se pode observar, o **número médio de funcionários**, das instituições que responderam, é superior no hospital o pessoal mais qualificado e inferior o menos qualificado. Inversamente, na empresa, é inferior o pessoal mais qualificado e superior o menos qualificado.

	N.º MÉDIO de Funcionários do Hospital		N.º MÉDIO de Funcionários da Empresa	
	Tempo Inteiro	Tempo Parcial	Tempo Inteiro	Tempo Parcial
Nutricionista	2	1	1	1
Dietista	2	1	1	1
Médico Veterinário	1	1	-	1
Eng. Alimentar	1	-	1	1
Cozinheiros	3	-	5	-
Auxiliares de Alimentação	10	-	30	-



N.º de funcionários nos hospitais inquiridos

	Hospital		Outsourcing	
	Tempo Inteiro	Tempo Parcial	Tempo Inteiro	Tempo Parcial
Nutricionista	22	2	8	7
Dietista	84	3	6	10
Medico Veterinário	2	4	--	4
Engenheiro Alimentar	3	--	8	7
Cozinheiro	70	--	165	--
Auxiliar de Alimentação	250	2	974	15

Na sequência da ideia anterior, verifica-se que os hospitais têm apostado de forma mais consistente na contratação de pessoal técnico, enquanto que as empresas de *outsourcing* apresentam um quadro menos especializado acabando por se apoiar nos técnicos hospitalares nas questões mais complexas. Isto está de acordo com as funções que reportam, quer aos

hospitais, quer às empresas de *outsourcing*. A estas compete-lhes prestar um serviço e ao hospital compete garantir que esse serviço é cumprido dentro dos critérios estabelecidos.

Preço (S/IVA) da refeição: Pequeno-Almoço

Tipo de Gestão	Média	Máximo	Mínimo
EPE	0.77 €	2.75 €	0.35 €
SPA	0.70 €	2.58 €	0.27 €
Privado	0,74 €	0.75 €	0.50 €
Outro	-	-	-
Total Geral	0.73 €	2.75 €	0.27 €

Preço (S/IVA) da refeição: Almoço

Tipo de Gestão	Média	Máximo	Mínimo
EPE	4.47 €	8.36 €	2.66 €
SPA	4,34 €	7.74 €	1.91 €
Privado	4,41 €	7.73 €	3.75 €
Outro	-	-	-
Total Geral	4.33 €	8.36 €	1.91 €

Preço (S/IVA) da refeição: Jantar

Tipo de Gestão	Média	Máximo	Mínimo
EPE	4.49 €	8.36 €	2.66 €
SPA	4,37 €	7.74 €	1.91 €
Privado	4,43 €	7.73 €	3,75 €
Outro	-	-	-
Total Geral	4.35 €	8.36 €	1.91 €

Média Mensal de refeições fornecidas em 2007: Pequeno-Almoço

Tipo de Gestão	Média	Máximo	Mínimo
EPE	9946	53640	451
SPA	5225	20520	717
Privado	1046	2060	203
Outro	2127	2453	1800
Total Geral	6741	53640	203

Média Mensal de refeições fornecidas em 2007:**Almoço**

Tipo de Gestão	Média	Máximo	Mínimo
EPE	10276	55440	307
SPA	5692	26860	908
Privado	1506	2796	335
Outro	2227	2453	2000
Total Geral	7131	55440	307

Média Mensal de refeições fornecidas em 2007:**Jantar**

Tipo de Gestão	Média	Máximo	Mínimo
EPE	9811	51840	341
SPA	4704	17092	542
Privado	1055	2131	217
Outro	2127	2453	1800
Total Geral	6477	51840	217

Preços máximos e mínimos de acordo com o tipo de gestão

Tipo de Gestão	Pequeno-almoço		Almoço		Jantar	
	máx.	mín.	máx.	mín.	máx.	mín.
EPE	2,75	0,35	8,36 €	2,66 €	8,36 €	2,66 €
SPA	2,58	0,27	7,74 €	1,91 €	7,74 €	1,91 €
Privado	0,75	0,5	7,73 €	3,75 €	7,73 €	3,75 €

Média dos preços apresentados de acordo com o tipo de gestão

Tipo de Gestão	PA	Almoço	Jantar	Média diária
EPE	0,67 €	4,43 €	4,43 €	9,53 €
SPA	0,86 €	4,06 €	4,09 €	9,01 €
Privado	0,62 €	4,82 €	5,09 €	10,53 €

Procurámos saber se existiam diferenças significativas de **preços** entre os diferentes tipos de gestão hospitalar. A partir das médias dos preços de pequenos-almoços, almoços e jantares apresentados no inquérito, elaborámos o quadro acima representado, o que nos permitiu chegar a uma média diária. Verifica-se que os hospitais SPA apresentam os valores médios de diária mais reduzidos, correspondendo a 1,52 € mais baixos que os hospitais privados e a 0,52 € menores que os hospitais EPE.

Quisemos ainda saber se existiam diferenças de preço significativas entre a prestação por administração directa e a administração em *outsourcing*. De notar que as médias foram retiradas da lista de preços apresentados no inquérito e não com base nos máximos e mínimos.

A análise das tabelas que se seguem permitiu-nos verificar que os serviços de alimentação em administração directa podem estar a gastar em média mais 1,51 € por diária. Esta diferença, no entanto, pode dever-se apenas ao facto de neste valor estarem incluídos encargos indirectos que não se encontram incluídos nos preços de refeição pagos às empresas concessionárias.

Preços máximos e mínimos de acordo com o tipo de gestão do serviço de alimentação

Tipo de gestão do SA	Pequeno-almoço		Almoço		Jantar	
	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo
Administração Directa	2,58 €	0,75 €	7,74 €	3,05 €	7,74 €	3,05 €
<i>Outsourcing</i>	1,64 €	0,27 €	8,36 €	1,91 €	8,36 €	1,91 €

Média dos preços apresentados de acordo com o tipo de gestão do serviço de alimentação

Tipo de gestão do SA	Pequeno-almoço	Almoço	Jantar	Média diária
Administração Directa	1,55 €	4,47 €	4,61 €	10,62 €
<i>Outsourcing</i>	0,56 €	4,27 €	4,27 €	9,11 €

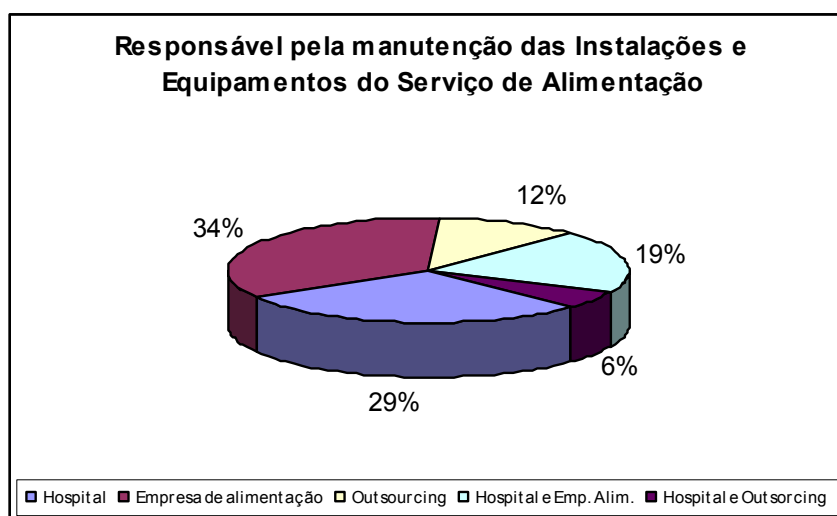
Fazendo o ratio entre o número de refeições distribuídas mensalmente e o número de camas de cada hospital verifica-se haver pouca disparidade entre os hospitais mais populosos (396 - 614 camas) e os hospitais de menor dimensão (20 - 59 camas). Para os primeiros o ratio é, em média de 68 enquanto que para os segundos é de 62 refeições mensais por cama, considerando pequenos-almoços, almoços e jantares.

N.º de Camas	Média Mensal de Refeições			Total Mensal/cama
	PA	Almoço	Jantar	
396-614	23	23	22	68
20-59	20	25	17	62

Quando analisamos o **número médio de refeições mensais por tipo de hospital** vemos que cabe aos hospitais EPE, a média mais elevada de refeições o que é facilmente explicável uma vez que são estes que têm o maior número médio de camas.

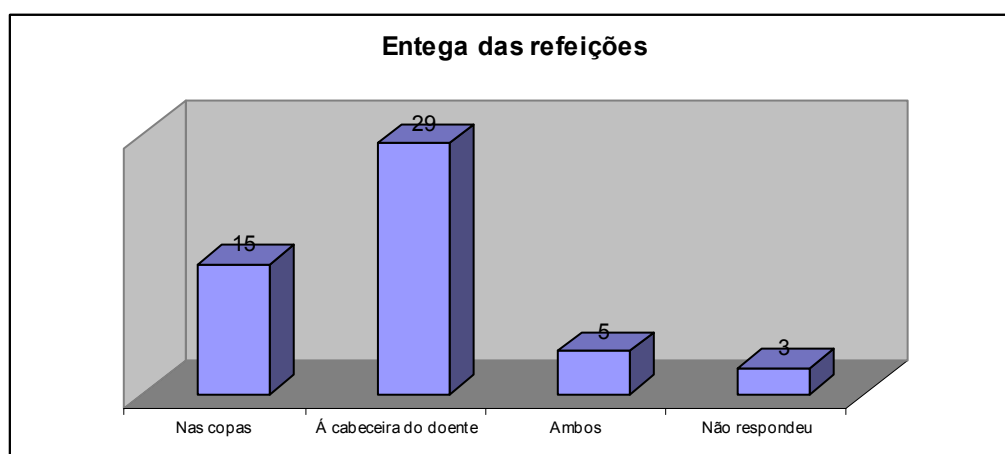
Tipo de Gestão	Pequeno-Almoço			Almoço			Jantar		
	Média	máx.	mín.	Média	máx.	mín.	Média	máx.	mín.
EPE	9946	53640	451	10276	55440	307	9811	51840	341
SPA	5225	20520	717	5692	26860	908	4704	17092	542
Privado	1046	2060	203	1506	2796	335	1055	2131	217
Outros	2127	2453	1800	2227	2453	2000	2127	2453	1800

A **manutenção das instalações e equipamentos** encontra-se na maioria dos casos a cargo da empresa de alimentação (34%) e em 29% dos casos a cargo do hospital mas existem formas mistas em que a partilha desta responsabilidade se faz entre o hospital e a empresa de alimentação (19%) ou entre uma empresa de manutenção em sistema de *outsourcing* e o hospital (6%) ou simplesmente pela adjudicação de uma empresa de manutenção (12%).



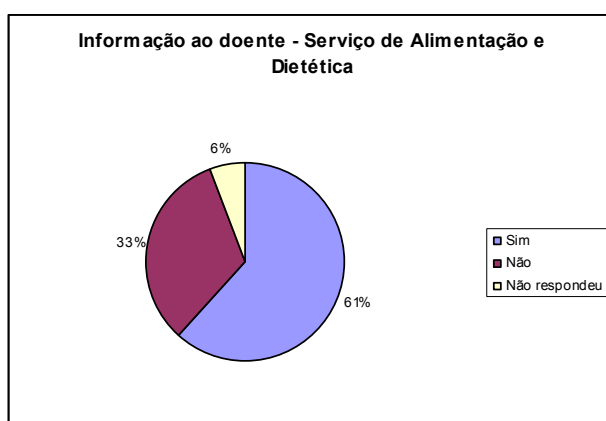
Embora os aspectos referidos anteriormente possam influenciar a qualidade de um serviço de alimentação é no contacto directo com o doente que este define para si o grau de satisfação respeitante ao serviço.

Assim, quanto à **entrega das refeições**, nos hospitais inquiridos estas são maioritariamente entregues à cabeceira do doente como se pode ver no gráfico que se segue. Apenas 15 dos serviços de alimentação se limitam a entregar as suas refeições nas copas. Há ainda cinco hospitais que apresentam uma solução mista o que se pode dever ao facto de estarem agregados em centros hospitalares tendo cada um dos hospitais formas diferentes de distribuição.

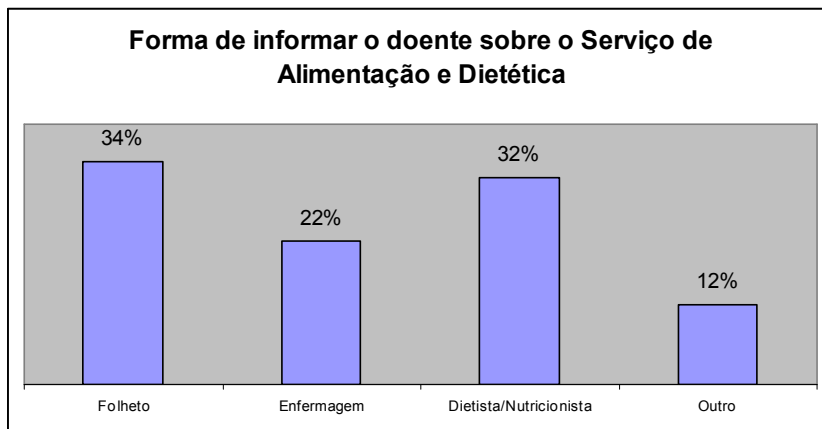


Outro aspecto que pode interferir no grau de satisfação e que contribui para a melhoria de cuidados prende-se com as **informações relativas ao serviço de alimentação** como por exemplo, horários de refeição, alternativas à ementa, explicação sobre o tipo de dieta e suas limitações, se for caso disso, etc. e que devem ser transmitidas aos utentes aquando da sua entrada na instituição.

Quando inquiridos sobre se o serviço de alimentação prestava informações aos utentes 9 % dos hospitais não respondeu e 31% responderam que não forneciam qualquer tipo de informação.



Dos 32 hospitais que responderam afirmativamente, 34% responderam que as informações são entregues aos utentes sob a forma de folheto, em 32% a informação é dada pelo técnico de nutrição e em 22% pelos profissionais de enfermagem, nos restantes 12% a informação é passada de outra forma como por exemplo, pelas empregadas de refeitório, pela empresa de *outsourcing* provavelmente através das empregadas de distribuição personalizada, através do folheto de escolha personalizada, ou pelo folheto de acolhimento elaborado em cada serviço e finalmente, pelo secretariado clínico.



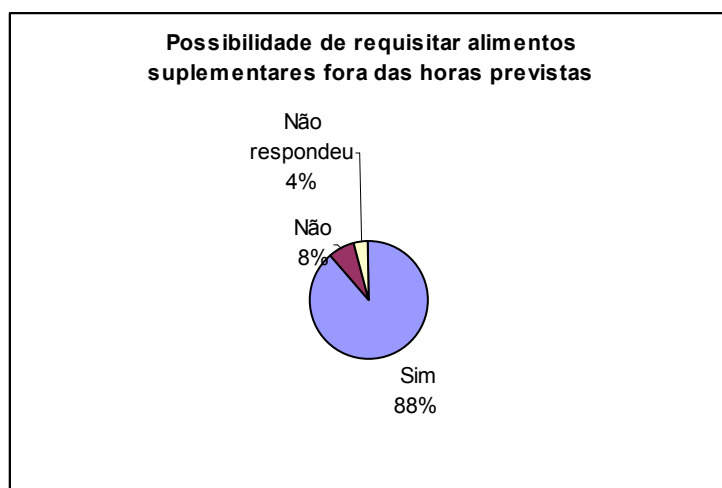
Outras formas de informar o doente

EMPREGADAS DE REFEITORIO
EMPRESA
OUTSOURCING
ESCOLHA PERSONALISADA
FOLHETO
ACOLHIMENTO AO DOENTE ELABORADO PARA CADA SERVIÇO
SECRETARIADO CLÍNICO

Outra questão que pode influenciar positiva ou negativamente o bem-estar dos doentes prende-se com o **horário das refeições**. Verificou-se, como era de esperar, não haver muita discrepância no que diz respeito a este item. Segue-se uma tabela com os horários mais frequentes encontrados

Horários mais frequentes para entrega das refeições	
PA	das 8h30 às 9h30
Almoço	das 12h30 às 13h30
Jantar	das 19h às 20h
Lanche	das 16h às 16h30
Ceia	das 21h30 às 22h30

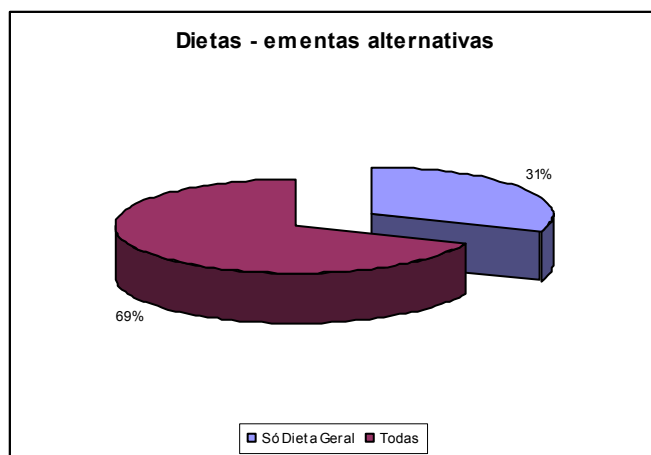
No entanto, esta aparente rigidez de horários não constitui uma limitação na medida em que, em 88% dos hospitais, é possível **requisitar suplementos** fora do horário estabelecido para as refeições.



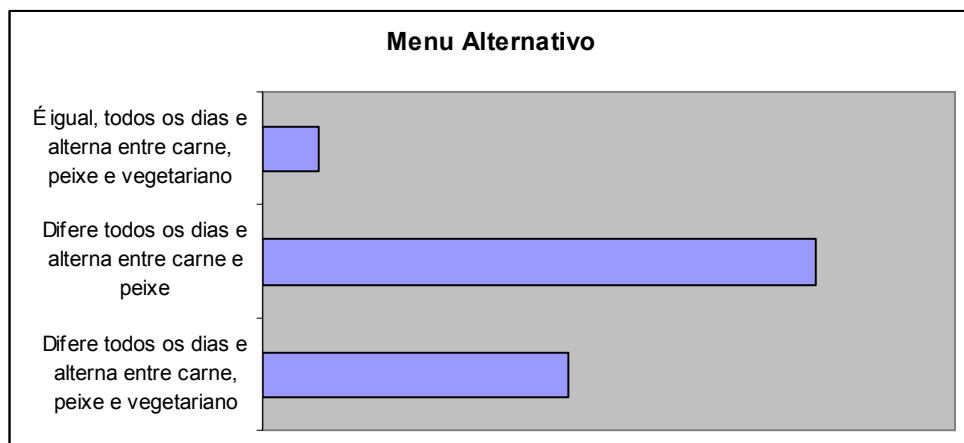
Para além disso muitos hospitais apresentam **ementas alternativas** às quais os doentes podem ter acesso em 61% dos hospitais, muito embora em 6% destes esta possibilidade só exista nos serviços de Obstetrícia.



Nos hospitais onde existe o acesso à ementa alternativa, em 69% é permitida em todas as dietas e em 31% apenas disponível para a dieta geral.



Quanto ao tipo de **menu disponível** 61% alterna entre peixe e carne e difere todos os dias mas em 33% dos hospitais alterna entre carne, peixe e vegetariano diferenciando também todos os dias, só 6% mantêm a mesma ementa que alterna entre carne, peixe e vegetariano.

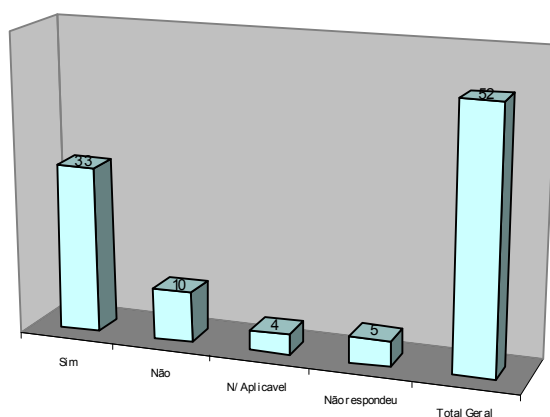


De acordo com as orientações do comité europeu no sentido de diminuir a desnutrição hospitalar, os hospitais deveriam ter **refeitórios próprios**, afastados das enfermarias onde pudessem tomar as suas refeições de forma a não serem perturbados, quer por cheiros, quer por ruídos, quer por interferências decorrentes da toma de medicação, temperatura, tensão, elaboração de pensos, visitas médicas ou de exames complementares de diagnóstico. Essa ainda não é uma realidade no nosso país pois o **local mais frequente onde os doentes tomam as suas refeições** ainda é nas enfermarias. Apenas 7 hospitais dispõem de refeitório para os doentes sendo que a grande maioria destes são hospitais psiquiátricos, portanto, instituições em que necessariamente as condições ambientais são mais determinantes para o bem-estar dos seus doentes.

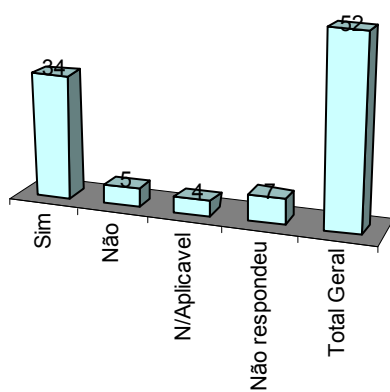
Respostas mais frequentes - Local para tomar as refeições	
Doentes	Na enfermaria
Acompanhantes	No refeitório, bar, ou máquinas de <i>vending</i>
Visitas (refeições leves)	No bar e máquinas de <i>vending</i>
Utentes das consultas externas	No bar e máquinas de <i>vending</i>

Quisemos também saber se eram distribuídas **refeições aos utentes do Serviço de Urgência** dos hospitais inquiridos. Isso apenas ocorre em 32% dos casos principalmente aos utentes que se encontram no SO e na sala de macas. Em 34 % dos serviços de Urgência são ainda distribuídos suplementos

Distribuição de refeições aos utentes da Urgência



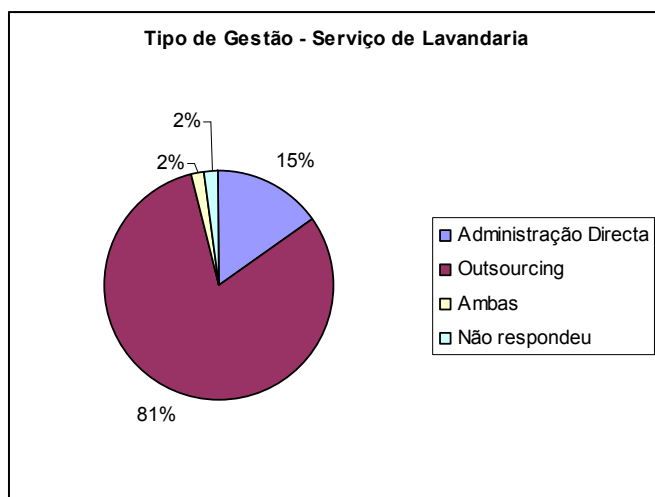
Distribuição de suplementos aos utentes da Urgência



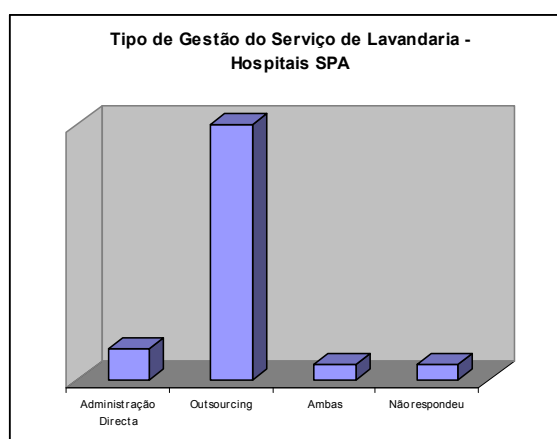
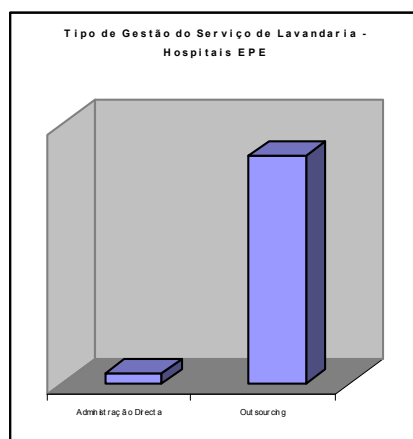
3 – SERVIÇO DE TRATAMENTO DE ROUPA (LAVANDARIA)

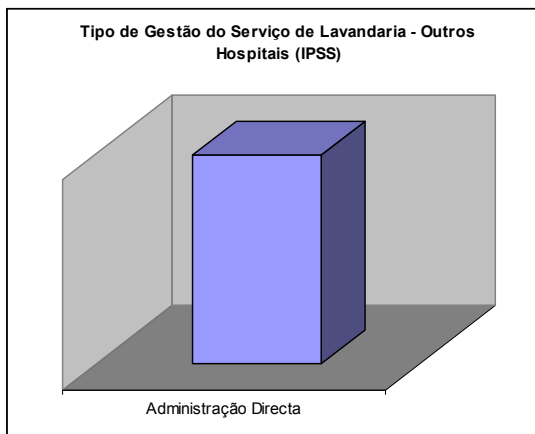
O objectivo deste serviço é o seguinte:

- . Tratamento de roupa hospitalar;
- . Respectiva recolha e distribuição nos serviços;
- . Locação de roupa hospitalar.

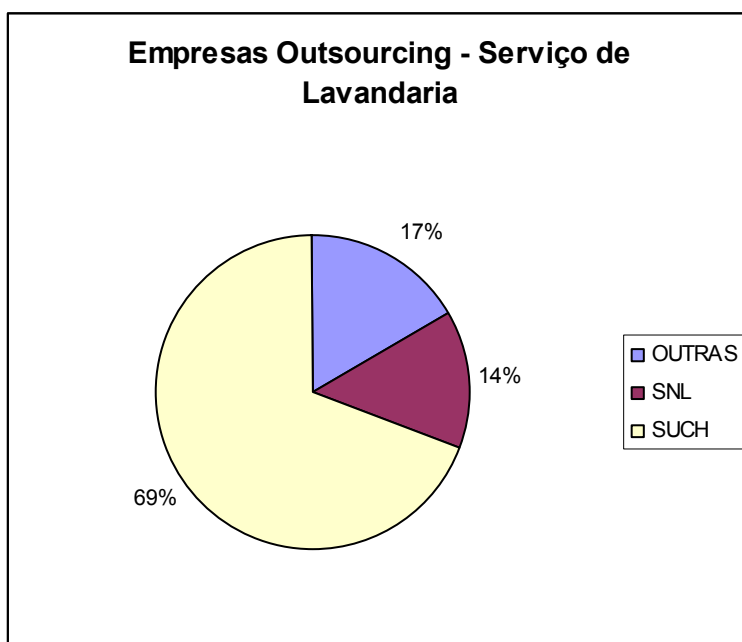


Quanto ao **tipo de gestão das lavandarias** dos hospitais, a larga maioria, ou seja, 81%, têm-nas entregues ao regime de *Outsourcing*, enquanto que apenas 15% se encontra em regime de Administração Directa.

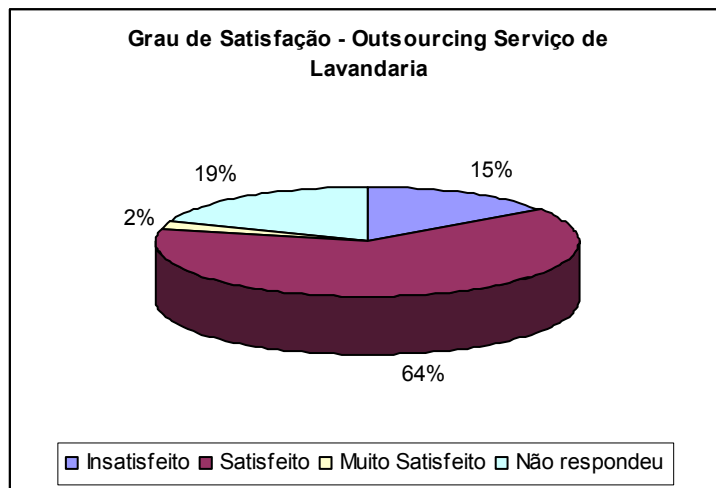




Pode-se observar, a partir destes gráficos de barras, que a Administração Directa nos hospitais públicos é quase inexistente, tanto SPA, como EPE. O regime de Administração Directa encontra-se essencialmente nos hospitais privados, apesar de, também estes preferirem o *Outsourcing*.



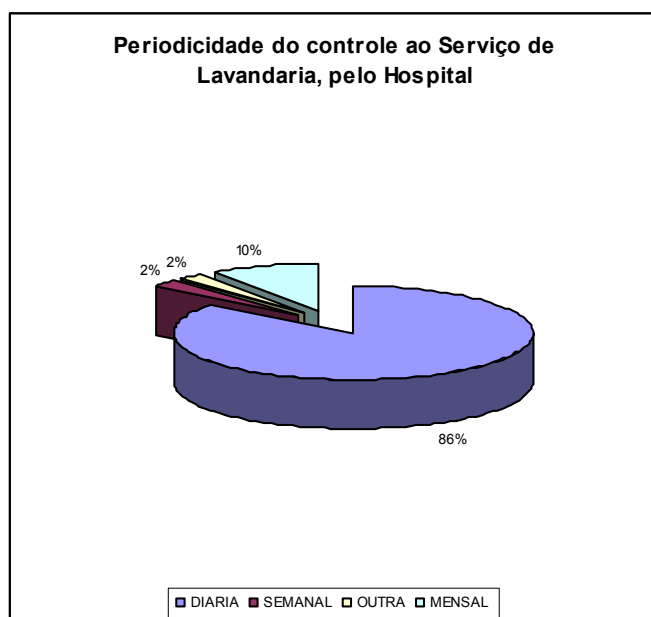
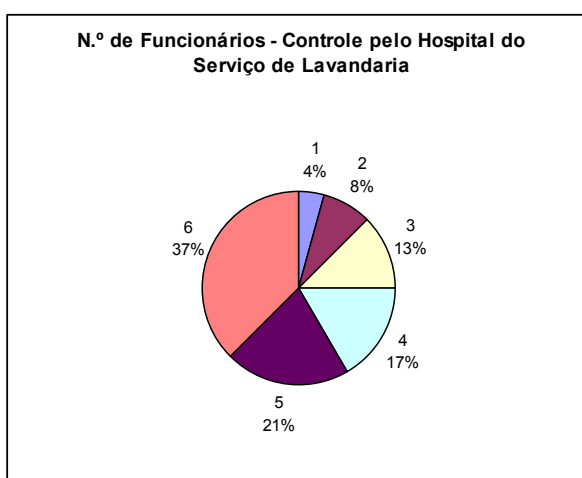
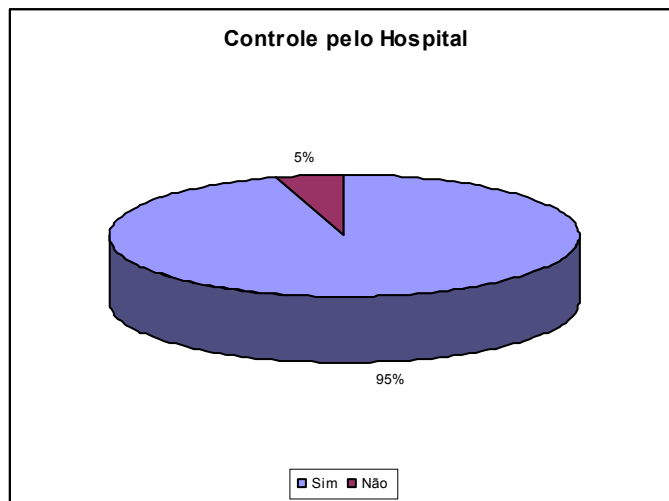
A empresa claramente dominante ao serviço do tratamento de roupa hospitalar é o SUCH com 69%, destacando-se ainda a Sociedade Nacional de Lavandarias com 14%. Em Outras estão incluídas a Fatilava, a Viver Brancura, a Monica e a Turalvor, o que perfaz um peso de 17%.



Pode-se dizer que existe um elevado **grau de satisfação** com o sistema de *Outsourcing* nas lavandarias, dado 2% dos hospitais se encontrarem muito satisfeitos e 64% satisfeitos. Não é de descuidar os 15% de hospitais insatisfeitos, o que, provavelmente, se deve a atrasos na entrega, normalmente devido a avarias do equipamento e deterioração das peças de roupa, ou a sua perda e mistura. Isto, uma vez que a maioria dos hospitais do país utiliza o mesmo local para efectivar o tratamento de roupa em causa.

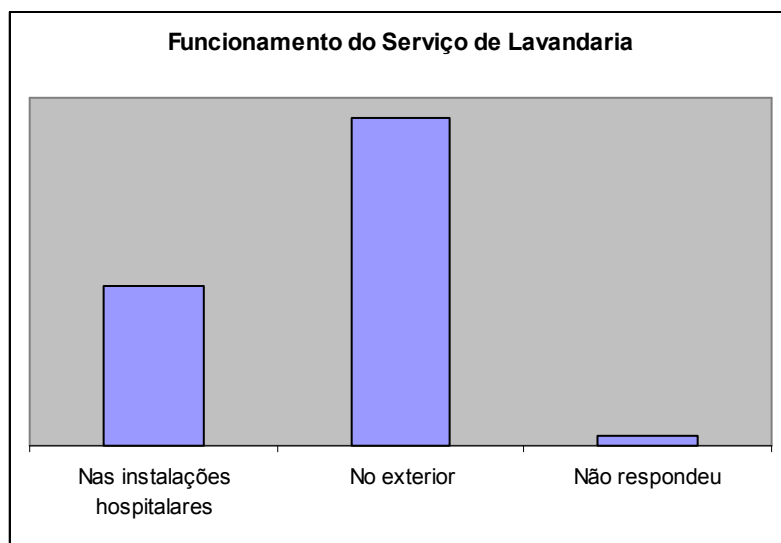


Repare-se que 56% dos hospitais que responderam ao inquérito refere ter mencionado um **sistema de penalizações** nos seus Cadernos de Encargos, para activar em caso de não cumprimento das obrigações contratuais, sendo esta uma forma de exercer o controlo sobre a empresa adjudicatária. 95% dos hospitais diz ter **controlo** sobre a empresa de *outsourcing* que lhe corresponde. Para exercer esse controle em **n.º de funcionários**, 37% dos hospitais tem 6 funcionários e 21% 5 funcionários, o que certamente acontece nos hospitais de maior dimensão.

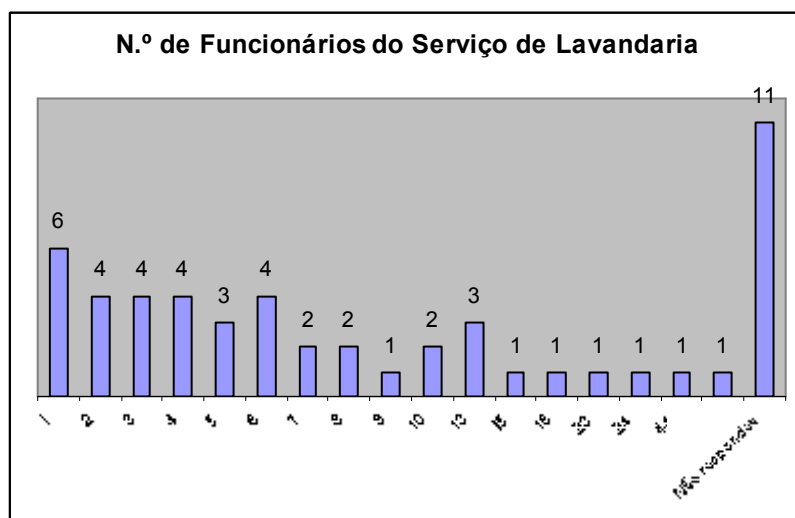


Outra: 3 vezes por semana.

Quanto à **periodicidade do controle**, 86% dos hospitais diz ser diária, havendo 10% que refere a mensal e 2% a semanal.



Como se pode observar através do gráfico de barras, a maioria dos hospitais diz que o funcionamento do serviço de lavanderia é efectuado no exterior do hospital. A verdade é que, no que refere aos hospitais públicos utilizadores do SUCH, a grande parte das respectivas lavandarias foi desactivada, tendo ficado estas instituições desprovidas dos equipamentos e dos meios para tratamento de roupa, uma vez que esta actividade passou a estar concentrada em lavandarias centralizadas.



Deva-se ler neste gráfico de barras que: 11 hospitais não responderam qual **o número de funcionários** que têm ao serviço de lavanderia, 6 hospitais responderam que têm apenas 1 funcionário, 4 responderam que têm 2 funcionários e, assim sucessivamente. Deduzimos que os hospitais com menor número de funcionários têm o serviço entregue a uma empresa de *Outsourcing* estando concentradas no hospital apenas as tarefas de recolha

da roupa suja e distribuição da roupa tratada pelos serviços de internamento e outros. Claro que, ao contrário, os hospitais que referem ter maior número de funcionários ao serviço da lavandaria, tem ainda o regime de Administração Directa, o que se vai tornando uma raridade.

O quadro que se segue apresenta o **Preço Médio por Quilo de Roupa Tratada** segundo o tipo de gestão do hospital e conclui-se que este é menor nos hospitais privados e, dos hospitais públicos é menor nos EPE que nos SPA. O preço médio total é de 69 cêntimos por quilo.

Denota-se, através da base de dados que, o próprio SUCH pratica preços diferentes com os diferentes hospitais. Esta diversidade tem a ver com aspectos tais como as quantidades a tratar por dia, a distância entre o hospital e a lavandaria central. Há ainda hospitais em que é o SUCH a explorar o Serviço de Tratamento de Roupa (com equipamento, pessoal e energias) e em que a lavandaria fica nas instalações do hospital.

Tipo de Gestão	Preço Médio/kg de Roupa Tratada	Valor Médio mensal (em 2007)
EPE	0.67 €	33484
SPA	0.73 €	124116
Privado	0.58 €	10986
Outro	-	-
Total Geral	0.69 €	69853

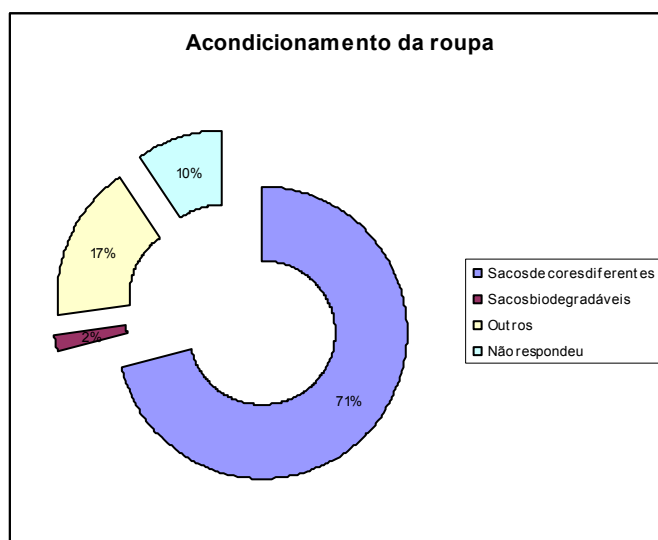
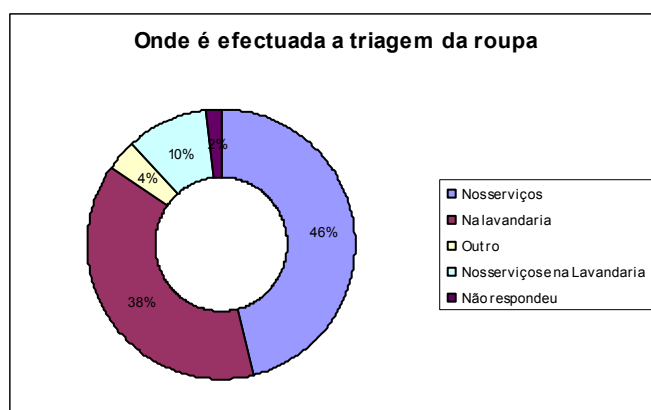
No que refere ao local onde é **triada a roupa** suja recolhida nos serviços, 46% dos hospitais inquiridos disse que a tarefa é efectuada nos próprios serviços e 38% na lavandaria. De notar que 10% disse ser em ambos os locais, o que consideramos estranho, uma vez que, normalmente, cada instituição opta por um ou outro sistema de triagem.

Dado que o SUCH é a empresa maioritária, podemos dizer que a triagem é feita na lavandaria centralizada e não nos serviços de cada hospital. Ou seja, a roupa sai de cada serviço hospitalar, num saco de plástico, sem ser utilizado qualquer código de cores, sendo a cor ao critério do cliente. Está-se a atender aqui à ideia de que a roupa suja não deve ser manuseada nos serviços. A cor do saco que constitui uma excepção em termos de código, vulgarmente utilizada nos hospitais, é a vermelha, que é usada para roupa infectada, a qual é colocada na máquina dentro do saco, depois de este ter levado um pequeno golpe e, posteriormente, triada após a lavagem.

Nas lavandarias centrais da empresa é efectuada a triagem da roupa suja, por tipologia (roupa lisa de cama, cobertas e colchas, cobertores, turcos, roupa de bloco operativo, roupa de pediatria, roupa de doentes, roupa de pessoal – psiquiátricos fardamento) e por grau de sujidade (pouco suja,

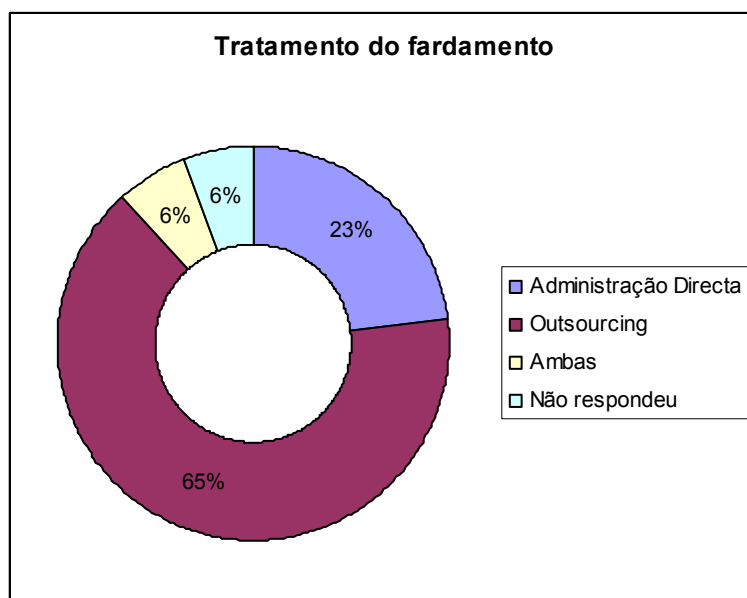
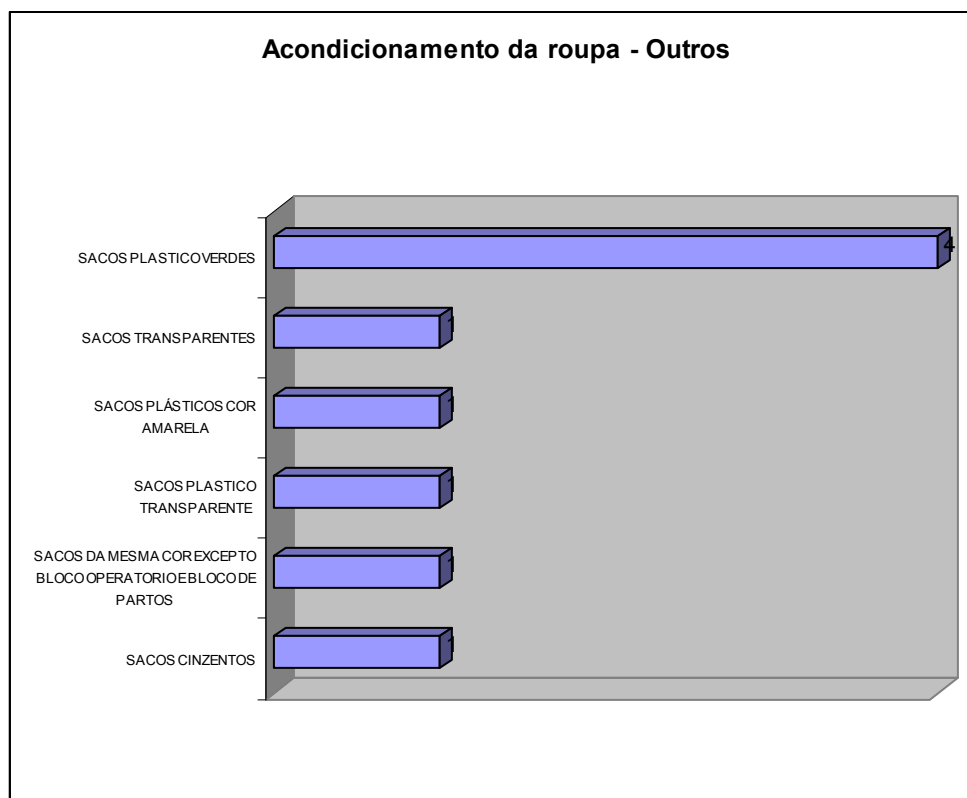
muito suja e identificada como claramente contaminada), uma vez que cada tipologia tem um programa de lavagem associado e, dentro de cada uma delas, face a graus de sujidade diferentes, os programas têm mais acção mecânica (tempo) e/ou química (detergentes).

Uma exigência dos prestadores de serviço de tratamento de roupa, a qual nem sempre é respeitada pelo pessoal hospitalar que manuseia a roupa, é que, da mesma, sejam retirados os objectos estranhos, isto é, tudo o que não é roupa como por exemplo, telemóveis, lenços de papel, agulhas, bisturis, fraldas, placentas, etc. Nas batas aparecem muitas vezes esferográficas e isqueiros. Facilmente se adivinha os transtornos que estes objectos podem causar, aos humanos que manuseiam a roupa e aos equipamentos utilizados no tratamento.



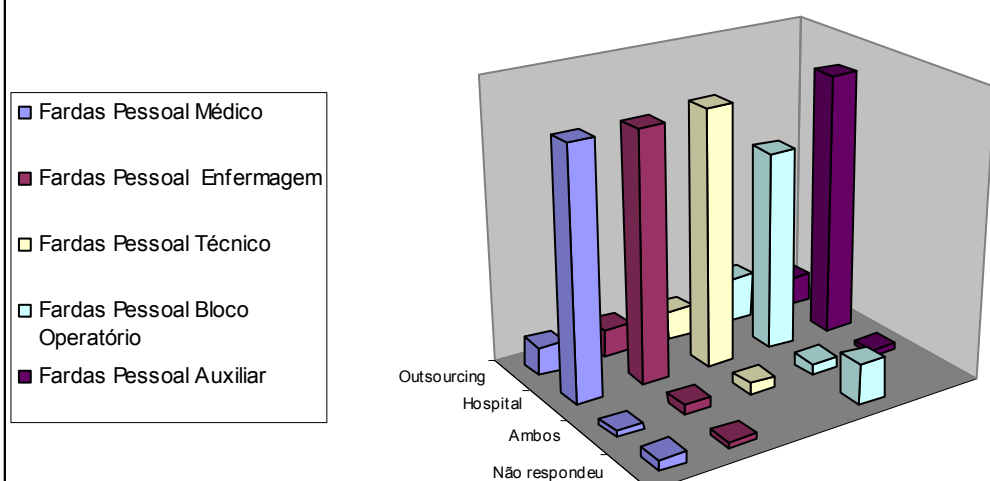
Repare-se que 71% dos hospitais inquiridos disse que o acondicionamento da roupa é feito em sacos de cores diferentes. Não conseguimos encontrar o porquê deste resultado, uma vez que a diferenciação por cores, sendo o código ao critério de cada hospital que por ela opta, só faz sentido quando a triagem é feita nos serviços, quer por grau de sujidade, quer por algumas tipologias, como por exemplo, separar os cobertores, almofadas, etc. Ora,

se a maioria é cliente do SUCH, a filosofia não é esta mas a que descrevemos anteriormente.



O maior peso, no que respeita ao **tratamento do fardamento**, vai para a efectivação desta tarefa pela empresa de *outsourcing*, com 65% dos hospitais que responderam ao inquérito. Apenas 23% dos hospitais disse que o tratamento do fardamento é feito em regime de administração directa, ou seja, estas peças de roupa são tratadas pelo pessoal do hospital e nas suas próprias instalações.

Fornecimento do fardamento



A maior parte dos hospitais respondeu que o **fornecimento do fardamento** é feito pelo hospital e não pela empresa de *outsourcing*. As fardas do Bloco Operatório são o tipo de fardamento que é mais fornecido por estas empresas.

4 – SERVIÇO DE HIGIENE E LIMPEZA

O objectivo deste serviço é o seguinte:

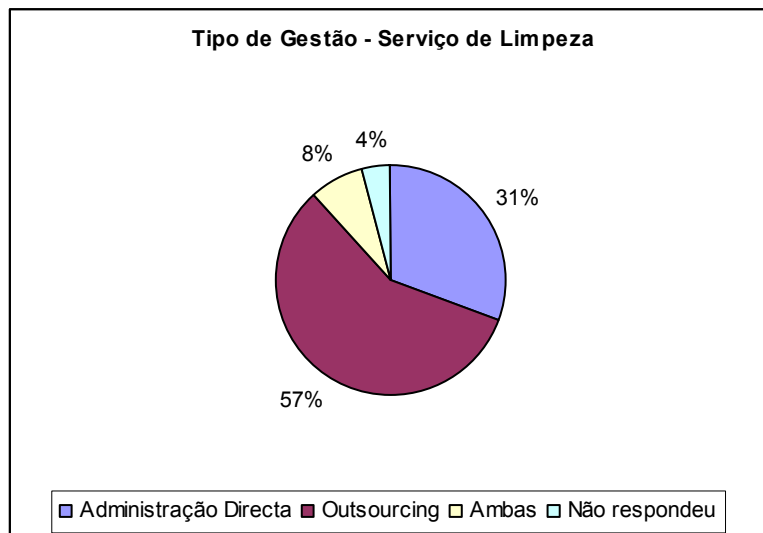
A boa higienização das Instalações das instituições de forma a prevenir e/ou reduzir as infecções relacionadas com os cuidados de saúde e a garantir adequados níveis de conforto a doentes, pessoal e visitantes. Para atingir os objectivos pretendidos é necessário adequar o método de limpeza em função do risco de infecção, variando para tal a frequência e métodos de limpeza e os produtos a utilizar. Os níveis de risco são os seguintes: Nível Máximo ou Alto Risco – 3; Nível Médio – 2; Nível Mínimo – 1.

Exemplo de níveis de risco numa unidade de internamento:

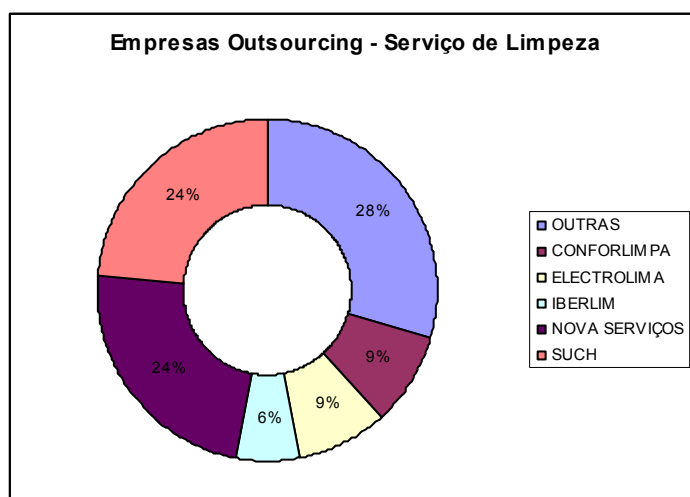
Unidade/Serviço	Frequência Limpeza		Prof.	Grau de Risco
	Diárias			
	TDA	2ª-6ª		
• Pediatria - enfermarias (4) + quarto (1) - sala de desinfecção (1) - armazém (1) - secretária de unidade (1) - sala de trabalho (1) - gabinetes (2) - sala de estar (1) - sala de lazer (1) - copa (1) - WC pessoal (1) - WC doentes (1)	1x e s.n 1x e s.n 1x 1x e s.n 1x e s.n 1x e s.n 1x 1x 2x e s.n	1x 1x	T T T T T T T T T T	2 2 1 1 2 1 1 1 2 1 2
• Neonatologia (2 salas) - salas (2) - sala de trabalho (1) + gabinete (1) - WC's pessoal (1) - WC's familiares (1)	1x e s.n 1x e s.n 1x 2x e s.n		M M M M	3 3 1 1

Os trabalhos de descontaminação global devem ser efectuados pela seguinte ordem:

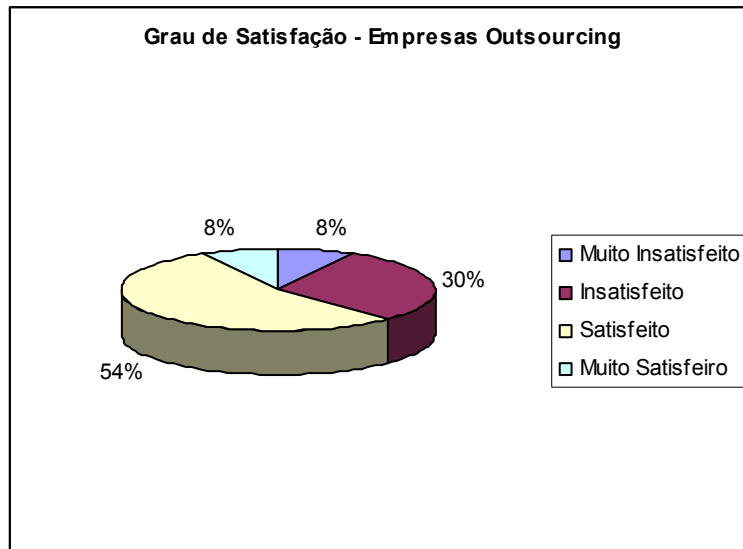
- Descontaminação de tectos e pontos de luz;
- Descontaminação de paredes;
- Descontaminação de Portas e Manípulos;
- Descontaminação de estores, janelas e vidros (face interna e externa);
- Descontaminação de mobiliário e utensílios;
- Descontaminação do chão



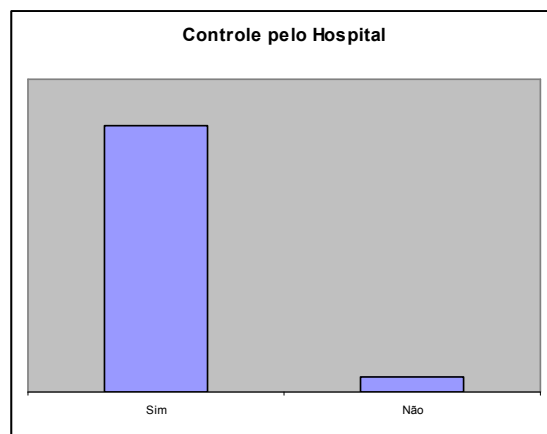
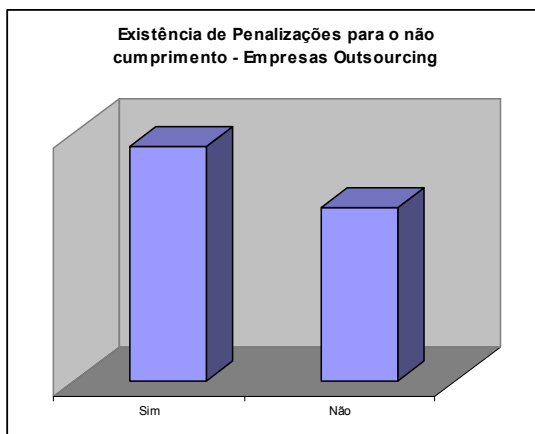
Relativamente ao **tipo de gestão** dos serviços de limpeza, verifica-se que 57% dos hospitais que responderam ao inquérito optaram pelo sistema de *Outsourcing* e 31% ainda se encontram em regime de Administração Directa.



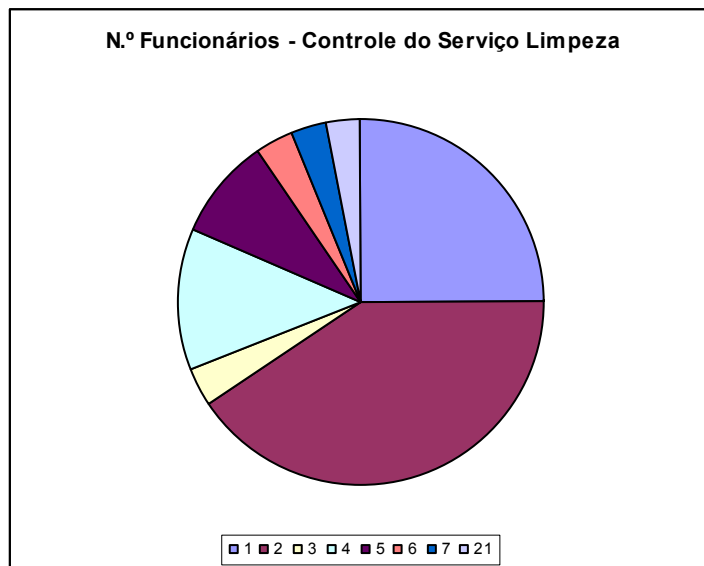
As empresas de higiene e limpeza que mais se destacam no meio hospitalar português são o SUCH e a Nova Serviços, ambas com 24%, sendo o conjunto de outras de 28%.



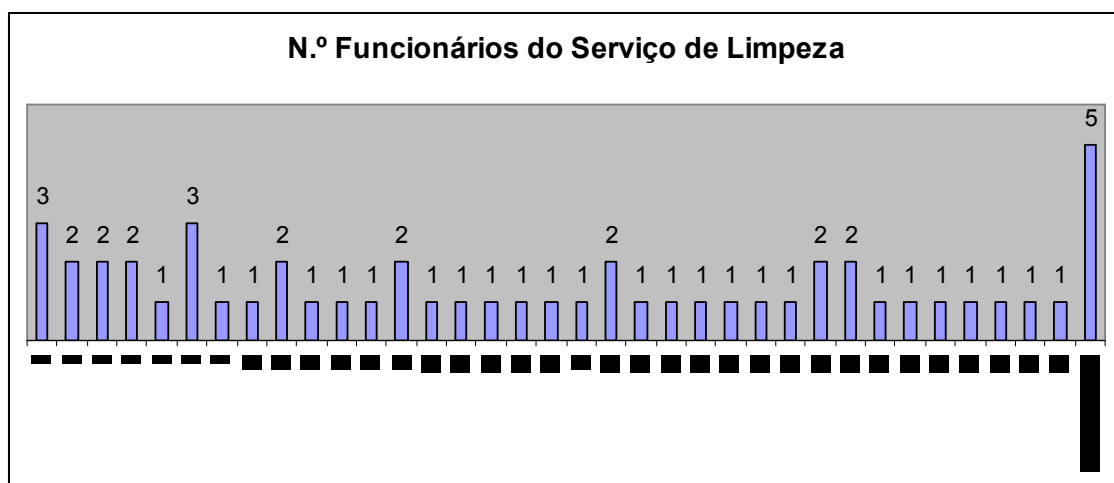
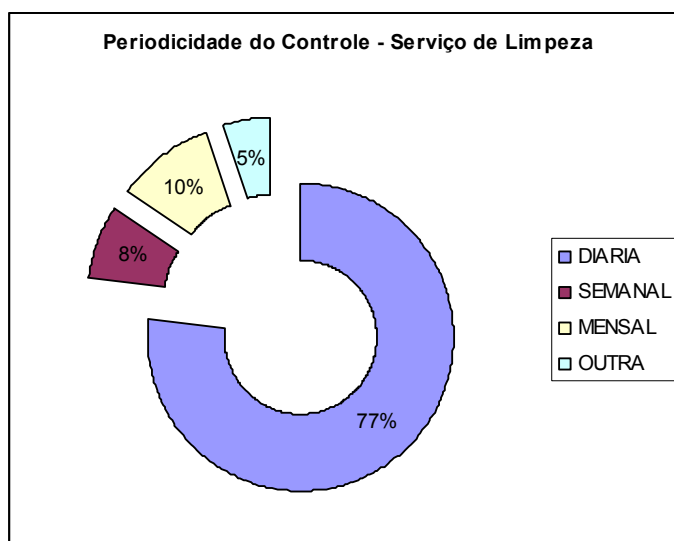
Pode-se dizer que o **grau de satisfação** é tendencialmente elevado, se somarmos os 54% na categoria de satisfeito e os 8% na categoria de muito satisfeito. Há, no entanto, 30% de hospitais que dizem estar insatisfeitos e 8% muito insatisfeitos.



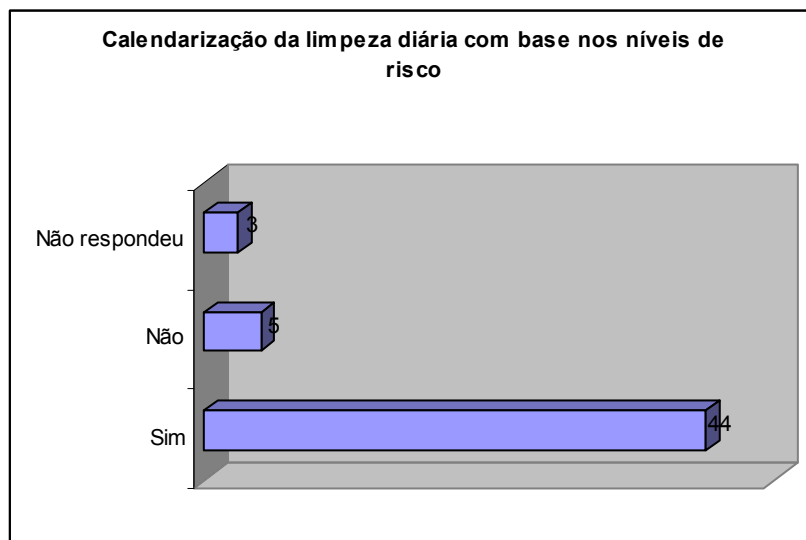
Como se pode observar nos gráficos de barras acima expostos, embora haja mais hospitais que dizem ter mecanismos de **penalização** que os que dizem não ter, a frequência destes últimos é bastante elevada. Quanto ao **controle** dos procedimentos das empresas de *outsourcing* por parte de um vigilante do hospital, quase todos os hospitais refere a sua existência.



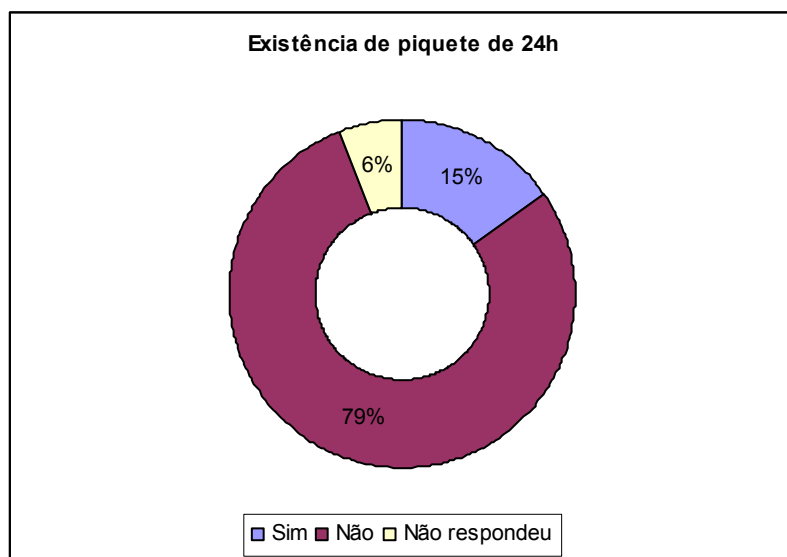
A grande maioria dos hospitais refere ter 1 ou 2 funcionários a executar essas tarefas de **controle**. E, como se lê no gráfico abaixo representado, essa **periodicidade** é diária em 77% dos hospitais que responderam, embora 10% referisse a mensal e 8% a semanal.



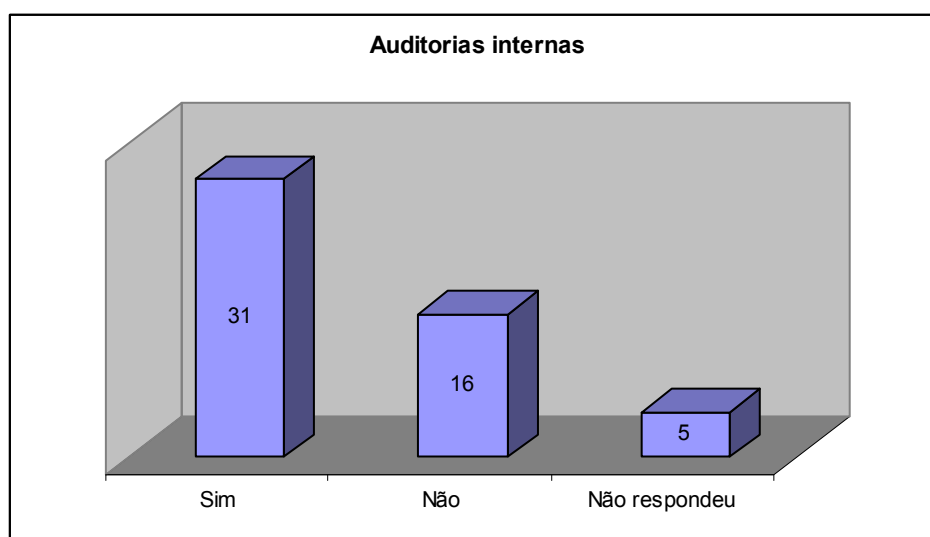
O gráfico de barras acima representado indica o **número de funcionários** ao serviço da limpeza por hospital. Verifica-se a existência de uma grande disparidade de número destes funcionários por hospital. Assim, tanto há aqueles com apenas 2 trabalhadores, com uma frequência de 3 hospitais, como aqueles com 97 trabalhadores, com uma frequência de 1 hospital.



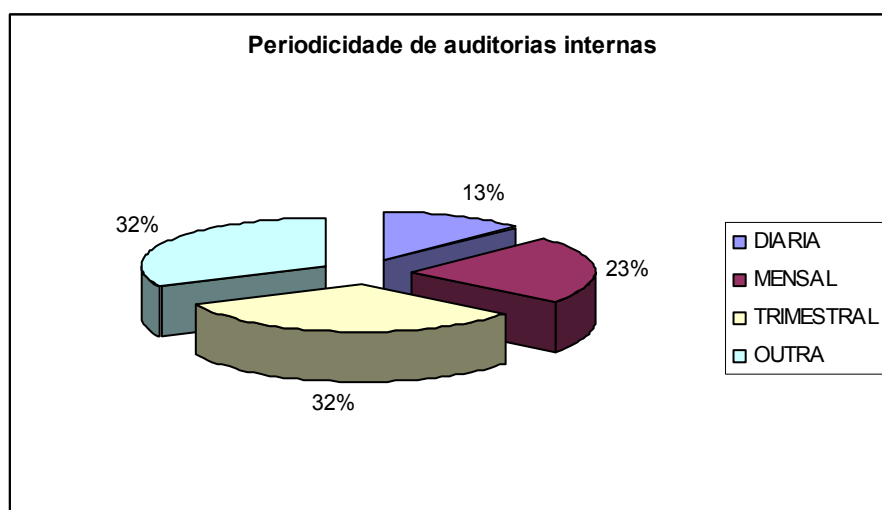
Uma pequena minoria de hospitais refere que a sua limpeza diária não é feita com base em **níveis de risco**.



Quanto à existência de um **piquete de limpeza durante as 24 horas** do dia, 79% dos hospitais disse que não a tem e, apenas 15% dos mesmos diz que a tem. Isto significa que, na larga maioria dos hospitais, a partir de uma certa hora, não existe ninguém da empresa de *outsourcing* adjudicatária, que se encontre escalado para executar qualquer tarefa de limpeza que seja necessária e urgente. Ora, se tal não acontece terá necessariamente que ser o Pessoal Auxiliar de Acção Médica a efectuá-la.

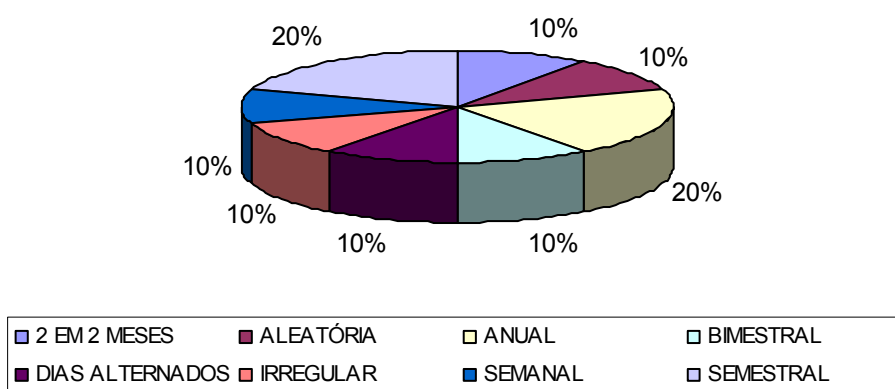


Uma frequência de 31 hospitais disse que tem **auditorias internas** para avaliar a execução da prestação de serviços de limpeza, enquanto que uma frequência de 16 hospitais disse que não dispõe deste recurso.

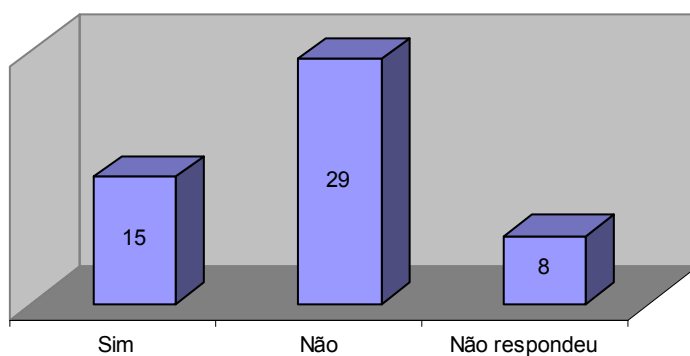


Para aqueles que responderam que tinham auditorias internas, a **periodicidade** identificada que tem o maior peso é a trimestral com 32%. Sendo que 23% dos hospitais disse ter auditorias internas mensais e 13% diárias. Há, contudo, outras periodicidades de menor peso e que vêm referidas no gráfico abaixo representado.

Periodicidade auditorias internas - Outra

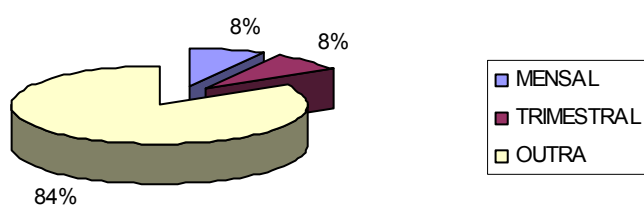


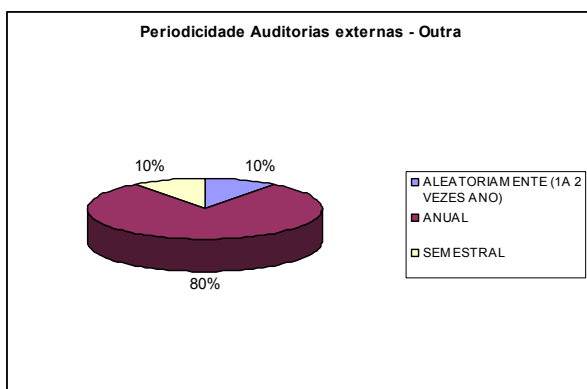
Auditorias externas



Uma frequência de 29 hospitais disse que não tem **auditorias externas**, enquanto que uma frequência de 15 hospitais refere que as tem, sendo muito variada a sua **periodicidade** (mensal, trimestral – com uma percentagem de 8% cada – e, dentro de outra periodicidade, esta com uma percentagem de 84%, é referida essencialmente a anual, mas também a semestral e a 1 ou 2 vezes por ano).

Periodicidade Auditorias externas



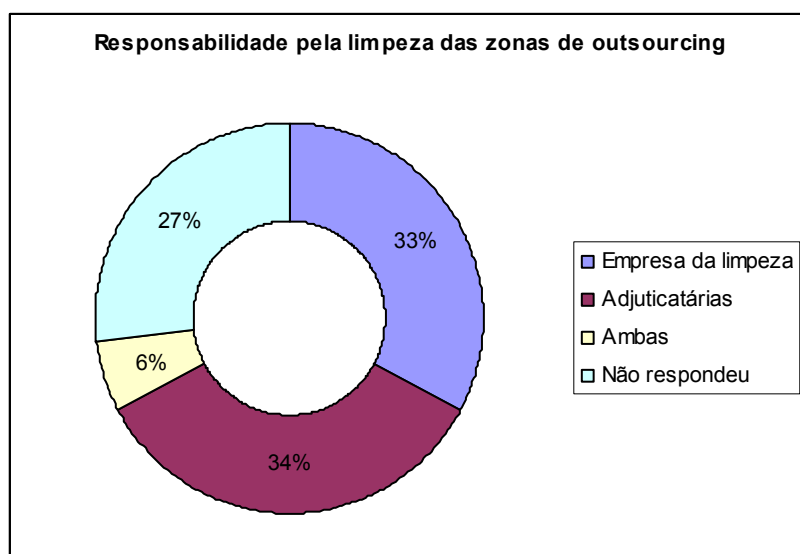


Valor do contrato (S/ IVA) - valor em euros

	Média	Máximo	Mínimo
	237.951€	1.105.800€	4.575€
N.º camas	50	396	59
Rácio €/cama	4.759,02€	2.792, 40€	77,50€

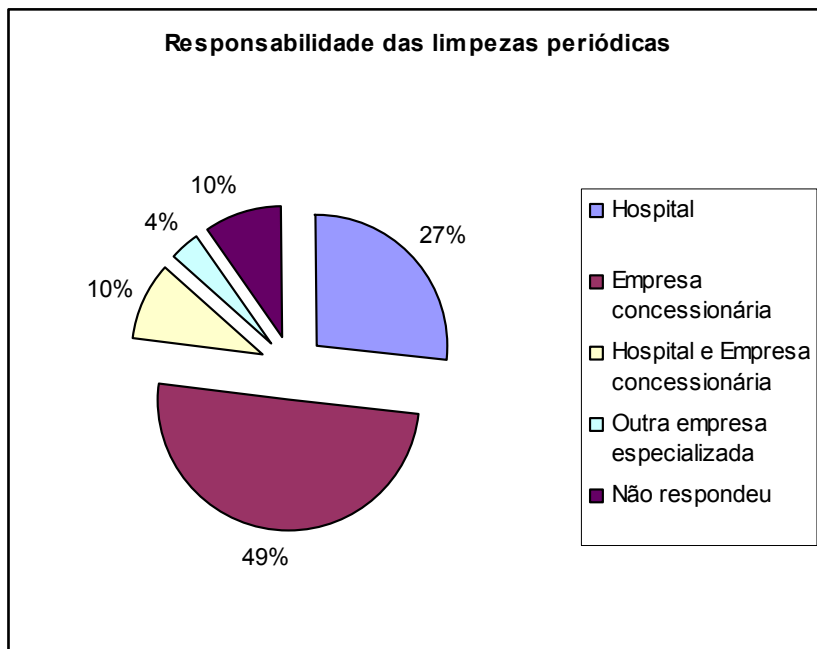
Denota-se que **o valor dos contratos** é muito variado, sendo o valor médio em euros de 237.951€. Procurámos elaborar um rácio/cama em termos de custos da seguinte forma:

- . na Média utilizámos a média de camas dos hospitais que responderam por hospital, ou seja, 2.607 camas/52 hospitais que responderam ao inquérito.
- . no Máximo, dividimos o valor de 1.105.800€ pela lotação desse hospital, segundo a base de dados (386).
- . no Mínimo, utilizámos o mesmo raciocínio, fazendo o quociente entre o valor de 4.575€ e a lotação do hospital correspondente que é 59 camas.



Perguntámos aos hospitais quem executava **a limpeza das outras zonas de outsourcing**, onde funcionam as outras prestações de serviços que não a

Higiene e Limpeza, tal como a Alimentação e Dietética e Segurança e responderam o que se apresenta no gráfico acima representado. Ou seja, numa percentagem de 33% é sempre a empresa responsável pela Higiene e Limpeza e numa percentagem de 34% são as respectivas empresas adjudicatárias.

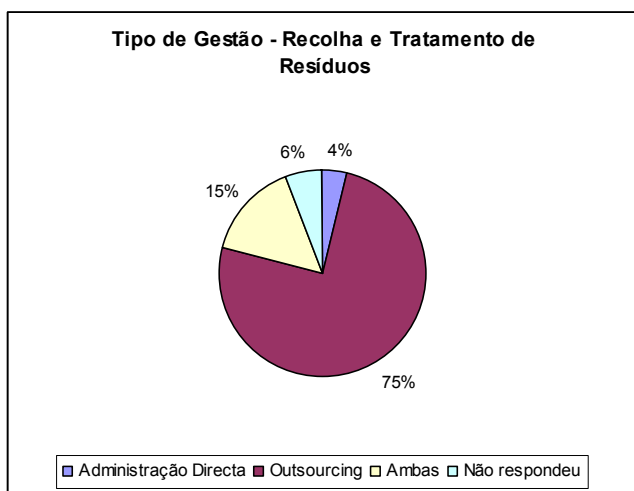


Relativamente à responsabilidade da efectivação **das limpezas periódicas**, 49% dos hospitais respondeu que estão a cargo da empresa concessionária e 27% respondeu que estão a cargo do hospital.

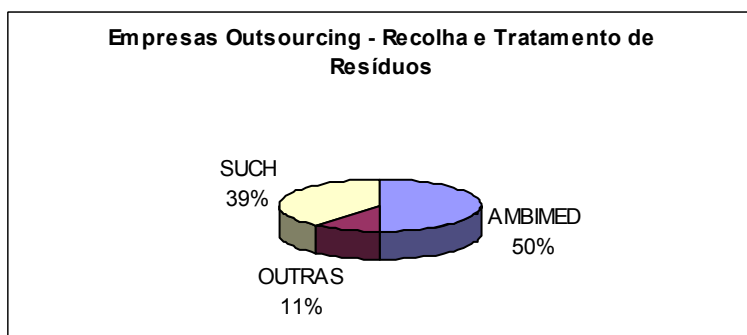
5 – RECOLHA E TRATAMENTO DE RESÍDUOS

O Objectivo deste serviço é o seguinte:

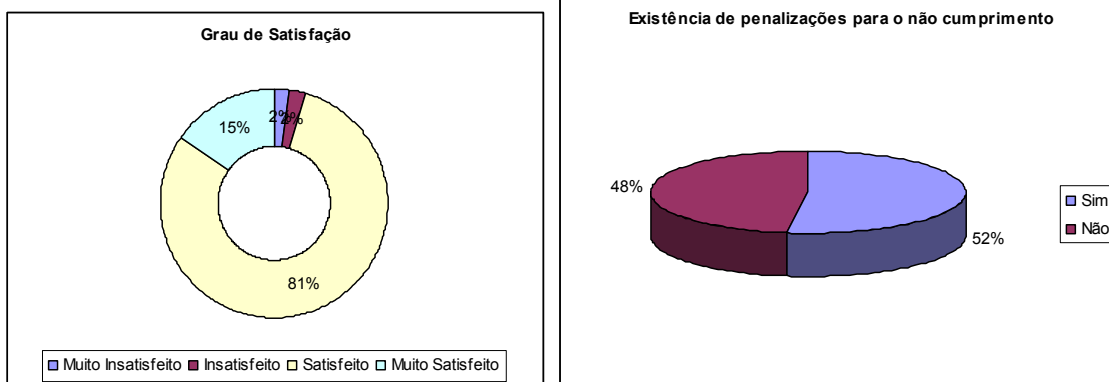
- 1) Recolha, transporte e de tratamento de resíduos sólidos hospitalares de risco biológico (Grupo III) e específicos (Grupo IV) e resíduos líquidos perigosos;
- 2) Recolha intra hospitalar do local de produção ao local de armazenagem (resíduos dos Grupos III e IV, resíduos líquidos perigosos,) e do local de produção aos contentores de resíduos sólidos urbanos (RSU) / ecopontos (resíduos dos Grupos I e II e resíduos valorizáveis).



Como se verifica, **o tipo de gestão** predominante da Recolha e Tratamento de Resíduos é o *Outsourcing* com 75%.



A **empresa de Outsourcing** maioritária no que toca a esta área é a Ambimed com 50% das respostas dos hospitais, tendo o SUCH uma fatia de 39% e cabendo 11% a outras empresas menores.



Como se verifica, o **grau de satisfação** é extremamente elevado, com uma percentagem de 81% na categoria de Satisfeito e 15% da categoria de Muito Satisfeito, o que significa que estas empresas funcionam bastante bem.

Apesar da forma de funcionamento ser boa, isso não invalida que os Cadernos de Encargos não prevejam um **sistema de penalizações** para os casos de incumprimento do contratado. Assim, o que os hospitais manifestam sobre este aspecto afigura-se muito dicotómico, com 52% para o caso do Sim e 48% para o caso do Não.

Exemplos de penalizações podem ser as seguintes:

1- No que se refere a eventuais penalizações que sejam consequência da avaliação de resultados, o valor daquelas será encontrado através da aplicação de uma taxa sobre o custo do Tratamento e Gestão de Resíduos Hospitalares, e respeitante a três meses.

2- Análise das Reclamações: Cada gestor de resíduos dos serviços onde são recolhidos os mesmos, poderá emitir reclamações. O Grupo Técnico de Avaliação fará a sua análise consoante a seguinte tabela:

AVALIAÇÃO EM PONTOS (n.º de reclamações)	TAXA A APLICAR
1	0%
2	0%
3	4%
4	10%
5	20%

(A cada n.º de reclamações ou intervalo que se definir, haverá uma taxa correspondente sobre o valor da factura)

3- Caso, no âmbito da avaliação de recursos (quando aplicável), sejam identificadas diferenças entre a efectiva afectação de meios humanos face à

contratada (nº de horas de trabalho diárias), haverá lugar à dedução do valor das mesmas, que resulta da aplicação da seguinte fórmula:

$$\text{Nº de horas (contratadas - efectuadas)} \times \text{valor/hora}$$

Nota: O valor hora será calculado através do valor do preço proposto para o serviço de recolha interna dividido pelo nº de horas totais mensais afectas ao contrato.

4- Quando na avaliação dos equipamentos (balanças, carros de transporte, contentores, etc.), sejam detectadas diferenças entre a afectação de meios mecânicos à prestação de serviços e os contratados, e se essa diferença se reflectir na qualidade do desempenho haverá lugar a uma penalização sobre a parcela da factura mensal, sem IVA, respeitante ao serviço em causa, cujo valor resulta da aplicação da seguinte fórmula:

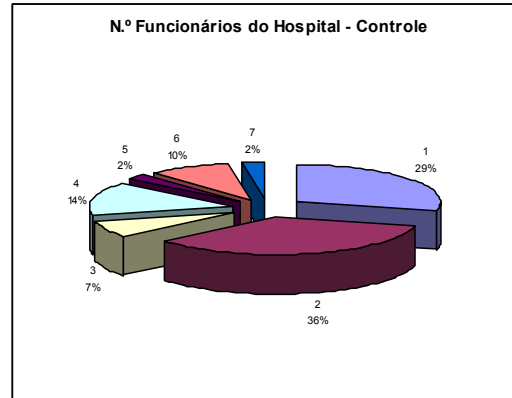
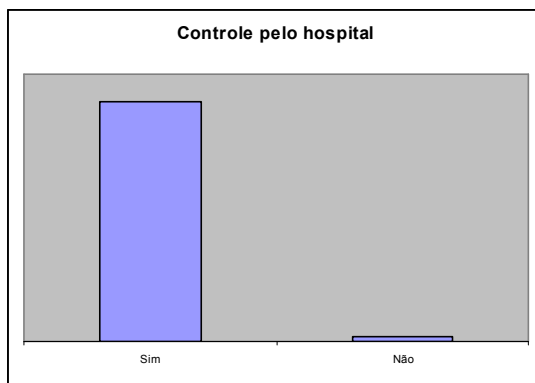
$$\text{Nº de Equipamentos (Contratados - Existentes)} \times \text{Valor da Amortização dos Equipamentos}$$

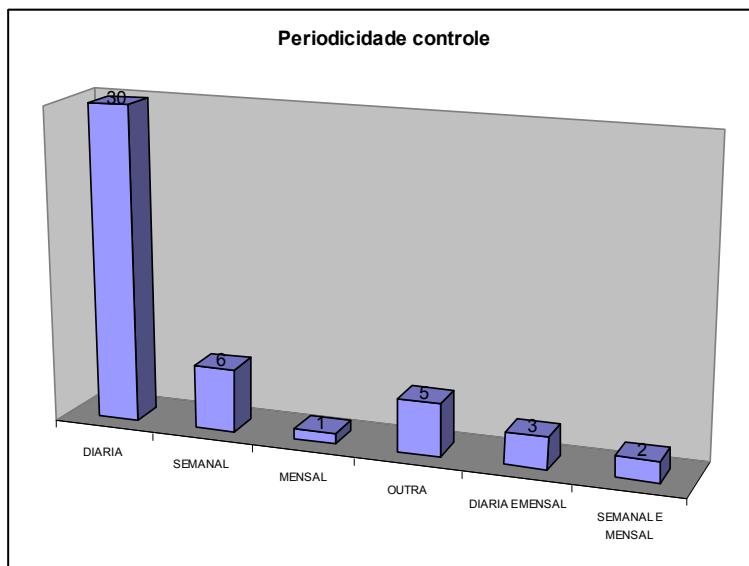
5- O incumprimento do fornecimento atempado dos contentores originará as seguintes sanções:

1ª Reclamação - Advertência Oral

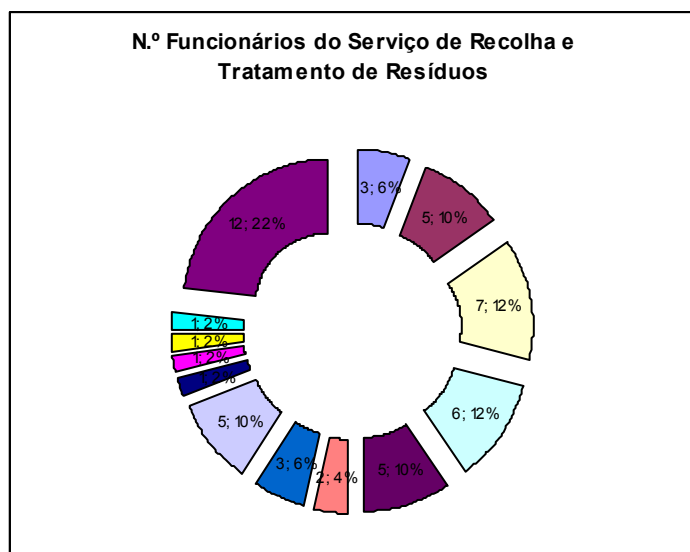
2ª Reclamação - Advertência Escrita

3ª Reclamação - 1,5% sobre a facturação mensal da unidade a que respeita a reclamação.

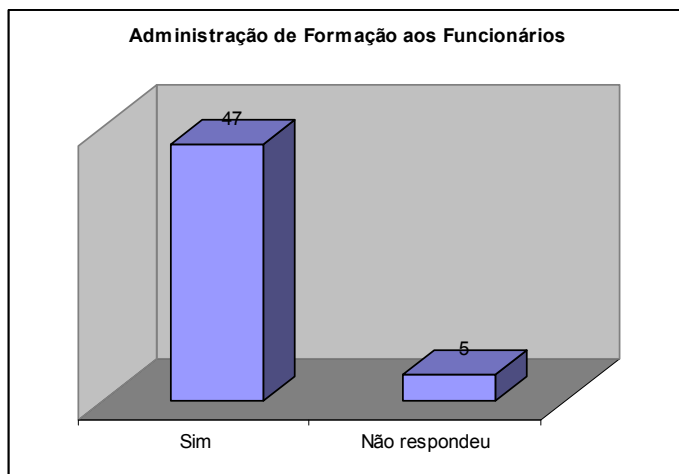




A quase totalidade dos hospitais disse que a instituição **controla** estas empresas, essencialmente com 1 ou 2 funcionários para o efeito, numa percentagem de 29% e 36%, respectivamente, sendo a periodicidade que se destaca, a diária.

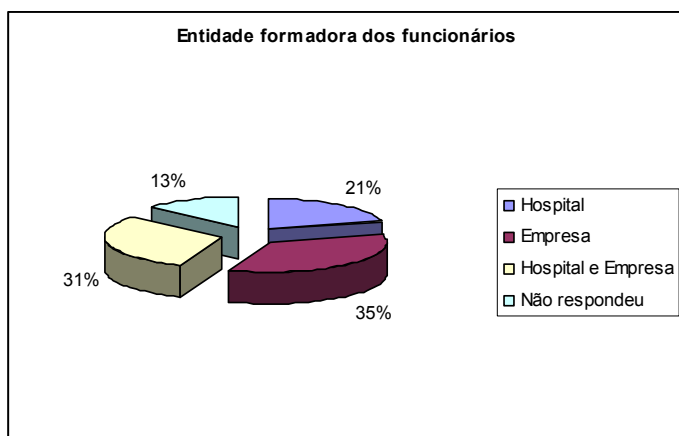


O **número de funcionários** que fazem a recolha intra-hospitalar dos resíduos de todos os grupos varia bastante, certamente sendo um dos critérios a dimensão do hospital. Destaca-se o número de 12 funcionários com 22%.



Dos 52 hospitais que responderam ao inquérito, 47 disse que se administra **formação** nesta área aos funcionários.

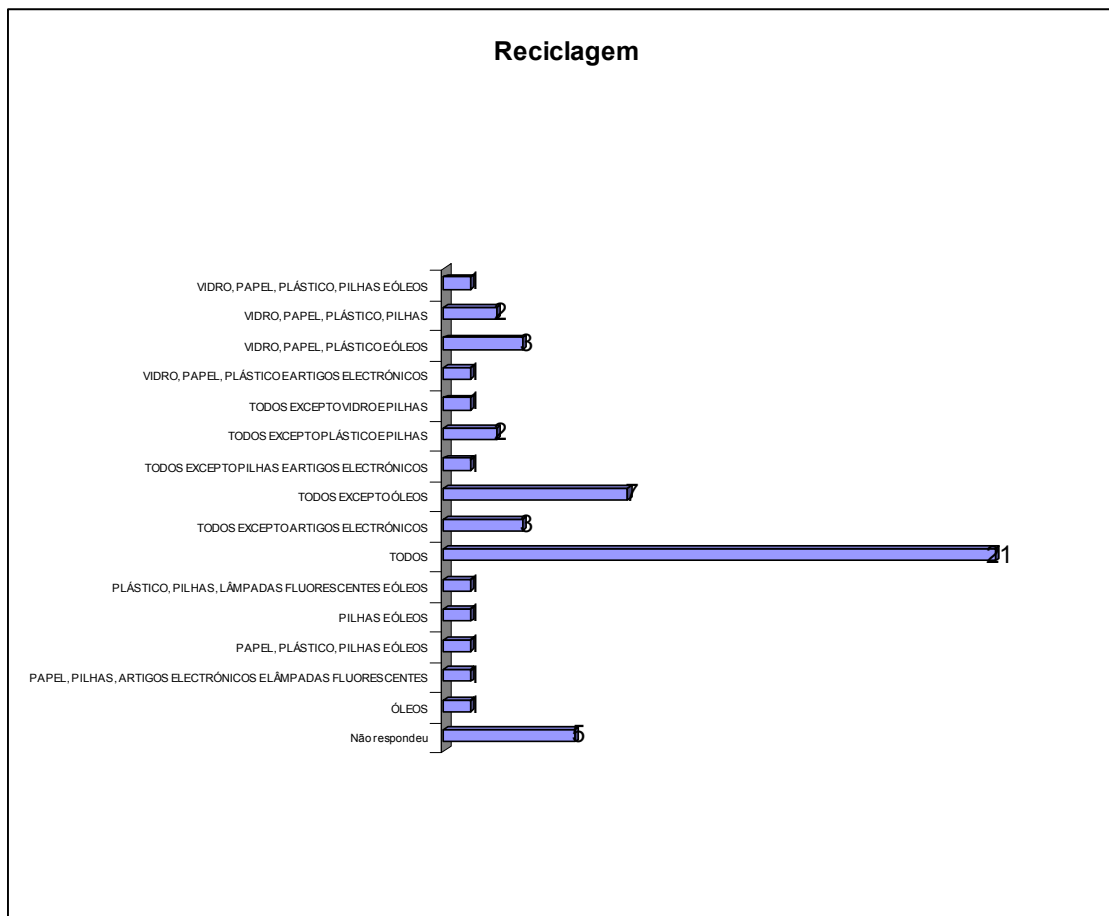
A **entidade formadora** é em 35% a empresa adjudicatária, em 21% o hospital e em 31% ambos.



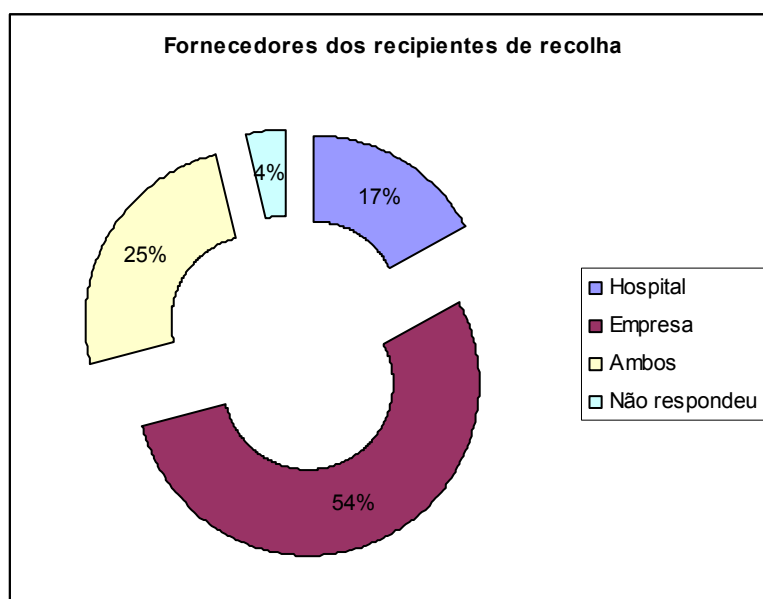
Respostas mais frequentes

	n.º de recolhas por dia	Periodicidade
Grupo I	1 ou 2	Diária
Grupo II	1 ou 2	Diária
Grupo III	1 ou 2	Diária
Grupo IV	1 ou 2	Diária

Verifica-se que, em qualquer dos grupos de resíduos, as respostas mais frequentes quanto ao **número de recolhas** é a diária ou bidiária.



No que reporta **à reciclagem**, 21 hospitais referem que a praticam com todo o tipo de resíduos recicláveis. Alguns hospitais dizem que reciclam todos excepto pilhas ou vidros ou plásticos, ou material electrónico. Os restantes hospitais reciclam apenas alguns tipos de resíduos.



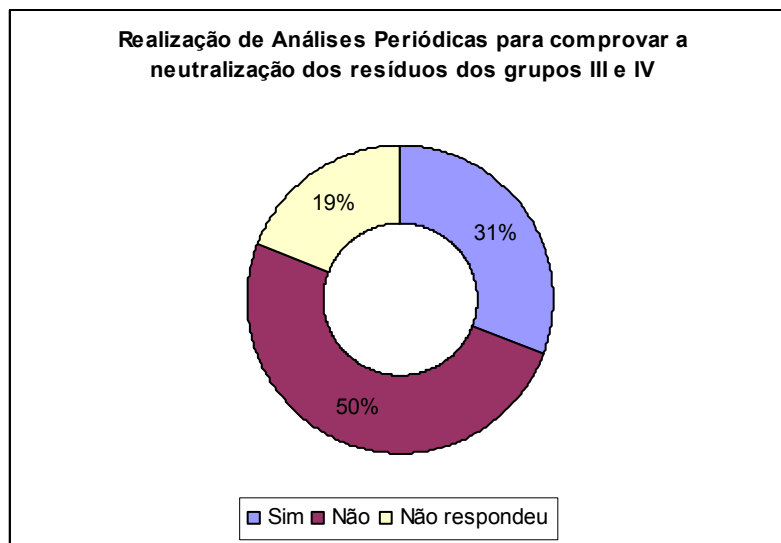
A maioria dos hospitais refere que o **fornecimento dos recipientes de recolha** é feito pela empresa adjudicatária, com uma percentagem de 54%; 17% dos mesmos diz que é o hospital que os fornece e, 25% diz que são

ambos. Neste último caso, o mais normal é que seja o hospital a fornecer os recipientes de corto-perfurantes e os outros a empresa.

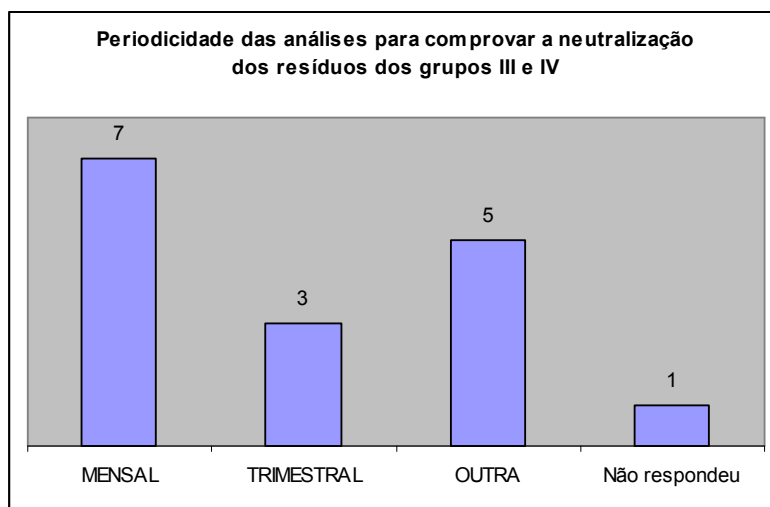
O acondicionamento nos recipientes de recolha deve ocorrer no local de produção, de modo a permitir uma identificação clara da sua origem e do grupo, obedecendo aos seguintes critérios:

- a) Os resíduos dos Grupos I e II são acondicionados em saco de polietileno transparente, impresso a preto, e posteriormente depositados em contentores de 120L e 240L;
- b) Os resíduos do Grupo III são acondicionados em saco de polietileno transparente, impresso a branco, e posteriormente depositados em contentores de transporte, devidamente homologados. (Devido aos hábitos instituídos pelos profissionais das unidades produtoras, os contentores do Grupo III deverão respeitar o código de cores já existentes, neste caso verde);
- c) Os resíduos do Grupo IV – objectos cortantes e perfurantes – são acondicionados em contentores de polietileno, imperfuráveis e resistentes e os restantes resíduos do Grupo IV (medicamentos fora de prazo, placentas e resíduos resultantes da preparação e administração de citostáticos) são acondicionados em saco de plástico vermelho e posteriormente colocados em contentores de transporte, devidamente homologados. (Devido aos hábitos instituídos pelos profissionais das unidades produtoras, os contentores do Grupo IV deverão respeitar o código de cores já existentes, neste caso amarelo e vermelho);
- d) Resíduos Perigosos em estado líquido:
 - O acondicionamento dos resíduos perigosos em estado líquido será feito em contentores descartáveis;
 - Os contentores vazios distribuídos (de 5l, 10l, 25l) devem ter um rótulo (limpo) para que o serviço/unidade produtora possa identificar o resíduo (designação química) acondicionado no contentor;
 - Os resíduos perigosos em estado líquido deverão ser acondicionados em recipientes resistentes e estanques, com capacidade máxima de 25 litros. Este facto prende-se com a necessidade de acautelar as normas de segurança implícitas no manuseamento de cargas perigosas;
 - O acondicionamento dos resíduos perigosos em estado líquido, nos recipientes, deverá ser feito individualmente para cada grupo de resíduos químicos (respeitando a classificação estabelecida anteriormente);

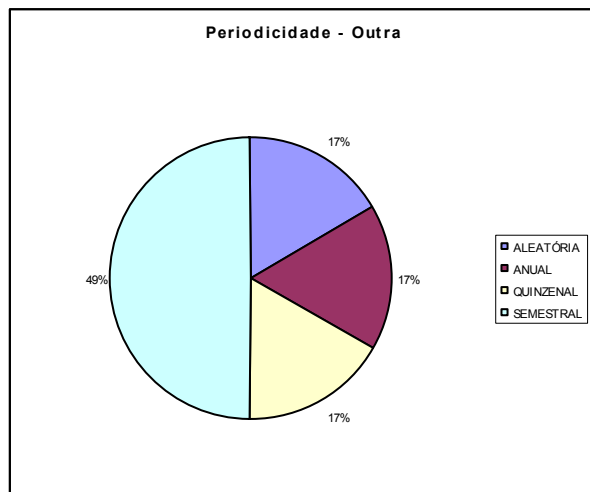
- e) O acondicionamento de materiais citostáticos e citotóxicos deverá ser realizado em contentores de uso único, que funcionará como contentor de deposição, transporte e eliminação.



Relativamente à realização de **análises periódicas para comprovar a neutralização dos resíduos**, 50% dos hospitais diz que não é feita, enquanto 31% refere que sim.



Aqueles que responderam afirmativamente referem quer a periodicidade mensal (7), quer a trimestral (3), quer outra (5), variando estas entre a aleatória, a anual, a quinzenal e a semestral.



Valor mensal de 2007 (S/ IVA) - valores em euros

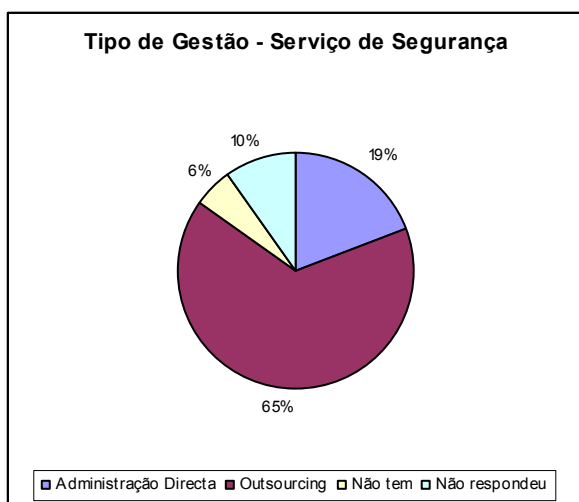
Média	Máximo	Mínimo
19.213	293.543	830

O valor mensal dos contratos varia entre 830€ e os 293.543€, sendo a média de 19.213€.

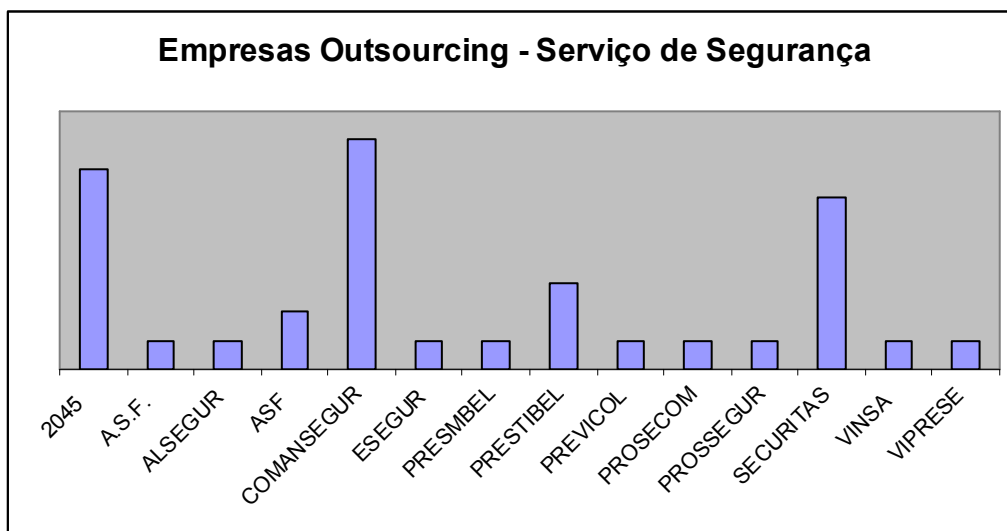
6 – SERVIÇO DE SEGURANÇA E VIGILÂNCIA

O objectivo do Serviço de Segurança e Vigilância, que compreende períodos de serviço em permanência contínua, descontínua e em vigilância móvel, é o seguinte:

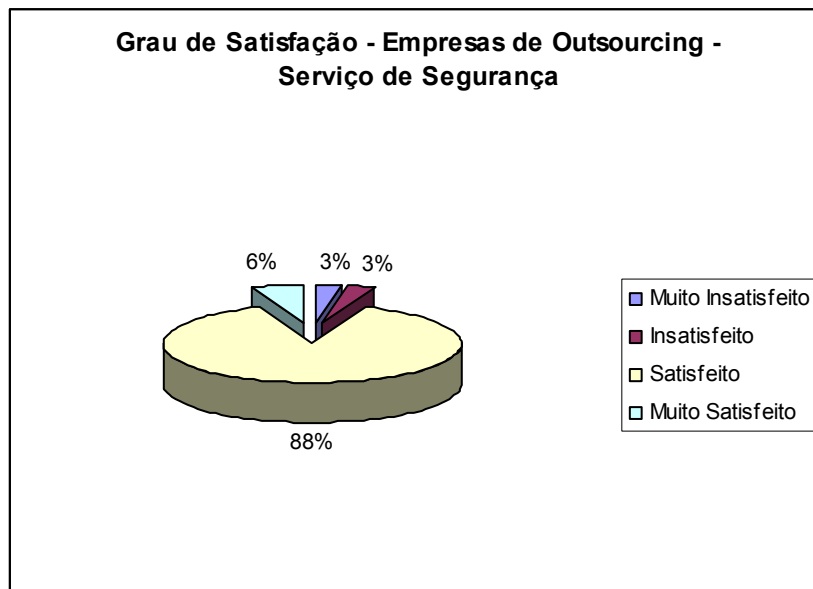
- Segurança de bens e pessoas no interior do “*campus* hospitalar”;
- Vigilância das portarias, cerca e edifícios;
- Controlo de entradas e saídas de pessoas e viaturas;



O **tipo de gestão** do serviço de segurança mais praticado é o *Outsourcing* com uma percentagem de 65%, encontrando-se apenas 19% dos hospitais que responderam em regime de Administração Directa.



Como se pode observar são muitas as **empresas de segurança** que operam no sector da saúde, destacando-se a Comansegur, a 2045 e a Securitas.



O **grau de satisfação** é extremamente elevado com 88% para a categoria de Satisfeito e 6% para a categoria de Muito Satisfeito, o que revela que, genericamente, estas empresas funcionam bem, agradando às entidades adjudicantes.



Uma percentagem de 76% dos hospitais refere a **existência de penalizações** para os casos de incumprimento do contrato, enquanto que os restantes 24% não as tem.

Exemplos de penalizações são os seguintes:

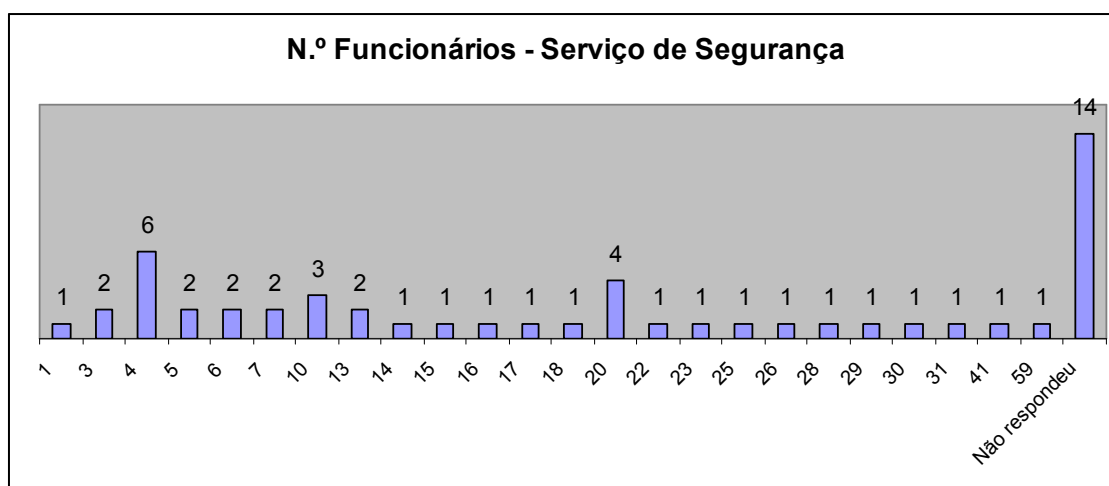
- 1- No caso de incumprimento dos prazos fixados no contrato, pessoal em número inferior ao previsto, horas não realizadas e outras falhas imputáveis ao adjudicatário, será aplicada uma penalidade, calculada de acordo com a seguinte fórmula:

$$P = V \times A / 3500$$

- P correspondente ao montante da penalidade;

- V é igual ao valor mensal da prestação do serviço;
- A o número de horas de serviço não prestado/realizado;

- 2- O adjudicatário será penalizado quando, no Parque de Estacionamento se verificar:
 - a) carros sem cartão no tablier;
 - b) carros estacionados em zonas proibidas.
- 3- O adjudicatário será penalizado quando não for apresentado o Relatório sobre o serviço de Segurança e Vigilância em 20% do valor do vencimento do Encarregado, por cada dia em que tal aconteça.
- 4- O adjudicatário será penalizado sempre que se encontrem nos serviços de internamento visitas sem cartão.
- 5- Quando houver trabalhos ocasionais, por cada hora de atraso, terá lugar uma penalidade de 100% do valor horário relativo à prestação desses serviços.



O **número de funcionários** de serviço à Segurança é muito dispare, variando entre o 1 e o 59, ambos em número de 1 hospital. As maiores frequências encontram-se nos 4 e 20 trabalhadores, com 6 e 4 hospitais respectivamente.

Valor do contrato em 2007 (S/ IVA) - valores em euros

Média	Máximo	Mínimo
164964	437000	5000

O **valor dos contratos** é igualmente muito dispare, sendo o mínimo de 5.000€, o máximo de 437.000€ e a média de 164.964€

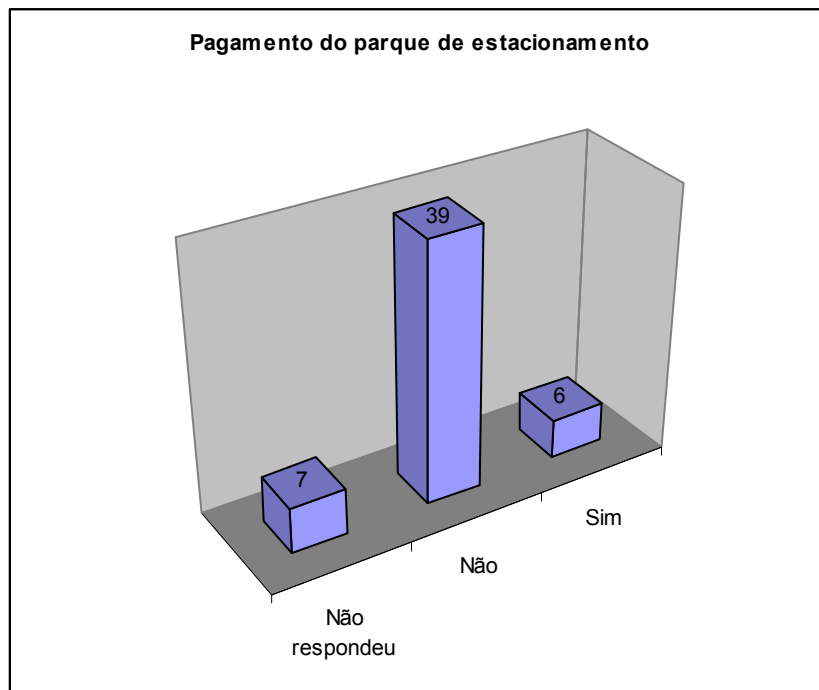
Horários mais referidos

Porta Principal	24H
Hall de entrada	A MAIORIA NÃO RESPONDEU; 24H
Urgência	24H
Portas secundárias de acesso	A MAIORIA NÃO RESPONDEU; 7H30 Às 20H
Ronda Móvel	A MAIORIA NÃO RESPONDEU; 24H

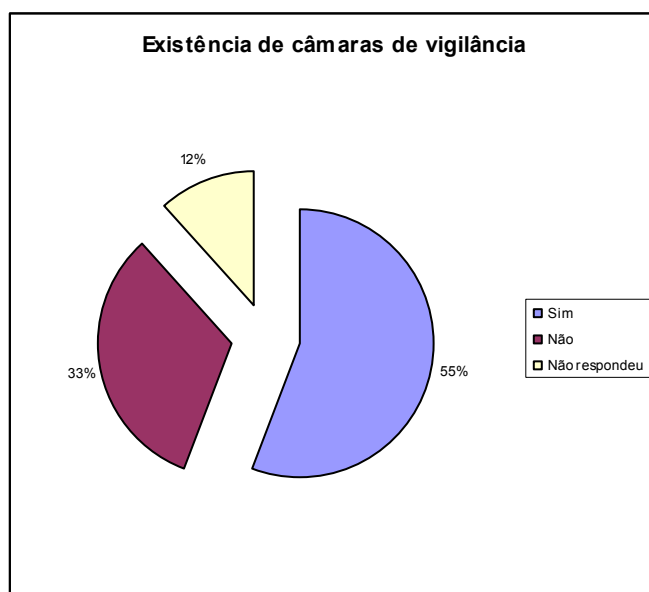
Os **horários** mais referidos na existência dos serviços de segurança são as 24 horas na Porta Principal e as 24 horas na Porta do Serviço de Urgência.



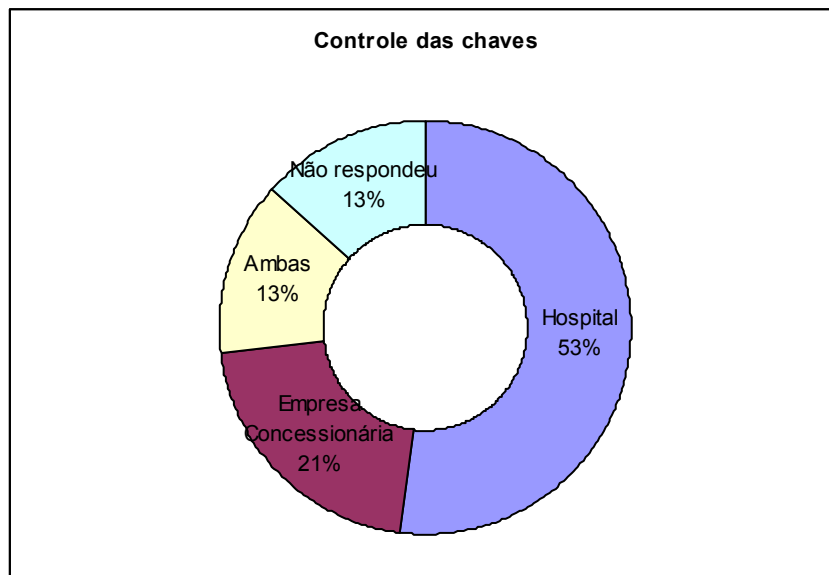
Periodicidade de marcação - Ronda Móvel	Respostas
0	1
3	2
1 HORA	1
1 NOCTURNA	1
1 X DIA	1
2 EM 2 HORAS	1
2 POR DIA	1
2H	1
2X DIA	1
4 EM 4 HORAS	1
4X DIA	1



Verifica-se que, em Portugal, não há ainda a cultura de **pagamento dos parques de estacionamento dos hospitais**, tendo 39 dos mesmos respondido que aqueles não são pagos. A tendência é para que passem a sê-lo, tendo já 6 instituições respondido que sim.

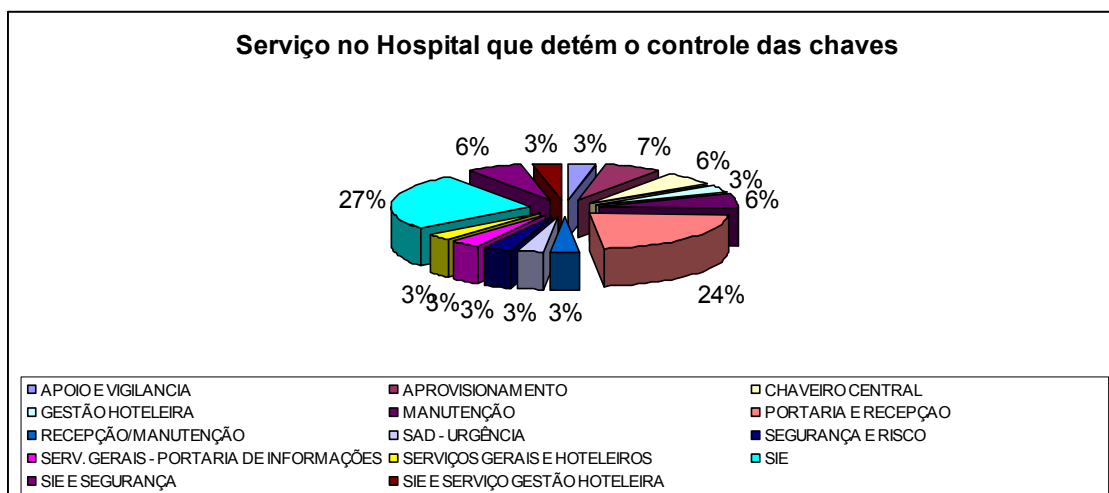


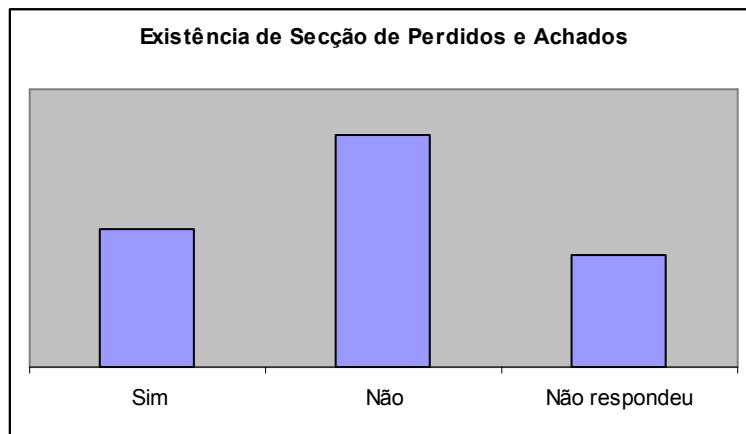
Uma percentagem de 55% dos hospitais disse que já possui **câmaras de vigilância** e 33% disse que não.



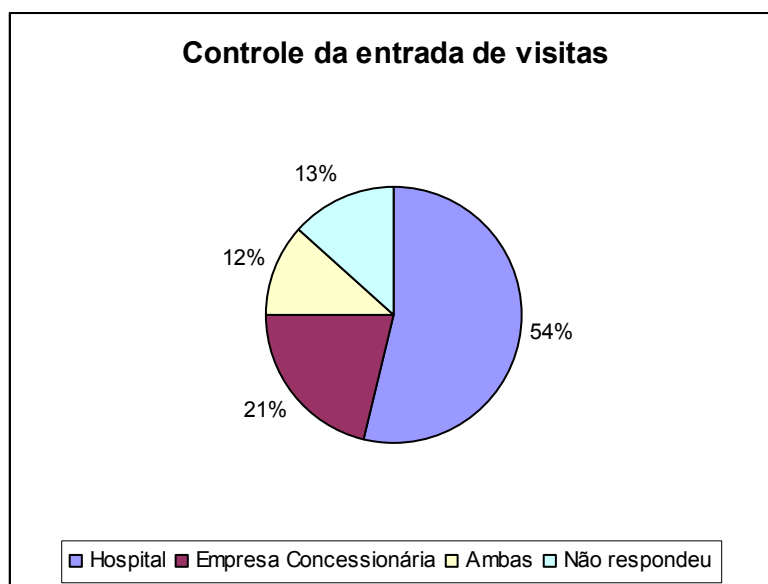
Quem maioritariamente **controla as chaves** é o próprio hospital, com um peso de 53%, ficando 21% dessa incumbência para a empresa concessionária.

Há alguma variedade de **serviços com esta função de controlar as chaves**, de hospital para hospital, sendo os de maior peso o Serviço de Instalações e Equipamentos com 27% e a Portaria/Recepção com 24%.





Maioritariamente não existe uma **Secção para Perdidos e Achados**, embora alguns hospitais refiram a sua existência.



É também maioritariamente o próprio hospital quem detém o **controlo da entrada de visitas**, com 54%, cabendo um peso de 21% à empresa que se encontra responsável pela Segurança.

7 – Conclusões

O presente estudo permite concluir que os Hospitais se encontram concentrados no Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo, com 84% da capacidade instalada a nível nacional (incluindo as regiões autónomas), o que corresponde exactamente ao peso da população dessas regiões no total do país.

Apesar de 46,5% das instituições serem particulares, apenas se obtiveram 13% de respostas destas instituições, sendo portanto, os restantes 87% da responsabilidade dos Hospitais públicos (EPE e SPA).

Em termos gerais conclui-se que as instituições, na sua maioria, numa percentagem que varia de 57% a 81%, conforme o tipo de serviço adjudicado, optou pelo *outsourcing* e que como meio de controlo e regulação têm vindo a optar pela aplicação de penalizações, o que também já ocorre na maioria das instituições.

Em termos de preço, apenas foi possível comparar os custos da alimentação e da Lavandaria, visto uma das limitações do estudo, identificadas, ter sido a ausência, no inquérito, da questão relativa ao número de horas contratadas para a limpeza e segurança. Estes indicadores, embora não traduzam directamente a qualidade do serviço prestado, serviriam no entanto para aferir as variações de preços entre os diferentes tipos de gestão.

Assim, apenas foi possível constatar que em termos de alimentação os SPA são os que apresentam um preço médio mais baixo e os privados o mais elevado, invertendo-se por completo este panorama, quando analisados os preços do serviço de lavandaria.

Quanto ao grau de satisfação, conclui-se que as instituições estão maioritariamente satisfeitas com os serviços prestados apesar de se verificarem em algumas áreas ou empresas graus de insatisfação elevados. Por outro lado, verifica-se também que em relação ao SUCH, apesar de ser a empresa mais representativa em termos de alimentação e lavandaria apresenta níveis de insatisfação relativamente elevados face a outras empresas da concorrência o que não deixa de ser incoerente e pode indiciar

um grau de exigência relativamente a esta empresa visto ter mais de 40 anos de experiência na saúde e ser, como o nome indica, os “Serviços de Utilização Comuns dos Hospitais”.

O futuro da Hotelaria Hospitalar em Portugal parece estar intimamente ligado ao *outsourcing*, sendo por isso importante o, já referido, reforço do meios de controlo e penalização, em particular por via de auditorias internas.

Parece, também, importante a criação de mecanismos de *Benchmarking* com vista à harmonização de preços, em particular nos Hospitais Públicos (EPE e SPA) criando-se, desta forma, outro poder e base negocial com as empresas prestadoras de serviços.