

# hoteleira & saúde

REVISTA TÉCNICA DE HOTELARIA NA SAÚDE

1

(DES)NUTRIÇÃO

LIMPEZA E HIGIENE

GESTÃO DE RESÍDUOS

GUIA DE ROUPA HOSPITALAR

SEGURANÇA, UM BEM ESSENCIAL

Maria João Lino da Silva

**APHH: uma força na Hotelaria Hospitalar**

NÚMERO 1 // JANEIRO - JUNHO 2012 // 5€





# Associação Portuguesa de Hotelaria Hospitalar



ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO



SEGURANÇA E VIGILÂNCIA



TRATAMENTO DE ROUPA



RESÍDUOS HOSPITALARES



HIGIENE E LIMPEZA

## JUNTOS VAMOS ACRESCENTAR VALOR À SAÚDE EM PORTUGAL

Anuidade: Sócios individuais 30€ | Sócios coletivos 300€

Mais informação e inscrições em [www.aphh.pt](http://www.aphh.pt)



# Lançamento da Hotelaria & Saúde



Diretor da Hotelaria & Saúde Alexandre Duarte

No início deste ano a Direção da **Associação Portuguesa de Hotelaria Hospitalar (APHH)**, deliberou avançar com um projeto editorial, tendo assumido o compromisso de editar uma revista técnico-científica dedicada à hotelaria no setor da saúde até ao final do primeiro semestre de 2012.

A edição deste primeiro número, foi sem dúvida alguma um desafio estimulante, e foi sobretudo, fruto do empenho e dedicação de alguns dos sócios fundadores da APHH bem como de toda a equipa editorial da revista.

Para a sua concretização, contamos ainda com a colaboração de prestigiados autores e de um conjunto alargado de entidades, associações, operadores e parceiros do setor da saúde e, em especial da área hoteleira, sem os quais não seria, nem será possível continuar a dinamizar este projeto.

A revista **Hotelaria & Saúde** abordará temas relacionados com as áreas e funções chave da hotelaria no contexto dos cuidados de saúde, e em particular na vertente da hotelaria hospitalar, designadamente: Alimentação, Dietética e (des)Nutrição, Higiene e Limpeza, Gestão de Resíduos Hospitalares, Tratamento de Roupas e Segurança e Vigilância, havendo naturalmente espaço para serem tratados outros temas afins às amenidades e prestações hoteleiras presentes no quotidiano das unidades prestadoras de cuidados de saúde do sistema de saúde português, tais como a incorporação das TIC na área hoteleira, as telecomunicações, o *vending* ou a concessão e exploração de espaços/áreas comuns (bares, quiosques, cabeleireiros, papelarias, floristas, estacionamento, etc). É nosso

objetivo impulsionar a partilha de conhecimento e a divulgação de boas práticas entre os diversos profissionais da área hoteleira e da saúde, designadamente aqueles com responsabilidades de gestão, procurando deste modo contribuir para a criação de sinergias entre eles e para a melhoria do seu desempenho e da sua qualificação profissional e apresentando soluções e instrumentos eficientes e inovadores, num contexto de complexidade crescente e em que a mudança e a melhoria contínua se impõem como uma necessidade e uma oportunidade.

Para além disso, pretendemos ter uma abrangência alargada, que não se restrinja somente à realidade hospitalar, procurando também incluir um conjunto diversificado de temáticas, sejam elas de natureza generalista ou mais específica, existentes nos vários níveis de prestação de cuidados e nos diferentes setores da saúde: público, privado e social.

A fim de facilitar a sua divulgação e acessibilidade, e para além da edição em suporte de papel, esta primeira edição também estará disponível em formato digital, podendo ser consultada em **www.aphh.com**, local onde também poderá conhecer melhor a nossa Associação.

A APHH, aproveita ainda para agradecer as inúmeras opiniões, sugestões e manifestações de apoio que recebeu ao longo dos últimos meses, por parte de todos os que, de forma direta ou indireta, a título individual ou coletivo, colaboraram connosco e que sempre se mostraram disponíveis para dar o seu contributo.



## hotelaria & saúde

### Comunicado aos Leitores!

Se é um **profissional** numa unidade de saúde faça parte do futuro da hotelaria e saúde, enviando **questões, sugestões, artigos**.

Se representa uma **empresa** comunique com os seus clientes através da revista. Além de questões, sugestões, artigos, envie-nos **novidades, lançamentos e anuncie** os seus produtos.

[hs@engenhoemedia.pt](mailto:hs@engenhoemedia.pt)  
[www.hotelariaesaude.pt](http://www.hotelariaesaude.pt)

Hotelaria & Saúde  
O 1º órgão de comunicação dos profissionais da hotelaria na saúde em Portugal!

**DIRETOR**  
Alexandre Duarte

**DIRETORA EXECUTIVA**  
Carla Santos Silva  
carla.silva@engenhoemedia.pt

**CONSELHO EDITORIAL**  
Augusta Morgado  
Bruno Kohaupt  
Filomena Fernandes  
Maria João Lino da Silva

**REDAÇÃO**  
Joana Correia  
redacao@engenhoemedia.pt

**MARKETING E PUBLICIDADE**  
Vera Oliveira  
v.oliveira@engenhoemedia.pt

**PROPRIEDADE, EDIÇÃO,  
REDAÇÃO E IMPRESSÃO**  
Engenho e Média, Lda  
Grupo Publicindústria  
Praça da Corujeira, 38  
4300-144 Porto - Portugal  
Tel. 225 899 625 | Fax 225 899 629  
info@engenhoemedia.pt  
www.engenhoemedia.pt  
Conservatória do Registo Predial  
do Porto  
NIF 509267416

**GRAFISMO**  
Ana Pereira  
em colaboração com Publindústria

**ASSINATURA ANUAL** 20€  
**TIRAGEM** 3000 exemplares

**ISSN**  
1645 - 9431

**IMAGEM CAPA**  
© auremar

**APOIO AO CLIENTE**  
apoioaocliente@engenhoemedia.pt

**PARTICIPAÇÕES ESPECIAIS  
NESTE NÚMERO**

Anabela Santiago  
Ángela Mendes  
Bruno Kohaupt  
Carla Mendes  
Carlos José Cadavez  
Denise Cury  
Elaine Pina  
Francisco Afonso Medeiros  
Luís R.C. Matos  
Luís Silva  
Maria João Lino da Silva  
Marta Rodrigues  
Paco Lamelas  
Patrícia Silva

Ricardo Ferreira  
Rosário Rodrigues  
Suzete Cardoso  
Teresa F. Amaral  
Teresa Gomes

A revista Hotelaria & Saúde tem a direção editorial da Associação Portuguesa de Hotelaria Hospitalar



## Editorial

**1 Lançamento da Hotelaria & Saúde**  
» Alexandre Duarte

## Entrevista

**4 Maria João Lino da Silva**  
Presidente da APHH

## Alimentação, Nutrição e Dietética

**10 A desnutrição**  
importância da sua prevenção  
» Teresa F. Amaral e Luís R. C. Matos

**12 Alimentação**  
Evolução da satisfação de doentes  
numa Unidade Hospitalar  
» Carlos José Cadavez, Rosário Rodrigues,  
Teresa Gomes, Denise Cury e Patrícia Silva

## 16 Soluções

## Higiene e Limpeza

**18 Métodos de avaliação**  
de limpeza de superfícies  
» Elaine Pina

**22 A limpeza e higiene hospitalar**  
num grande centro hospitalar  
evolução dos últimos anos  
» Marta Rodrigues

## 25 Soluções

## Resíduos Hospitalares

**26 A gestão dos resíduos**  
hospitalares no contexto do  
atual quadro legal  
» Anabela Santiago

## 30 Soluções



4

## Tratamento de Roupa

**31 Guia de roupa hospitalar**  
Um projeto de ajuda à hotelaria  
hospitalar portuguesa  
» Carla F. Mendes e Ângela Mendes

## 34 Soluções

## Segurança e Vigilância

**36 Segurança ...**  
um bem imanente ao Ser Humano  
» Ricardo Ferreira

**38 Estratégias de evacuação**  
em edifícios hospitalares  
» Francisco Medeiros

**40 Entrevista: Luís Silva**  
Gestor de Filial  
Vigilância Especializada da Securitas

## 42 Notícias

## Vending

**46 Qualidade no vending**  
» Bruno Kohaupt

## Gestão

**48 Prestação de serviços**  
dificuldades atuais na contratação  
» Paco Lamelas

## Opinião

**50 Prestação hoteleira**  
nas Misericórdias  
» Suzete Cardoso

## 51 Estante

## 52 Eventos



10



itau  
previne



# Segurança alimentar total

## Refeições equilibradas

## Protecção ambiental

**Nascemos há cinquenta anos. Somos pioneiros em pedagogia alimentar, servindo anualmente em Portugal mais de 25 milhões de refeições equilibradas e saudáveis para satisfaçãodos nossos clientes.**

**Conhecendo as especificidades do serviço de alimentação, desenvolvemos um conjunto de soluções que preservam a vertente tradicional da alimentação, fortalecendo-a, com as vantagens de uma estrutura de apoio apta a resolver questões tão relevantes como: controle de custos, segurança alimentar, implementação diária de HACCP, acompanhamento nutricional, absentismo e formação profissional.**

**ITAU - Instituto Técnico de Alimentação Humana, SA.**

Sede: Largo Movimento das Forças Armadas 3, Alfragide  
2610-123 AMADORA · Tel. 210 420 400 · Fax. 210 420 490  
E-mail: itau@itau.pt · Internet: www.itau.pt

Delegação Norte: Rua da Lionesa. Centro Empresarial B, R/C  
4465-171 Leça do Balio · Tel. 220 403 400 · Fax. 220 403 490





# Maria João Lino da Silva

## Presidente da APHH

A Associação Portuguesa de Hotelaria Hospitalar comemorou a 18 de Junho o seu 2.º aniversário. Uma associação que congrega um grupo de pessoas e empresas, pequeno, em número, mas enorme, em força humana. O seu desígnio comum é a consagração da importância de um serviço hoteleiro, de qualidade, para os cuidados de saúde. Liderada por Maria João Lino da Silva, esta força associativa busca a interacção entre os diversos profissionais da hotelaria em saúde com um único intuito: a melhoria contínua da sua actividade, pela partilha de experiências e pela constante inovação colectiva.

**Hotelaria&Saúde (HS): O que é a Hotelaria Hospitalar?**

**Dra. Maria João Lino da Silva (MJS):** Dito de uma forma simplificada, a Hotelaria Hospitalar respeita a todas as funções de um hospital que também se encontram num hotel.

São funções de natureza geral e complementar (complementares no caso da nutrição e dietética; as restantes são gerais) já que a função principal de um hospital é a prestação de cuidados de saúde diferenciados.

Com a criação das Unidades Locais de Saúde em que os Centros de Saúde se anexaram aos Hospitais, onde a função principal dos segundos é a prestação de cuidados de saúde primários, provavelmente faz mais sentido chamar-se hotelaria da saúde e não

hotelaria hospitalar. Contudo, por uma questão de hábito, continuemos com o mesmo nome. Estas funções afins à hotelaria, sendo gerais e complementares, coexistem com as profissões que desempenham a função principal, quer nos Centros de Saúde, quer nos Hospitais.

Concretamente, as cinco principais vertentes da Hotelaria Hospitalar são: a Nutrição e Dietética; a Higiene e Limpeza, a Segurança e Vigilância, o Tratamento de Roupa e o Tratamento de Resíduos Hospitalares.

Embora ainda hajam hospitais que efectuem estas funções com Pessoal Hospitalar, a tendência, a partir dos anos noventa, foi externalizá-las, ou seja, entregá-las a empresas privadas e especializadas nas mesmas.

Pensou-se na altura que, uma vez que a função principal inclui o diagnóstico, tratamento e reabilitação, o melhor seria as instituições de saúde, já nem digo os hospitais, centrarem as suas forças e atenções nestas, deixando as empresas especialistas actuarem ao nível das outras.

No fundo, pensou-se algo como; quem melhor do que uma empresa privada especializada em limpeza hospitalar para a efectuar? Quem melhor do que uma empresa de segurança para efectuar as funções relativas ao controle de acessos nas portarias, na gestão de parques de estacionamento, etc? Quem melhor do que uma empresa de catering para a confecção de refeições, não só respeitantes a dietas gerais como a dietas especiais e personalizadas, desde que tivessem dietistas e nutricionistas ao seu serviço? Quem me-

lhor do que uma empresa de tratamento de resíduos perigosos para dar conta dos resíduos do Grupo III e do Grupo IV que são os resíduos hospitalares de risco biológico?

Relativamente à roupa, por exemplo, a tendência foi até desprover grande parte dos hospitais de lavandarias próprias, para a higienização da mesma ser feita por Lavandarias Centrais.

Se as empresas especializadas o fazem melhor que o Pessoal Hospitalar, continua a ser discutível. Sem dúvida que nos hospitais há *know-how* e, a verdade é que, quem continua a dar boa parte da formação aos Técnicos de Limpeza Hospitalar, por exemplo, é o Pessoal de Enfermagem das Comissões de Controle de Infecção dos Hospitais.

A cultura da externalização de algumas funções gerais e complementares relacionadas com a Hotelaria Hospitalar deu origem a que, por parte dos hospitais fossem criadas outro tipo de funções que dizem respeito ao controle da execução dos contratos. Se isto não funcionar bem, as empresas podem ter tendência em actuar sem linhas mestras e gerar alguns problemas nas prestações dos serviços.

Ainda se podem integrar na Hotelaria Hospitalar outro tipo de funções que não se enquadram nas cinco vertentes atrás descritas que são a jardinagem, as telecomunicações, os transportes de pessoal e de doentes. Há algumas tarefas realizadas pelos Assistentes Operacionais localizados nos Serviços de Internamento e no Serviço de Urgência – como fazer a cama do doente – que, embora ligadas ao Pessoal de Enfermagem, são tarefas tipicamente hoteleiras.

**HS: Qual o propósito da criação da APHH?**

**MJS:** O propósito da criação da APHH, para além de providenciarmos para que venha a ter lugar a troca de experiências, o querer saber se o colega da instituição ao lado da nossa faz da mesma forma que nós ou de maneira diferente, tem essencialmente a ver com a tentativa de dignificar estas funções de natureza geral e complementar que são, muito frequentemente, colocadas em segundo plano, face às funções de natureza principal. Além disso, muitas destas funções requerem um grau de especialização muito elevado e têm que ter a desempenhá-las profissionais com formação superior, como é o caso dos dietistas, nutricionistas, veterinários e engenheiros alimentares na vertente da Nutrição e Dietética; dos engenheiros sanitaristas e engenheiros do ambiente, que podem perfeitamente fazer a função de Gestor de Resíduos. No caso da instituição onde trabalho, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, há também vários Gestores de Resíduos que pertencem ao Pessoal de Enfermagem. Cada Centro de Saúde tem um Gestor de Resíduos, de entre Enfermeiros e Técnicos de Saúde Ambiental. No caso dos Hospitais de Beja e de Serpa, que igualmente integram esta Unidade Local de Saúde, o Gestor de Resíduos tem formação académica

em engenharia química, sendo também doutorado nesta área e acumula com as funções de Técnico de Higiene, Saúde e Segurança no Trabalho.

Também aqui se incluem os gestores das áreas hoteleiras, em que muitos são pós-graduados em administração hospitalar, tendo os Administradores Hospitalares formações académicas muito díspares e que vão desde as licenciaturas em direito, sociologia, psicologia, engenharia, farmácia, veterinária, gestão de empresas, gestão hoteleira, economia e muitas mais áreas das ciências humanas. Há também gestores das áreas hoteleiras que não têm formação em administração hospitalar mas têm alguma das licenciaturas atrás mencionadas.

Como se vê, qualquer destes técnicos possui um grau de diferenciação muito elevado, cujo papel na instituição deve ser valorizado e prestigiado.

Todos estes profissionais são chamados a integrar a Associação Portuguesa de Hotelaria Hospitalar. Outro propósito, é a elaboração de estudos e criação de manuais de boas práticas.

O regulamento Interno da APHH, que pode ser consultado no site da associação, prevê a criação de grupos de trabalho que, no fundo, correspondem às cinco vertentes que citei. A Direcção da APHH nomeou coordenadores para os vários grupos. Estes grupos estão a começar, lentamente, a efectuar algum trabalho, sendo necessário, no entanto, serem mais dinamizados. É uma questão de as pessoas, entre si, se organizarem para produzir conhecimento, apresentarem o projecto ao coordenador do grupo e/ou à Direcção e começar a deitar as mãos à obra.

Neste momento posso dizer que, apesar de não ser no âmbito dos grupos de trabalho, já duas enge-

**“A APHH pode contribuir para formar uma força na Hotelaria Hospitalar portanto, os profissionais e as empresas deverão sentir interesse e atracção por integrar a associação, deverão estar atentos ao que vamos fazendo, deverão fazer propostas, deverão, por fim, executá-las. É tudo isto no seu conjunto que pode fazer germinar e desenvolver aquela força.”**



nheiras têxteis que pertencem à APHH, estando uma delas a fazer um doutoramento na área, se propuseram a fazer um Guia de Tratamento de Roupas Hospitalar (trabalho que tem que ser realizado por pessoas com esta formação académica) e, se tudo correr bem, gostariam de o publicar sendo a sua intenção oferecer os direitos à Associação, o que é um importante contributo para ajudar a Hotelaria Hospitalar.

Como este, muitos mais trabalhos podem surgir dentro destes vários campos do saber.

Podem ainda surgir mais propósitos que partam da vontade dos sócios ou de pessoas que pretendam vir a associar-se a nós e que, de algum modo, se preocupem com relação doente/serviço hoteleiro.

**HS: É uma associação de indivíduos, de empresas ou de ambos? Que sinergias e resultados positivos pode trazer a APHH aos seus associados?**

**MJS:** É uma associação de indivíduos e de empresas. Existe a coexistência de vários tipos de sócios, os fundadores, os efectivos, os colaboradores e os honorários.

Os sócios fundadores são, em simultâneo, sócios efectivos e estiveram na APHH desde o seu início.

Os sócios efectivos são necessariamente indivíduos e podem ser recrutados de entre os profissionais que tenham vínculo laboral com as instituições de saúde e que exerçam funções nas mesmas, principalmente naquelas que designamos Áreas Hoteleiras. No entanto, se houver um administrador hospitalar ou mesmo um técnico superior que, embora no momento não trabalhe em qualquer daquelas áreas e que pretenda integrar a APHH, pode ser aceite, desde que a sua situação permita que venha a integrá-las ou que já lá tenha exercido funções.

Os sócios colaboradores podem ser indivíduos ou empresas. Destas últimas, aquelas que podem ter interesse em fazer parte da APHH são as empresas prestadoras de serviços, como as de catering, segurança humana, vigilância electrónica e alarmes, higiene e limpeza hospitalar, lavandaria, jardinagem, desinfestação; as empresas fornecedoras de produtos, tais como, alimentares, fardamento, detergentes e desinfetantes, material para limpeza; empresas fornecedoras de equipamento, quer para cozinhas, quer para lavandarias, etc., enfim; uma grande panóplia delas pode integrar a nossa associação.

Podem fazer parte como sócios colaboradores também os funcionários dessas empresas. As pessoas, individualmente, podem querer integrar a APHH, eventualmente para poderem participar na elaboração de algum estudo que se proponham a fazer ou para usufruir de algum benefício que venha a angariar a associação. Geralmente, cada empresa sócia tem uma pessoa que a representa e que colhe o benefício de associado. Se são vários funcionários a querer ter esse benefício, é necessário terem o estatuto de sócios.

Quanto às sinergias que possam resultar da APHH, podemos dizer que a união faz a força. As pessoas, se agirem em conjunto, têm um peso completamente diferente do que se o fizerem isoladamente. Cada um de nós não é mais do que uma peça do puzzle. Estamos, necessariamente, muito dependentes uns dos outros, para fazermos andar a máquina das instituições no sentido certo. Se formos muitas peças a pensar de determinada forma, ou com uma determinada tendência, talvez essa máquina siga um curso mais suave.

Esta não é uma associação de uma carreira profissional mas sim de uma área. É muito mais abrangente pois respeita a diversos sectores das instituições de saúde onde se incluem várias carreiras profissionais, sendo assim, uma associação multidisciplinar.

Há muito por fazer nestas áreas, quer no âmbito da criação de conhecimento como já se disse, quer no âmbito da dignificação dos profissionais e empresas abrangidos, quer no âmbito da melhoria da qualidade dos serviços prestados na Hotelaria Hospitalar.

A APHH pode fazer parcerias com outras associações podendo ambas também tirar benefícios dessa força. O ano passado, aquando da organização das Primeiras Jornadas da APHH, em que esta, de certa forma, foi apresentada à sociedade, onde se incluem os profissionais do sector, solicitámos auxílio a várias associações no sentido de nos ajudarem a fazer a respectiva divulgação, convidámo-las a fazerem parte das mesas solenes, colocámos os respectivos logótipos nos nossos panfletos de divulgação e cremos que isso resultou bem. Com estas associações podemos vir a fazer muito mais do que isto, naquilo que temos em comum. Não posso deixar de as citar pois seria uma injustiça não o fazer. Foram a Associação Portuguesa de Dietistas, a Associação Portuguesa de Nutricionistas e a Associação de Técnicos de Engenharia Hospitalar Portuguesa. Com eles estabelecemos esta parceria e com certeza que temos muito gosto em dar-lhe seguimento. Há outras associações com quem ainda não falámos mas que também podem tomar a iniciativa de nos fazer sugestões e então avaliaremos as possibilidades.

Resultados positivos, pode vir a haver muitos, para além de preços mais baratos em congressos ou eventualmente em alguma visita de estudo que a APHH organize. No nosso Plano de Actividades para o próximo biénio, temos um projecto de visita a um grande hospital da Península Ibérica. Várias pessoas se manifestaram interessadas em lá ir durante as Primeiras Jornadas. Julgamos que não vai ser para 2012 pois ainda não iniciámos contactos. No entanto, já alguns sócios da APHH se ofereceram para estar na comissão organizadora.

Os resultados positivos estão muito dependentes da vontade dos sócios e dos que pretendam vir a sê-lo. Dependem da forma como as pessoas se conseguem organizar para levar uma obra para diante.



Tragam as ideias e, se possível, planos para as levar a cabo. Não temos receitas e nem sequer somos muitos a trabalhar nisto, pelo menos por enquanto. Há um pequeno núcleo duro que seria bom que crescesse e estivesse motivado em fazer coisas positivas.

**HS: Quais as principais fragilidades e forças da Hotelaria nas unidades de saúde? De que forma pode a APHH contribuir?**

**MJS:** As fragilidades têm a ver com o facto de, tradicionalmente, esta ser uma área onde se empregava o pessoal menos qualificado, no sentido de ter uma escolaridade baixa. Nas áreas hoteleiras estava o grosso do chamado Pessoal dos Serviços Gerais e que integrava, Auxiliares de Acção Médica, Copeiras, Auxiliares de Alimentação, Maqueiros, Operadores de Lavandaria, Costureiras, Porteiros, isto ainda quando os Hospitais trabalhavam em regime de administração directa. À medida que foram entrando em funcionamento as empresas de catering, parte das copeiras e parte das auxiliares de alimentação passaram para Auxiliares da Acção Médica. À medida que as Lavandarias Hospitalares foram sendo desactivadas para o tratamento de roupa passar a ser feito em Lavandarias Centrais, os Operadores de Lavandaria passaram para Auxiliares de Acção Médica. O mesmo aconteceu com os Auxiliares de Apoio e Vigilância em exercício de funções nas Portarias. À medida que as empresas de Higiene e Limpeza foram entrando nos Hospitais, estas eram funções que pertenciam aos Auxiliares de Acção Médica e passaram a ser efectuadas pelas chamadas Técnicas de Limpeza Hospitalar vinculadas àquelas entidades. Os Auxiliares de Acção Médica são hoje, em grande parte dos Hospitais, se bem que não se pode generalizar, o que sobra do antigo Pessoal dos Serviços Gerais e a principal parte do que hoje se chama de Assistentes Operacionais.

Claro que estas mudanças ocorreram num período de tempo muito grande. Até porque quando as

empresas de outsourcing começaram a operar nos Hospitais, os contratos podiam ser firmados incluindo pessoal vinculado aos mesmos ou não. Com o passar dos anos, com certeza, cada vez com menos deste pessoal e cada vez mais com pessoal próprio.

Voltando ao cerne da questão, a pouca escolaridade do pessoal é, sem dúvida, uma fragilidade, incomparável com as áreas Médica, Enfermagem, TDT, Farmacêutica; incomparável até mesmo com o Pessoal Administrativo que se concentrava em várias áreas de suporte, como o Serviço de Gestão de Doentes, os Serviços Financeiros, o Serviço de Recursos Humanos, o Serviço de Aproveitamento.

Contudo, o peso das pessoas licenciadas nos serviços foi começando a aumentar, tornando-se estas cada vez mais técnicos, nomeadamente nos hoje considerados Serviços Hoteleiros. Se estas pessoas se unirem, isso constitui uma força.

Muitas destas profissões têm as suas associações próprias como já foi referido. Todavia, estas são, por um lado, maiores e por outro mais pequenas do que a APHH, em termos de âmbito. O que é que eu quero dizer com isto? Maiores, por exemplo, porque uma associação de Dietistas e de Nutricionistas, ou até a Ordem dos Nutricionistas, recentemente formada, visa abarcar todos os profissionais desta área, enquanto que a APHH só os ligados ao sector da saúde. Mais pequenas porque naquelas não cabem outras profissões, como os Veterinários, os Engenheiros Alimentares, os Engenheiros do Ambiente, os Engenheiros Sanitaristas, os Enfermeiros ligados às CCI ou à Gestão de Resíduos, os Administradores Hospitalares, os outros Gestores das Áreas Hoteleiras, ou mesmo outros Técnicos Superiores que não sejam Gestores. Aqui já temos um número considerável de pessoas.

Mais pequenas ainda porque naquelas associações não cabem as empresas.

As empresas do sector podem vir a ser uma grande força na APHH. São sócias colaboradoras, o que implica que não têm voto em sede de Assembleia Geral. Contudo, têm voz e essa voz pode influenciar a tendência de voto mediante uma boa argumentação. Ora, também as empresas empregam pessoal muito diferenciado que pode representar a sua entidade na associação ou até integrá-la, como foi dito.

Portanto, em termos de empresas, muito gostaríamos também que todas as que fornecem e prestam serviços em Hospitais e outras instituições de saúde se associassem à APHH.

Não tenho dúvidas que temos potencialidade para fazermos dela uma grande associação.

Nós, os primeiros, lançámos e ainda estamos a tentar lançar a semente. Quanto ao futuro, esse ainda está para vir. Não sabemos.

A APHH pode contribuir para formar uma força na Hotelaria Hospitalar portanto, os profissionais e as empresas deverão sentir interesse e atracção por integrar a associação, deverão estar atentos ao que vamos

fazendo, deverão fazer propostas, deverão, por fim, executá-las.

É tudo isto no seu conjunto que pode fazer germinar e desenvolver aquela força.

**HS: A associação pretende abranger unicamente o sector hospitalar ou incluir outras unidades com necessidades de cuidados de saúde, como residências sénior, misericórdias, lares de terceira idade, termas, entre outros?**

**MJS:** A APHH foi pensada para abranger hospitais públicos e privados, onde se incluem as misericórdias, e centros de saúde. Pensamos que aqui temos o principal das instituições de saúde portuguesas. Se profissionais das residências sénior, de lares de terceira idade e de termas nos solicitarem a sua integração como sócios efectivos, a situação terá que ser avaliada pela Direcção da APHH. É provável que estas instituições tenham ao seu serviço empresas que também prestem serviços e fornecimentos a hospitais e centros de saúde. Se essas empresas já forem sócias colaboradoras, por esta parte já há alguma ligação à associação. Ainda somos pequenos, provavelmente pouco conhecidos. Por enquanto ainda não tivemos qualquer proposta nesse sentido. A nossa principal preocupação, neste momento, é cativar os profissionais dos hospitais, centros de saúde e as empresas, com todas as dificuldades que tem o associativismo. Quem se quer dedicar à causa e trabalhar no que há a fazer pela associação, ajudando assim a Hotelaria Hospitalar, requer que vá buscar tempo às suas horas livres, pois todos trabalhamos a tempo inteiro. Por vezes isso não é fácil.

Colegas de uma associação estrangeira homóloga à nossa disseram-nos que a deles é movida por meia dúzia de entusiastas. No entanto têm muitos sócios efectivos e muitas empresas sócias colaboradoras a cooperar.

Por um lado, é preciso que venha gente em número também no caso português, pois isso tem muita influência no peso da associação; é preciso que tenhamos muitas empresas interessadas em mostrar aquilo que vale a Hotelaria e, para isso, é necessário unirem-se e que, mesmo sendo concorrentes, possam, connosco, vir a trabalhar para um mesmo fim que, no fundo, é melhorar a condição do utente e os processos organizativos.

Por outro lado, para além da quantidade, é preciso que venha gente em número suficiente com disponibilidade para gerar algo de novo e que, de certa forma, encare isso com algum espírito de missão.

Portanto, se vierem com esse espírito, estou certa que a Direcção não fechará as portas a esses colegas que são funcionários de lares de terceira idade e de termas. Haja interessados, ou seja, haja candidatos para nos ajudar.

**HS: Existe actividade internacional da associação, no sentido da troca de experiência e de potenciar negócios com outros países?**

**MJS:** Claro que sim. A criação da APHH partiu, justamente, de uma proposta internacional feita, concretamente, pela Asociación Española de Hostelería Hospitalaria (AEHH). Há alguns anos atrás, vieram a Portugal vários elementos da Direcção desta associação onde entrevistaram num seminário que houve sobre Hotelaria Hospitalar. Creio que isso aconteceu em Outubro ou Novembro de 2007. Nessa altura lançaram o repto aos presentes de se criar uma associação congénere portuguesa ou então criar-se, em conjunto, uma associação Luso-hispânica ou Hispano-lusa, conforme lhe preferirem chamar. A ideia entusiasmou-me apesar de não ter ficado responsável por reunir as forças vivas portuguesas. Continuei a ter contactos por e-mail com estas pessoas, uma vez que tenho facilidade em falar e escrever em espanhol. Para o ano de 2008 a



Maria João Lino da Silva, Presidente da APHH e Bruno Kohaupt, Vice-Presidente.

**“(…) provavelmente faz mais sentido chamar-se hotelaria da saúde e não hotelaria hospitalar (…) uma questão de hábito(…)”**



AEHH tinha programado o seu congresso anual em Badajoz, o qual costuma ser em Outubro. Quiseram aproveitar a proximidade desta cidade com Portugal para terem algum contacto com os portugueses. Assim, convidaram-me a assistir a uma reunião da sua Junta Directiva, como chamam aos elementos que compõem a Direcção e que não são propriamente as mesmas que na nossa. Eles incluem o Presidente, os Vice-presidentes (têm dois), os Vogais (têm quatro) e julgo que o Tesoureiro na Junta Directiva. Esta reunião de preparação do congresso teve lugar num Sábado de Março, já no Hotel onde este iria decorrer. Durante a mesma, fizeram-me a proposta de apresentação de um trabalho sobre a Hotelaria Hospitalar em Portugal, o qual deveria preparar para o dito evento. Assim aconteceu. Resolvi, com o apoio da instituição onde trabalho, na altura Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, enviar um inquérito para os hospitais do país e, dos resultados, fiz uma síntese. Esse trabalho está actualmente publicado no site da APHH com a ideia de vir a ser um ponto de partida para outros trabalhos que venham a surgir. Posso dizer que, ao congresso de Badajoz apenas compareceram três portuguesas. No final do mesmo, reunimos com o Presidente da AEHH, José Luís Iañez e, ficou combinado organizarmos uma reunião com portugueses para decidirmos o que fazer. Telefonei para quase todos os contactos de Hospitais públicos e privados que tenho, pois tinha que começar por alguma parte, para ficar com nomes, telefones e e-mails de pessoas. Decidimos fazer uma proposta escrita sobre a possível criação de uma associação, com a ideia de vermos quem a subscreveria. Esta proposta foi enviada para os contactos adquiridos e para os Conselhos de Administração dos Hospitais, no sentido de a encaminharem para possíveis interessados. Organizámos uma reunião no Hospital Egas

Moniz e, quem apareceu, votou pela criação de uma associação portuguesa. Ficaram logo as pessoas de Lisboa de se dirigirem ao organismo correcto para efectuar essa criação. No dia 18 de Junho de 2010 tivemos uma segunda reunião com dois colegas que vieram de Espanha e que pertencem à Junta Directiva da AEHH. Vieram os que estão mais próximo de Portugal, ou seja, de Santiago de Compostela, Javier Iglésias e de Salamanca, Clara Ledesma. Consideramos assim que esta é a data de aniversário da APHH, apesar de a que figura nos documentos do Registo Nacional de Pessoas Colectivas ser 2 de Junho de 2010. Aliás, foi nesta data que fizemos a eleição dos membros dos corpos sociais. No fundo, como não éramos tantos assim, distribuimos os cargos pelos que estavam na sala do Auditório do Hospital Egas Moniz. Este Hospital alberga a sede social da APHH. É aqui que temos efectuado parte das reuniões de Direcção. A outra parte destas reuniões tem tido lugar no IPO de Lisboa por os respectivos Conselhos de Administração nos terem disponibilizado o espaço, pelo que muito agradecemos.

Desde aí, temos sido sempre convidados para assistir ao congresso anual da AEHH e também eles foram convidados a estar presentes nas Primeiras Jornadas da APHH, fazendo parte de uma das mesas solenes.

Outra associação que também esteve presente foi a VHVG da Holanda, representada pelo seu Vice-presidente, Bob Mulder e o seu Secretário, Frans Hasen. Trata-se de uma associação muito antiga, talvez já com cerca de trinta anos, com muitos sócios efectivos e muitas empresas associadas. Julgo que devem ter, sensivelmente, umas oitenta empresas sócias, o que representa muito num país pequeno como a Holanda.

No entanto, se nos perguntarem com quem nos parecemos mais, podemos dizer que é, sem dúvida,

com a AEHH, associação que será sempre para nós uma referência, não estando ainda excluída a hipótese de juntarmos as duas para fazer uma ibérica e assim virmos a ser mais fortes.

Em Outubro de 2012 vai ter lugar em Málaga, em conjunto com o congresso Espanhol, o congresso do HCI Health Caterers International que é uma confederação mundial de associações hoteleiras hospitalares. A delegação que for de Portugal vai observar e averiguar se estamos em condições de integrar o HCI, a partir do trabalho já feito e do número de sócios que tem a APHH. Para quem quiser consultar, o nosso site [www.aphh.pt](http://www.aphh.pt), em Parcerias, tem um link para o site do HCI.

Todos os portugueses que têm estado presentes no congresso anual da AEHH sentiram a força da Hotelaria Hospitalar. A este evento costumam ir cerca de 500 a 600 pessoas com cerca de 40 a 50 empresas expositoras. Este ano, de certeza que a sentiremos mais pois é um congresso mundial e porque, como já disse, a união faz a força. É preciso vermos se conseguimos trazer parte dela para Portugal, se os profissionais portugueses e as empresas portuguesas ou multinacionais a operar no nosso país corresponderem.

O ano passado, as nossas jornadas de 4 de Novembro tiveram a presença de cerca de 200 pessoas e 20 empresas expositoras.

Este ano estamos a programar as segundas jornadas para os dias 15 e 16 de Novembro e a cidade que nos vai receber é a Covilhã, com o Centro Hospitalar da Cova da Beira e a Universidade da Beira Interior a apoiar-nos. Temos a promessa que virá um número considerável de membros da AEHH, talvez entre 40 a 50 pessoas. Esperamos que também consigamos corresponder às expectativas dos profissionais e empresas do nosso país. A nossa ideia é organizarmos um evento, alternadamente no norte e no sul do país. Como o ano passado foi no sul, este ano teria que ser no norte. Como no CHCB, mais concretamente na Covilhã, temos sócios muito activos e um órgão de gestão empenhado na nossa causa tendo, quem o integra, pessoas ligadas à universidade, quisemos aproveitar e dar largas a essa oferta.

A nossa ideia também é que, para além da troca de experiências a nível profissional e o interesse científico que possa ter o evento, as pessoas aproveitem para se conhecerem e fomentarem o companheirismo entre si. Por essa razão, em princípio, vamos programar uma parte mais lúdica.

O meu convite aos profissionais é que compareçam todos os que puderem. O meu convite às empresas é que patrocinem e estejam presentes também com os seus colaboradores. Se for como em 2011 é já muito bom mas pode ser melhor se formos mais. A quantidade pode não ser qualidade mas a quantidade aliada à qualidade representa uma força indestrutível. É o que queremos; ter-vos connosco! ■

*Esta entrevista foi redigida no antigo acordo ortográfico por vontade expressa da entrevistada.*



## Estar presente na vida de milhares de profissionais **obriga-nos a superarmo-nos em cada dia**

Desde os lençóis de um Hotel em Pequim aos menus de um Colégio em Lisboa, passando pelas batas de um Hospital em Chicago, a qualidade da Fagor Industrial está presente em cada dia na vida de milhares de profissionais do sector hoteleiro, restauração e lavandaria nos cinco continentes. Tanta responsabilidade obriga-nos a superarmo-nos constantemente, tanto nos nossos produtos como nos nossos serviços.

**FAGOR**   
Together we evolve

FAGOR INDUSTRIAL PORTUGAL, LDA · Estrada de Pintéus, Armazém D | 2670 Santo Antão do Tojal – Loures · T: 21 841 14 30 · F: 21 841 14 39 · geral@fagorindustrial.com

[www.fagorindustrial.com](http://www.fagorindustrial.com) • [www.fagorindustrial.com/blog](http://www.fagorindustrial.com/blog) • <http://twitter.com/fagorindustrial>

# A desnutrição

## importância da sua prevenção



### Teresa F. Amaral

Nutricionista e Professora Associada na Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.

### Luís R.C. Matos

Nutricionista na Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. Mestre em Nutrição Clínica.

**“A falta do reconhecimento e da monitorização dos aspetos relacionados com o estado nutricional têm sido apontados como fatores que contribuem para o aumento da frequência da desnutrição durante o internamento hospitalar.”**

**A desnutrição representa um grave problema de saúde que é frequentemente mascarado por outras situações clínicas. Amplifica a necessidade de cuidados de saúde em todas as situações e influi marcadamente na qualidade de vida, com elevados custos a nível pessoal, para a sociedade e para o sistema de saúde. Está relacionada com um aumento do risco de infeções e de complicações, com uma necessidade acrescida de tratamentos hospitalares e acarreta consequências graves, como maior morbilidade e mortalidade<sup>(1)</sup>.**

**A** pesar do aumento generalizado do reconhecimento desta problemática, os dados provenientes de um estudo multicêntrico efetuado numa amostra de 1144 doentes internados em seis hospitais portugueses, mostraram que a sua frequência se mantém extremamente elevada, afetando cerca de um em cada três doentes no momento da admissão hospitalar<sup>(2)</sup>. Esta proporção está em consonância com estudos realizados na Europa, <sup>(1,3-5)</sup> na América<sup>(6,7)</sup> e no Japão<sup>(6)</sup>. Embora estas estimativas apresentem grandes variações e sejam dependentes das definições utilizadas para categorizar o estado nutricional, bem como o caso-mix dos doentes avaliados e os procedimentos de amostragem<sup>(2)</sup>, revelam que a desnutrição permanece consistentemente elevada<sup>(8,9)</sup>.

Os dados oriundos deste estudo mostram ainda que o reduzido nível de escolaridade foi o maior fator de risco associado à desnutrição e que este efeito foi mais forte para doentes com idade igual ou superior a 65 anos<sup>(2)</sup>. Estes resultados estão em linha com achados de outros estudos anteriores<sup>(1,3-7)</sup>. A baixa escolaridade, característica deste grupo etário pode estar ligada à privação socioeconómica<sup>(10)</sup>, que está estreitamente associada com a desnutrição ou com bem conhecidos fatores de risco para desnutrição, tais como outros problemas de saúde<sup>(1)</sup>. O estado civil, solteiro ou divorciado ou viúvo, talvez refletindo a maior probabilidade de viver sozinho, e o isolamento social, também têm sido amplamente descritos como fatores de risco para a desnutrição<sup>(1)</sup>.

A falta do reconhecimento e da monitorização dos aspetos relacionados com o estado nutricional têm sido apontados como fatores que contribuem para o aumento da frequência da desnutrição durante o internamento hospitalar. No estudo multicêntrico acima referido, dois em cada três doentes tinha menções acerca de cuidados alimentares/nutricionais prestados nos processos clínicos, mas apenas um em cada três tinha o seu peso medido e registado<sup>(11)</sup>. Menor frequência de doentes des-

nutridos tinha sido pesada, mas foram monitorizados com maior regularidade a sua ingestão alimentar e os problemas associados<sup>(11)</sup>. Este estudo reforça a necessidade de investir na sensibilização dos profissionais de saúde, sobre a importância do rastreio da desnutrição, da prescrição e da monitorização da alimentação e do registo do peso dos doentes, não só na admissão, como durante todo o internamento hospitalar<sup>(11)</sup>.

O mesmo estudo multicêntrico permitiu também constatar que para a maioria dos nutrientes analisados a ingestão alimentar dos doentes internados está abaixo das recomendações nutricionais internacionais. Para alguns nutrientes, entre um terço a metade dos doentes não atingiam sequer 50% das necessidades nutricionais através da alimentação<sup>(12)</sup>. Num estudo realizado por Viana <sup>(13)</sup> que teve como objetivo analisar a ocorrência e os motivos do desperdício nas dietas hospitalares recorrendo à pesagem e a inquérito, foram avaliadas 282 dietas, em dois períodos de três dias consecutivos. Das dietas analisadas, Viana verificou um desperdício de 50% de resto de alimentos, com aproximadamente apenas 20% de refeições intactas. A maioria dos pacientes inquiridos, referiu a falta de apetite e a necessidade de assistência no momento da refeição, como o principal motivo de desperdício<sup>(13)</sup>.

Dados provenientes do último Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006) apontam para uma elevada prevalência a nível comunitário de insegurança alimentar grave no nosso país, de 15,9%<sup>(10)</sup>. Segundo a *Food and Agriculture Organization* (FAO, 2009), a insegurança alimentar é definida como a existência de indivíduos que não possuem condições físicas, sociais ou económicas para adquirir uma alimentação saudável. Um aspeto que assume particular importância é que 50% dos inquiridos que refere insegurança alimentar, apresenta excesso de peso ou obesidade, demonstrando que estas duas situações aparentemente antagónicas coexistem numa elevada proporção de Portugueses<sup>(10)</sup>.



© Ivan Prole

Estes dados reforçam a necessidade de uma visão holística no delineamento de estratégias preventivas, cuja implementação se reveste de maior urgência. Para reduzir este problema da desnutrição, salienta-se a importância do cumprimento das recomendações já emitidas por vários organismos<sup>(8,9)</sup>, nomeadamente de sociedades científicas em Portugal<sup>(14)</sup> e também na Europa<sup>(1,15,16)</sup>. Já em 2005, a Inspeção Geral das Atividades em Saúde emitiu recomendações detalhadas e objetivas sobre as estratégias a adotar em hospitais para minimizar esta problemática em Portugal<sup>(17)</sup>, entre as quais se destaca a importância que dá ao rastreio da desnutrição.

Este rastreio da desnutrição no momento da admissão hospitalar justifica-se porque, como já referido, a desnutrição está associada a maior morbilidade e mortalidade e essencialmente a pior qualidade de vida. Outros argumentos jogam a favor da sua implementação sistemática no momento da admissão hospitalar, como o fato de existirem métodos de rastreio da desnutrição dotados de qualidade de desempenho suficientes. Apresentam também outras características essenciais, como serem simples, sensíveis e específicos, seguros, de baixo custo e bem aceites pelos utentes.

Acresce ainda que as intervenções de prevenção primária da desnutrição são eficazes e seguras e já demonstram ser custo-efetivas. Se a desnutrição é diagnosticada consequentemente ao rastreio, os tratamentos atualmente disponíveis são eficazes, na maioria das situações. Todos os indivíduos identificados em risco nutricional deverão ser sujeitos a um diagnóstico. Esta antecipação do diagnóstico possibilitará o tratamento precoce e um prolongamento da sobrevivência. A maioria dos tratamentos

da desnutrição em fase pouco avançada recorrerá a estratégias dietéticas usando produtos alimentares de baixo custo e os recursos habitualmente disponíveis nos hospitais, ao contrário dos tratamentos de formas de desnutrição mais graves, em que serão necessários recursos mais dispendiosos. O nosso país está particularmente dotado de profissionais com formação específica nesta área.

O Grupo de Estudo da Desnutrição da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica, em conjunto com esta Associação, tem vindo a reforçar a necessidade de se cumprirem estas recomendações, com a maximização dos esforços para a implementação sistemática do rastreio da desnutrição no momento da admissão às unidades prestadoras dos cuidados de saúde, divulgando os seus pressupostos científicos e estudando os benefícios potenciais desta prática<sup>(14)</sup>.

A desnutrição cumpre os critérios para que seja considerada uma questão central no planeamento da saúde em Portugal. Representa um desafio no planeamento de cuidados de saúde, sublinhando a já reconhecida necessidade de implementação de estratégias preventivas a nível comunitário. A implementação destas estratégias de prevenção primária promoverá a alimentação saudável e literacia alimentar e previsível melhoria do estado nutricional dos portugueses. Possibilitará ainda a redução da exposição a conhecidos fatores de risco para as patologias mais prevalentes no nosso país, como as doenças cardiovasculares e oncológicas, com tradução em ganhos inequívocos na saúde dos portugueses. Também é importante referir que estas estratégias contribuirão fortemente e a baixo custo para atingir um desenvolvimento sustentável. ■

#### Referências Bibliográficas

1. Sorensen J, Kondrup J, Prokopowicz J, Schiesser M, Krähenbühl L, Meier R, Liberda M; EuroOOPS study group. EuroOOPS: an international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. *Clin Nutr* 2008;27(3):340-9.
2. Amaral TF, Matos LC, Teixeira MA, Tavares MM, Alvares L, Antunes A. Undernutrition and associated factors among hospitalized patients. *Clin Nutr*. 2010;29(5):580-5.
3. Lamb CA, Parr J, Lamb EI, Warren MD. Adult malnutrition screening, prevalence and management in a United Kingdom hospital: cross-sectional study. *Br J Nutr* 2009;10:1-5.
4. Pirlich M, Schütz T, Norman K, Gastell S, Lübke HJ, Bischoff SC, et al. The German hospital malnutrition study. *Clin Nutr* 2006;25:563-72.
5. Imoberdorf R, Meier R, Krebs P, Hangartner PJ, Hess B, Stäubli M, et al. Prevalence of undernutrition on admission to Swiss hospitals. *Clin Nutr* 2010;29:38-41.
6. Liang X, Jiang ZM, Nolan MT, Efron DT, Kondrup J. Comparative survey on nutritional risk and nutritional support between Beijing and Baltimore teaching hospitals. *Nutrition* 2008;24:969-76.
7. Correia I, Campos A. Prevalence of hospital malnutrition in Latin American: the multicenter ELAN study. *Nutrition* 2003;19:823-5.
8. Resolution ResAP (2003)3 on food and nutritional care in hospitals. Comité de Ministros do Conselho da Europa, 2003. Disponível em [http://www.nutritionday.org/uploads/media/Resolution\\_of\\_the\\_Council\\_of\\_Europe.pdf](http://www.nutritionday.org/uploads/media/Resolution_of_the_Council_of_Europe.pdf)
9. Resolução do Parlamento Europeu de 25 de Setembro de 2008 (P6\_TA-PROV(2008)0461). Disponível em: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P6-TA-20080461+0+DOC+WORD+V0//EN>
10. Amaral TF, Martins M, Guiomar S. The coexistence of food insecurity and overweight/obesity in Portuguese adults. *Public Health Nutrition* 2010;12:15.
11. Matos L, Teixeira MA, Henriques A, Tavares MM, Alvares L, Antunes A, Amaral TF. Menções sobre o estado nutricional nos registos clínicos de doentes hospitalizados. *Acta Med Port* 2007;20:503-10.
12. Tavares MM, Matos L, Amaral TF. Insufficient voluntary intake of nutrients and energy in hospitalized patients. *Nutr Hosp* 2007;22(5):584-89.
13. Isa Graça Ribeiro Viana. Estudo do desperdício nas refeições hospitalares na Unidade CHAM, Viana do Castelo. Tese de Licenciatura. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, 2007.
14. Recomendações do Grupo de Estudos da Desnutrição da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica, Junho de 2009. Disponível em: [http://www.apnep.pt/GED\\_recomendacoes.pdf](http://www.apnep.pt/GED_recomendacoes.pdf)
15. ASPEN Board of Directors and the Clinical Guidelines Task Force. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2002;26(1 Suppl):15A-1385A.
16. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M; Educational and Clinical Practice Committee, European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr* 2003;22(4):415-21.
17. Inspeção-geral de Saúde. Relatório de Atividades. Ministério da Saúde, 2005.



**Carlos José Cadavez**

Administrador Hospitalar

**Rosário Rodrigues**

Diretora do Serviço de Alimentação da ULS Nordeste

**Teresa Gomes**

Nutricionista

**Denise Cury**

Estagiária de Ciências da Nutrição da U.C. Porto

**Patrícia Silva**

Estagiária de Dietética do Instituto Politécnico de Bragança

**“Está demonstrado que a diminuição da satisfação dos doentes internados com o Serviço de Alimentação dos hospitais leva a um aumento do risco de desnutrição.”**

# Alimentação

## Evolução da satisfação de doentes numa Unidade Hospitalar

Nos últimos anos tem havido uma preocupação crescente com a prevalência da desnutrição hospitalar. Matos e col. (2007) verificaram que a prevalência de doentes hospitalizados em risco nutricional, em Portugal, varia entre 29% e 47%. Todos os estudos demonstram que os doentes desnutridos apresentam maior tempo de internamento e custos hospitalares mais elevados, nomeadamente em medicação.

A desnutrição antes da admissão dos doentes está normalmente associada à doença. Durante o internamento, o fator que piora o estado nutricional é a ingestão alimentar inadequada. Está demonstrado que a diminuição da satisfação dos doentes internados com o Serviço de Alimentação dos hospitais leva a um aumento do risco de desnutrição. Assim, o Serviço de Alimentação tem um papel crucial nos cuidados de saúde dos doentes e deve procurar fornecer uma nutrição equilibrada e variada, que funcione como parte integrante da terapêutica e assegure as necessidades metabólicas e clínicas dos utentes, para além de ainda desempenhar um papel educacional.

A maioria dos doentes internados está dependente das refeições hospitalares, sendo fundamental analisar os fatores que influenciam a ingestão dos doentes e que se podem modificar, para conseguir melhorar o Serviço de Alimentação e evitar as consequências da desnutrição. Um estudo espanhol refere como causas mais comuns para os doentes não con-

sumirem as refeições na totalidade, a falta de apetite e não gostarem da comida e do sabor.

O desperdício alimentar nos hospitais é muito elevado; os estudos referem que cerca de 40% da quantidade de alimentos produzida é desperdiçada o que leva a uma ingestão de menos de 80% do recomendado em energia e proteínas.

### Objetivo

O objetivo deste estudo foi avaliar de que forma as melhorias implementadas no Serviço de Alimentação ao longo de 5 anos se repercutiram na satisfação dos utentes de uma unidade hospitalar.

### Material e métodos

O Serviço de Nutrição e Alimentação da Unidade Hospitalar de Bragança avaliou o grau de satisfação dos doentes relativamente às refeições fornecidas durante o internamento durante 5 anos. Para recolha da informação, utilizou-se um questionário, de administração direta que avaliou os parâmetros inerentes





às refeições (apresentação, qualidade, quantidade servida, temperatura e variedade de alimentos e ementas servidas), higiene e profissionalismo dos colaboradores do Serviço de Alimentação. O grau de satisfação foi quantificado em : 1- Muito insatisfeito; 2 - Insatisfeito; 3 - Satisfeito e 4- Muito satisfeito, n/r - não responderam ou sem opinião. Participaram neste estudo os seguintes doentes: em 2005, 46 utentes (29 mulheres e 17 homens); em 2006, 39 utentes (20 mulheres e 19 homens); em 2007, 50 utentes; em 2008, 69 utentes; em 2009, 39 utentes; em 2010, 84 utentes. Foram ainda avaliadas as melhorias do Serviço de Alimentação no decorrer destes 5 anos e relacionadas com a satisfação dos doentes internados nesta Unidade Hospitalar.

## Resultados

Relativamente à avaliação das refeições quanto à apresentação, qualidade, temperatura, quantidade servida e variedade das ementas, verificou-se uma melhoria ao longo dos 5 anos. Na análise dos parâmetros é valorizada a informação das duas percentagens mais expressivas de cada parâmetro avaliado (Gráficos 1 a 6).

### Variedade dos alimentos e ementas

Ao longo dos 5 anos tem-se verificado uma melhoria significativa na satisfação dos utentes relativamente a este parâmetro, nomeadamente a partir de 2007/2008, a maioria dos doentes manifestaram-se satisfeitos e muito satisfeitos com a variedade dos alimentos fornecidos pelo Serviço de Alimentação da Unidade Hospitalar (Gráfico 1).

### Quantidade servida

A generalidade dos inquiridos estão satisfeitos e muito satisfeitos com a quantidade de alimentos servida nas refeições. No entanto, entre o ano de 2006/2007 verificou-se uma melhoria considerável na satisfação deste parâmetro (Gráfico 2).

### Qualidade na confeção dos alimentos

Neste parâmetro, tem-se verificado uma melhoria considerável, no entanto no ano de 2010 ainda existiam 7,14% insatisfeitos. No ano de 2005 verificou-se que 23% dos doentes se encontravam insatisfeitos com este parâmetro e entre os anos 2006 e 2008 não existiam doentes insatisfeitos com a qualidade da confeção das refeições servidas (Gráfico 3).

### Temperatura dos alimentos

Neste parâmetro verificou-se uma melhoria a partir do ano de 2006 (Gráfico 4)

### Apresentação das refeições

Tem-se verificado uma melhoria na apresentação das refeições a partir do ano de 2006 (Gráfico 5).

A maioria dos inquiridos está muito satisfeita ou satisfeita com a higiene de utensílios de apoio (Gráfico 6).



A partir do ano de 2006 tem-se verificado que a maioria dos utentes está muito satisfeito com o profissionalismo e simpatia dos Colaboradores do Serviço de Alimentação (Gráfico 7).

Relativamente à avaliação global do Serviço de Alimentação, a partir do ano de 2006 tem-se verificado que a maioria dos utentes está satisfeito e muito satisfeito com o Serviço de Alimentação. Ao longo dos anos a prevalência de doentes insatisfeitos com o Serviço de alimentação tem vindo a diminuir, nomeadamente a partir de 2007 (Gráfico 8).

## Discussão

A classificação da melhor e pior dimensão do Serviço de Alimentação (Características dos colaboradores e qualidade alimentar, respetivamente) é concordante com outros estudos publicados na literatura. Isto é explicado pelo facto das características do pessoal e do serviço serem mais fáceis de controlar que a qualidade alimentar<sup>(5)</sup>. As limitações do Serviço de Alimentação foram apontadas por Patel e Martin como uma das principais causas dos idosos hospitalizados não se alimentarem adequadamente<sup>(6)</sup>.

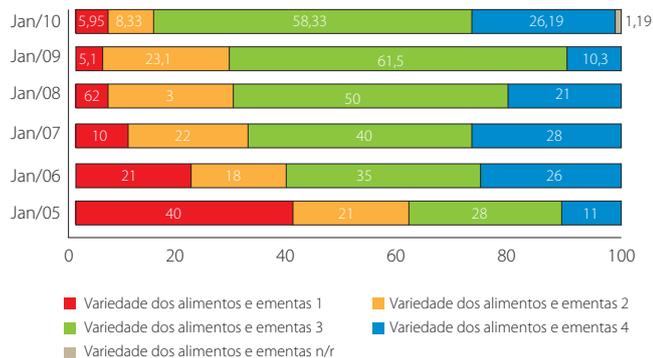
Segundo a *British Association for Parenteral and Enteral Nutrition*, os fatores que condicionam a inadequada ingestão alimentar nos hospitais são: problemas na requisição de refeições, os pedidos para os utentes nem sempre respeitam as diferenças culturais e as necessidades especiais e personalizadas dos utentes, fraca apresentação das refeições, coincidência dos horários das refeições com atos clínicos, os doentes que necessitam de ajuda nem sempre serem identificados e auxiliados no momento da refeição, o próprio ambiente hospitalar que pode desmotivar o doente de se alimentar, falhas na comunicação entre as equipas de enfermagem, serviço de nutrição e empresas de restauração, falta de política que estabeleça protocolos de atuação; e a preparação, transporte e entrega não asseguram a

preservação do conteúdo nutricional e a palatabilidade dos alimentos<sup>(7)</sup>.

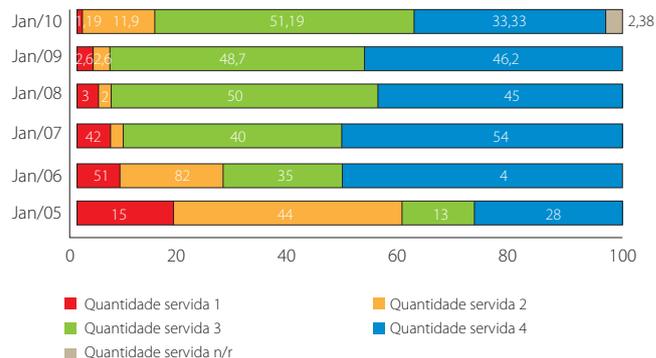
Neste sentido o Serviço de Nutrição e Alimentação da Unidade Hospitalar de Bragança tem tomado algumas medidas nos últimos anos no sentido de melhorar o serviço prestado e melhorar a satisfação e ingestão alimentar dos doentes internados nesta unidade hospitalar. No ano de 2005 foi feita a primeira avaliação da satisfação dos doentes relativamente ao Serviço de Alimentação. O Serviço de Alimentação está concessionado a uma empresa externa de restauração e tem o sistema de confeção a quente e é supervisionado pela Nutricionista do Serviço de Nutrição e Alimentação do hospital. Com os resultados deste inquérito foi feita uma reunião entre a Administração Hospitalar, a Administração da empresa concessionada e a Nutricionista do Serviço de Nutrição e Alimentação onde foram tomadas as seguintes medidas: verificou-se a necessidade de intervir quanto à variedade da ementa (foram revistas as ementas e estas passaram a ser aprovadas pela Nutricionista do hospital) e ao sabor e aroma das refeições (agendou-se formação para as cozinheiras e empregadas distribuidoras personalizadas acerca da confeção e apresentação das refeições) e estabeleceram-se novas capacitações. Foi feita uma auditoria à cozinha de forma a fazer um levantamento das necessidades de obras e equipamentos. No final de 2005, foi ministrada formação de cozinha e métodos de confeção às cozinheiras por um cozinheiro que esteve na unidade durante um mês. Após esta formação verificou-se uma melhoria substancial na satisfação com a confeção de alimentos e apresentação das refeições. Vários estudos referem a necessidade de melhorar a qualidade alimentar tanto na textura como no sabor dos alimentos. Para manter o conteúdo nutricional e a palatabilidade dos alimentos, estes devem ser servidos o mais rapidamente possível depois da sua preparação ou regeneração<sup>(7)</sup>. Num hospital australiano



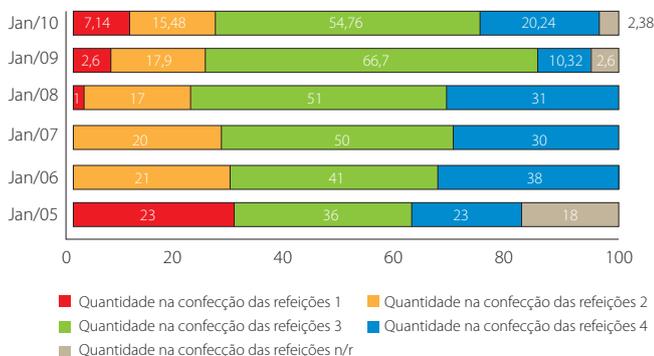
**Gráfico 1** Variedade de alimentos e ementas; percentagem de satisfação ao longo de 5 anos (2005-2010)



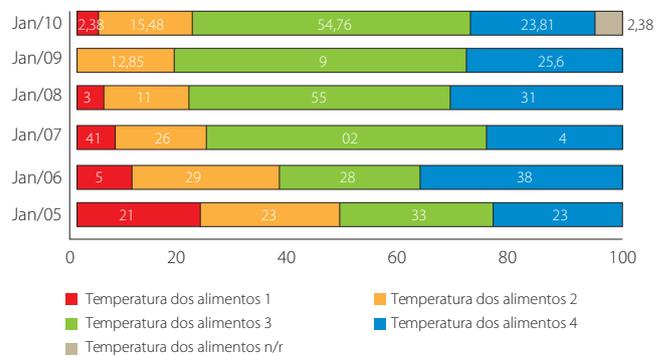
**Gráfico 2** Quantidade de alimentos servida; percentagem de satisfação ao longo de 5 anos (2005-2010)



**Gráfico 3** Qualidade da confeção de alimentos; percentagem de satisfação ao longo de 5 anos (2005-2010)



**Gráfico 4** Temperatura dos alimentos; percentagem de satisfação ao longo de 5 anos (2005-2010)



verificou-se que melhorias da textura da carne, modificados os métodos de confeção, aumentaram a satisfação dos utentes relativamente à alimentação<sup>(5)</sup>.

Ao longo dos anos a Nutricionista da Unidade tem alterado as ementas de forma a serem variadas e irem de encontro aos hábitos e preferências dos utentes internados nesta unidade hospitalar. Este esforço tem-se refletido na melhoria da satisfação dos utentes no que respeita a este parâmetro.

Em 2007 foi elaborado pelas Nutricionistas do Serviço de Nutrição um Manual de Dietas (e aprovado pelo Conselho de Administração) com um conjunto de dietas terapêuticas que poderão ser prescritas de acordo com a situação clínica do doente. Foi aprovado um protocolo de procedimentos do Serviço de Alimentação e articulação da Enfermagem com este serviço. Foi elaborado novo Caderno de Encargos com empresa concessionada com cláusulas técnicas de qualidade alimentar elaboradas pelas Nutricionistas do Serviço de Nutrição e Alimentação. A partir desta data foi feita reunião anual de avaliação da qualidade alimentar com a participação da Administração Hospitalar, da empresa concessionada e as Nutricionistas do Serviço de Nutrição e Alimentação que supervisionam a prestação do Serviço de Alimentação.

Em 2008 foi informatizado o circuito de dietas dos doentes no internamento hospitalar. A prescrição das dietas passou a ser feita pelo Médico na folha de prescrição, via eletrónica, com base no Manual de Dietas. Sempre que surjam situações não contempladas neste manual ou quando o doente necessite de prescrição nutricional individualizada (dieta personalizada) e/ou nutrição artificial é solicitada a colaboração interna da Consulta de Nutrição. As dietas prescritas ficam ativas de imediato podendo ser consultadas e operacionalizadas, sempre que necessário. Os enfermeiros têm a responsabilidade de adequar a dieta prescrita pelo médico/nutricionista a informações mais específicas do doente, tais como: as preferências alimentares (carne/peixe), alimentos não apreciados, intolerâncias alimentares, alergias alimentares, necessidades de modificação da consistência da dieta (dificuldade de mastigação/deglutição) e outras particularidades individuais do doente de ordem religiosa, ética e cultural. Podem ainda requisitar suplementos alimentares atribuídos a doentes/refeição sempre que clinicamente se justifique. São ainda responsáveis pela anulação de refeições sempre que as refeições não vão ser consumidas pelos doentes tais como alta, realização de MCDT, intervenção cirúrgica, entre outras. Todas estas

informações são sumariadas numa etiqueta personalizada que é colocada no tabuleiro dos doentes em todas as refeições.

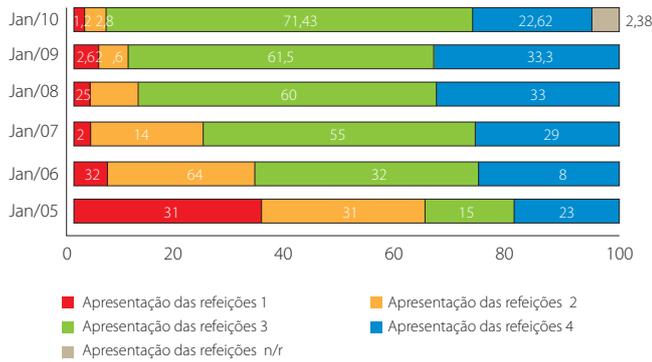
Durante o ano de 2008 o Serviço de Alimentação sofreu obras de requalificação e foram adquiridos novos equipamentos para a confeção de alimentos. Ficou ainda por remodelar o sistema de distribuição de refeições que tem um sistema de reaquecimento antigo que deixa muitas vezes os alimentos ressequidos, condicionando alguns modos de confeção e alimentos como carnes vermelhas. Vários estudos atribuem a melhoria da satisfação dos utentes com a alteração do sistema de distribuição de refeições. A utilização de carros isotérmicos melhora a apresentação e temperatura das refeições aumentando a satisfação dos utentes relativamente à alimentação hospitalar<sup>(4)</sup>.

Em 2009 foi ainda informatizado o protocolo de rastreio nutricional – NRS 2002 que passou a ser de preenchimento obrigatório no processo clínico do doente pelo médico na admissão ao internamento e semanalmente. Com este protocolo permitiu sinalizar os doentes em risco nutricional e identificar os que necessitam de suporte nutricional personalizado.

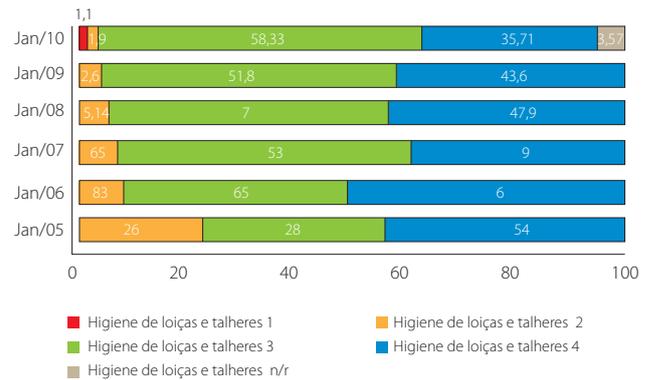
Com estas inovações permitiu melhorar o planeamento do Serviço de Alimentação, um maior



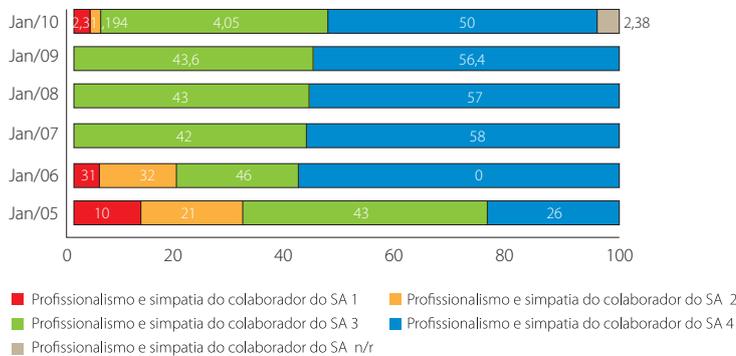
**Gráfico 5** Apresentação das refeições; percentagem de satisfação ao longo de 5 anos (2005-2010)



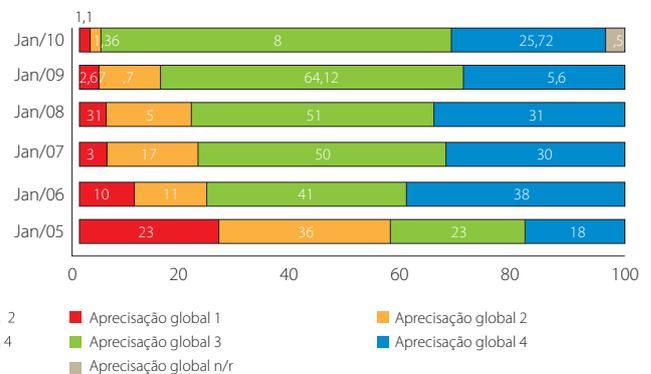
**Gráfico 6** Higiene de louça e tabuleiros; percentagem de satisfação ao longo de 5 anos (2005-2010)



**Gráfico 7** Profissionalismo e simpatia dos Colaboradores; percentagem de satisfação ao longo de 5 anos (2005-2010)



**Gráfico 8** Apreciação global; percentagem de satisfação ao longo de 5 anos (2005-2010)



controlo de stocks de segurança de alimentos e respetiva faturação, um registo eficiente de pedidos e controlo rigoroso de horários de pedidos ao Serviço de Alimentação, personalizados e não estimados. Todas estas alterações induziram maior eficiência, qualidade e rapidez ao Serviço de Alimentação. Além disso a dieta foi personalizada aos doentes no que respeita às necessidades nutricionais, situação clínica, alergias alimentares, necessidades de modificação da consistência da dieta (dificuldade de mastigação/deglutição) e outras particularidades individuais do doente de ordem religiosa, ética e cultural.

### Conclusões

Os Serviços de Alimentação devem ter pessoal qualificado de modo a estudar os fatores que condicionam a baixa ingestão da alimentação fornecida aos doentes de forma a aumentar o consumo alimentar nos hospitais, diminuindo assim os desperdícios e, conseqüentemente, diminuindo os custos hospitalares com a diminuição dos tempos de internamento e melhores resultados clínicos. A avaliação da satisfação dos utentes no que respeita ao Serviço de Alimentação permite identificar as falhas do serviço e tomar medidas de forma a melhorar o serviço prestado.

**“Todos os estudos demonstram que os doentes desnutridos apresentam maior tempo de internamento e custos hospitalares mais elevados (...)”**

A qualidade alimentar é a dimensão do Serviço de Alimentação que gera maior insatisfação e é também o melhor índice de satisfação global. É por isso essencial melhorar o Serviço de Alimentação no que respeita à qualidade alimentar, nomeadamente no que respeita à variedade das ementas, textura, sabor, confeção e apresentação das refeições.

É necessário aumentar a satisfação dos utentes com o Serviço de Alimentação, diminuir o desperdício alimentar, aumentar a ingestão alimentar e promover a adequação nutricional aos utentes. A reestruturação dos sistemas de cuidados de saúde focada nos doentes e na forma de lhe fornecer os serviços com protocolos específicos e personalização da alimentação fornecida permite assegurar o estado nutricional, necessidades e preferências da cada doente. Para isso é necessário criar nos hospitais um grupo

multidisciplinar coordenador da alimentação dos utentes, com pessoal da restauração, administração, médicos, enfermeiros e nutricionistas. ■

### Referências Bibliográficas

- Kondrup J, Johansen N, Plum LM, Bak L, Larsen IH, Martinsen A, et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clin Nutr.* 2002; 21(6):461-8.
- Donini LM, Castellana E, De Guglielmi S, De Felice MR, Savina C, Coletti C, et al. Improvement in the quality of the catering service of a rehabilitation hospital. *Clin Nutr.* 2008; 27(1):105-14.
- Matos L, Teixeira MA, Henriques A, Tavares MM, Alvares L, Antunes A, et al. [Nutritional status recording in hospitalized patient notes]. *Acta Med Port.* 2007; 20(6):503-10.
- González Molero I OF. Influence of temperature on food intake in hospitalized patients. *Nutrición Hospitalaria.* 2008; 23(1):54-59.
- Fallon A GS. Use of the acute care hospital foodservice patient satisfaction questionnaire to monitor trends in patient satisfaction with foodservice at acute private hospital. *Nutrición e Dietética.* 2008; 65:41-46.
- Patel MD, Martin FC. Why don't elderly hospital inpatients eat adequately? *J Nutr Health Aging.* 2008; 12(4):227-31.
- BAPEN, editor. *Hospital food as treatment.* 1999.

## Consultoria em alimentação

A **SENHA** é uma empresa que presta serviços em praticamente todas as vertentes do setor alimentar, quer sejam relativas à segurança alimentar, ao controlo técnico e operacional, ao controlo de custos, à formação, à inovação dos serviços, etc. A ação da empresa abrange ainda os sistemas de gestão de qualidade, bem como sistemas de avaliação nutricional e orientação alimentar de populações escolares. **A abrangência da ação da empresa fez com que desenvolvessem um novo serviço, designado de "Acompanhamento Global". Este serviço pretende reduzir as preocupações com um setor normalmente problemático e conseguir condições para que os serviços de alimentação possam objetivamente melhorar de forma contínua, obedecendo aos pressupostos considerados e/ou pretendidos pelo cliente.**

Para os clientes que possuam serviços de alimentação, quer os serviços sejam próprios ou concessionados, a **SENHA** propõe-se desenvolver sistemas de segurança alimentar (HACCP), continuamente acompanhados através de ações de inspeção e auditoria, para verificação das condições higio-sanitárias existentes (condições das instalações e boas práticas pelos manipuladores de alimentos) e do cumprimento. Estes sistemas poderão evoluir até à certificação por uma entidade externa acreditada para o efeito.

Para clientes com serviços concessionados, destaca-se o apoio na revisão / elaboração de cadernos de encargos para contratação de serviços de alimentação. Este serviço possibilita, de forma contínua, a atualização e melhoria das condições objetivas de contratação, assim como uma permanente contribuição para a definição de soluções geradoras de serviços com qualidade superior e crescente adequação aos interesses e aspirações de clientes e utentes. O nível de adequação e aceitação dos serviços é avaliado através de inspeções higio-sanitárias e de inquéritos dirigidos aos clientes, sempre que possível com recurso ao "Cliente Mistério", considerando a opinião e necessidades dos utentes e ainda as realidades técnicas e operacionais existentes.

O serviço de "acompanhamento global" prende-se ainda com a preservação dos recursos afetos aos serviços de alimentação. A ação de supervisão da **SENHA** sobre as condições de manutenção das instalações, equipamentos e palamenta existente, permite assegurar ao Cliente uma permanente formação da situação e ainda fornecer sugestões que possam contribuir para a resolução dos eventuais problemas que possam surgir.

[www.senha-consultoria.com](http://www.senha-consultoria.com)



## Tetos filtrantes

A Tecnozim dispõe de uma solução ideal para cozinhas e zonas de preparação de comidas. Os tetos filtrantes, desenvolvidos pela GIF, permitem ventilar essas zonas sem correntes e filtrar o ar.

Com esta solução consegue-se lidar com o usual problema de eliminação de vapores gordurosos e dos fumos. Este tipo de teto é composto por um conjunto de cassetes laváveis na máquina, o que segundo a Tecnozim, pode ser a solução ideal para arquitetos e engenheiros de ventilação.

Ao contrário do sistema tradicional de hotte, os tetos filtrantes, não limitam, sendo moldáveis e extensíveis.

Pode ser utilizado em Hospitais, Clínicas, Sanatórios, Casas de Repouso, Restaurantes, Cafetarias, Cantinas, *Self-Services*, entre outros.

Funcionamento e manutenção

Este sistema é basicamente composto por um teto falso suspenso, composto por cassetes individuais de 500 x 500. Cada cassette é composta por um conjunto de defletores e de recipientes inferiores filtrantes de fumos e vapores.

Trata-se de uma solução completa na área ativa, de parede a parede, incluindo grandes secções de saída e entrada de ar, iluminação e painéis de enchimento com uma profundidade de instalação de 200 mm.

Usando a cavidade do teto como uma câmara de pressão, permite que toda a área de superfície seja uma zona ativa de fornecimento de ar.

A boa velocidade de passagem de ar é garantida pelas dimensões e as posições relativas dos defletores, evitando todos os riscos de escoamento das cassetes e garantindo longos períodos de utilização entre duas limpezas.

As cassetes podem ser em aço cromado ou em aço inox cromo-níquel. Em termos de manutenção, as cassetes podem ser facilmente retiradas para limpeza, sendo que deslizam nos perfis suspensos.

### Estética e iluminação

O encaixe das cassetes individuais dá o efeito de um teto contínuo. O conjunto das cassetes é deslizado nuns perfis suspensos ao teto por tirantes. Os suportes para a parede existem em duas dimensões diferentes e utilizam perfis em aço inoxidável.

A iluminação pode ser integrada no teto filtrante, através de lâmpadas fluorescentes suspensas nos perfis ou lâmpadas fluorescentes encastradas entre dois perfis.

### Vantagens

A tecnozim destaca várias vantagens, dentro das quais, o baixo consumo de energia devido à sua perda de carga insignificante. É também referida a flexibilidade de adaptação a novos equipamentos de cozinha. Suprime as correntes de ar e evita as quedas de gordura sobre a zona de preparação e chão. Ao mesmo tempo, tem uma baixo custo de manutenção.

### Certificação

Estes sistema conta com uma certificação ULC, pois, toda a estrutura é em aço inox AISI 304 e é um sistema à prova de chama. Além disso, os componentes individuais são fabricados num processo de etapas tecnicamente sofisticadas, testados e instalados, usando apenas instaladores aprovados pela Hidria Gif. Esta abordagem garante uma instalação competente e livre de problemas bem como uma vida útil longa e fiável.

### Serviços

A Tecnozim não se limita a vender o sistema, faz a montagem do mesmo e futura manutenção sempre que for solicitada.

[www.tecnolim.com](http://www.tecnolim.com)



## SIMIL

### Sistema de distribuição de refeições em tabuleiros isotérmicos

A SIMIL é a representante em Portugal dos tabuleiros Temp-Rite. A normal e crescente preocupação de prestar um “melhor serviço” aos acamados em Hospitais, a par do desenvolvimento dos cuidados de higiene e da crescente necessidade de racionalizar custos, esteve na origem do aparecimento dos “tabuleiros isotérmicos TEMP-RITE”. Estes tabuleiros permitem o transporte de uma refeição completa entre a zona do empratamento e o utilizador sem qualquer risco.

Com um conceito originalmente Americano, o sistema está sediado na Europa desde há cerca de 30 anos, apoiado por uma rede de representantes.

Este modelo está agora disponível e adaptado a Portugal, pois permite, por exemplo, o consumo da sopa em contentor isotérmico, enquanto o prato principal se mantém térmica e higienicamente protegido.

As diversas dietas são porcionadas sob a orientação de um responsável na zona do empratamento, não havendo depois posteriores manipulações.

Os tabuleiros Temp-Rite são fabricados com uma camada de poliuretano injetado, o que permite uma conservação de temperatura por tempo suficiente e de acordo com as normas do HACCP, tanto para os “quentes” como para os “frios”.

É um sistema que interage com a confeção dos alimentos, a nível das condições técnicas e logísticas na zona do empratamento, desempenhando também um papel complementar.

A lavagem executada-se pelos sistemas em uso, não requerendo investimentos suplementares. O tempo de vida médio do sistema situa-se na casa dos 6 anos.

Atualmente este tipo de tabuleiros são usados nos mais

diversos setores: Hospitalar; IPSS; creches e escola; na indústria e em serviços, para apoio a refeições em horários desfasados.



[www.simil.pt](http://www.simil.pt)

## [senha]

**Gestão, Qualidade e Consultoria em Alimentação, Lda.**

**Prestamos serviços no Sector Alimentar:**

### **Higiene e Segurança Alimentar**

- Controlo higio-sanitário de Unidades operacionais (inspeções)
- Controlo dos concessionários de serviços de alimentação
- Formação de Pessoal (“Boas práticas”, HACCP, ISO 22000, etc)
- Consultoria e Apoio para “certificações” (“Codex Alimentarius”, ISO 22000, ISO 9001)

### **Recursos**

- Elaboração de planos de manutenção de equipamentos e respectiva supervisão
- Supervisão e controlo de equipas operacionais

### **Serviços Técnicos (Dietética e Nutrição)**

- Elaboração e análise técnica de ementas
- Avaliação Nutricional e Orientação Alimentar de populações escolares
- Nutrição Clínica

### **Projectos de instalações e serviços complementares**

- Elaboração de “lay-outs” - Distribuição de áreas, implantação de equipamentos e plantas técnicas
- Elaboração de cadernos de encargos completos
- Estimativas orçamentais
- Análise de propostas
- Vistorias de obras

### **GARANTIR A MELHORIA CONTÍNUA DOS SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO**

Senha, Lda. - Madan Parque, Rua dos inventores n°3/4 2815-182 Caparica - Tel.: 21 099 29 74 - [geral@senha-sonsultoria.com](mailto:geral@senha-sonsultoria.com)



**Elaine Pina**

Coordenadora do Programa Nacional de Controlo de Infecção DQS, DGS

**“A avaliação visual é insuficiente para garantir a eficácia das práticas de limpeza. É necessário adotar um método complementar (...) a fim de assegurar um ambiente limpo e seguro nas instituições de saúde.”**

# Métodos de avaliação de limpeza de superfícies

Reduzir a disseminação de microrganismos associados à transmissão de infeções nosocomiais é um desafio constante e importante nos dias de hoje. Apesar das campanhas para a higiene das mãos terem levado a uma adesão significativa a esta prática básica de prevenção de transmissão cruzada num grande número de Instituições de Saúde, não parece estar a obter-se efeitos palpáveis na redução de infeções adquiridas nos hospitais.<sup>(1)</sup> Assim, as atenções têm-se virado para as superfícies ambientais, materiais e equipamentos e o seu possível papel na transmissão cruzada de microrganismos.

**S**empre se considerou que as superfícies ambientais estruturadas constituem um baixo risco quando comparadas com instrumentos cirúrgicos, equipamentos e outros artigos que entram em contacto mais prolongado e mais próximo com o doente<sup>(2)</sup>. O número e tipo de microrganismos presentes estão relacionados com o número de pessoas presentes, o tipo de atividade, presença de humidade, presença de material capaz de suportar o desenvolvimento de microrganismos<sup>(3)</sup>.

As funções da limpeza estão bem definidas<sup>(4)</sup>. Por um lado as *funções não microbiológicas*: melhorar a aparência, manter a função e prevenir a deterioração. Este objetivo estético é importante porque os doentes reparam no nível aparente de limpeza e, quando não é satisfatório, associam-no à pouca qualidade noutras áreas. Também não é de menosprezar o efeito psicológico positivo nos profissionais, de trabalhar num ambiente com aspeto limpo e cuidado<sup>(5)</sup>. Por outro lado, *funções microbiológicas* - reduzir o número de microrganismos presentes através da remoção da matéria orgânica que favorece a sua multiplicação. Esta dupla função pode causar alguma confusão já que uma superfície pode ter uma contaminação significativa e ter um aspeto limpo. Assim, o conceito de limpeza varia de acordo com quem está a fazer a apreciação<sup>(6)</sup>.

Kramer e col<sup>(7)</sup> fizeram uma revisão sistematizada para conhecer o tempo de permanência ou sobrevivência de agentes patogénicos nosocomiais sobre superfícies inanimadas e chegaram a conclusões alarmantes. A maioria das bactérias Gram positivo (incluindo *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina e *Enterococcus* resistente a vancomicina) sobrevivem durante meses em superfície secas. Também as bactérias Gram negativo (*Acinetobacter spp*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Klebsiella spp*) podem sobreviver durante meses, geralmente associadas à humidade. Os vírus entéricos persistem mais (2 meses)

do que os vírus respiratórios (alguns dias). *Candida albicans* foi encontrada durante 4 meses. Os autores concluíram que os agentes patogénicos nosocomiais mais comuns podem sobreviver ou persistir por períodos prolongados e manter-se como reservatório e fonte continuada de transmissão se não forem tomadas medidas preventivas adequadas (limpeza regular e eficaz).

A relevância clínica destes achados tem sido objeto de muita discussão. A maioria dos autores reconhece que não é possível fazer uma correlação direta entre a presença de microrganismos no ambiente e a ocorrência de infeção. Contudo, mesmo não havendo um risco clínico direto, resta a possibilidade de as bactérias ambientais fornecerem um reservatório dinâmico e interativo de genes de resistência no hospital<sup>(8, 9)</sup> podendo ainda favorecer a troca de genes de resistência<sup>(8,10)</sup>.

É claro que as superfícies em si, embora constituindo reservatórios/fontes, requerem uma via para a transmissão até ao doente. A partir dos reservatórios poderá haver uma “mobilização” através de turbulência do ar, aerosolização húmida, contacto indireto através das mãos dos profissionais ou contacto direto com objetos, equipamentos ou materiais contaminados. Assim, as mãos dos profissionais serão o elo mais importante desta cadeia. Contudo, perante superfícies ambientais fortemente contaminadas, mesmo o cumprimento exemplar da higiene das mãos poderá não ser suficiente<sup>(11)</sup>. Numa primeira abordagem torna-se evidente que o risco das superfícies está relacionado com a frequência de contacto manual com as mesmas.

Os fatores ambientais são um dos elos mais fracos da cadeia de transmissão de infeção e são relativamente fáceis de controlar. Contudo a higienização ambiental é, atualmente, uma componente “desprezada” das medidas de controlo de transmissão cruzada de microrganismos. De acordo com Dancer<sup>(12)</sup> esta área nunca foi abordada como uma prática baseada em evidências científicas e torna-se por isso difícil defender padrões elevados de higiene.



© Dmitry Kalinovsky

Acresce que, com as atuais restrições financeiras, os custos com estes procedimentos têm sido reduzidos ao mínimo. Outro motivo para a falta de qualidade generalizada na área de limpeza ambiental é a entrega do serviço a empresas externas. O relatório do Auditor Geral para a Escócia apresentado perante o Parlamento Escocês em janeiro de 2003<sup>(13)</sup> concluiu que os fatores mais importantes para o desempenho do serviço de higienização são: o tempo disponível para as tarefas de limpeza, supervisão e monitorização, recrutamento do pessoal, retenção e absentismo, organização e aplicação de procedimentos e políticas abrangentes. A grande mobilidade desses profissionais e o absentismo tornam difícil o cumprimento das boas práticas sendo raro que sejam cumpridas a totalidade de horas estabelecidas para as tarefas. Também os cadernos de encargos nem

sempre são suficientemente específicos deixando aberta a possibilidade de não-cumprimento repetido. Uma das lacunas mais importantes é a **ausência de monitorização** do desempenho por falta de disponibilidade ou porque não estão definidas as respetivas políticas. Entre as recomendações deste relatório incluem-se a definição de padrões de limpeza, formação e estabelecimento de procedimentos formais de monitorização.

Nas *Guidelines* para o Controlo Ambiental<sup>(14)</sup>, o Centers for Disease Control (CDC) recomenda que se “monitorize (i.e. supervisione e inspecione) o desempenho do serviço de limpeza a fim de garantir a consistência da limpeza e desinfecção de superfícies na proximidade do doente e de contacto frequente pelo doente e profissionais de saúde (por ex. grades de cama, carros, manípulos de torneiras, puxadores

de portas, etc). A maioria das recomendações nesta matéria (tomamos como exemplo o *National Standards of Cleanliness for NHS Trusts in Wales: Performance Assessment*)<sup>(15)</sup> indica que cada Instituição de Saúde poderá adotar as frequências, técnicas, equipamento ou processos que considerar apropriados com base na análise local do risco. No caso em análise, os riscos serão as infeções nos doentes, a imagem pública da Instituição, os riscos para a saúde profissionais e público e ainda o risco de se estar a gastar dinheiro sem o benefício correspondente. O importante é estabelecer padrões de desempenho, i.e. o resultado final pretendido. A análise pode incidir sobre: uma área; um elemento específico (paredes, janelas, pavimento, etc); recursos utilizados; pessoal, equipamento, material; métodos empregues (procedimentos, métodos, atividades) etc., para os relacionar com o efeito final ou consequência – um ambiente limpo e seguro.

### Métodos de avaliação da eficácia da limpeza e/ou desinfecção de superfícies

- Observação macroscópica direta isto é avaliação visual;
- Culturas microbiológicas;
- Bioluminescência ATP;
- Marcação com indicador fluorescente.

**Observação macroscópica direta:** A observação macroscópica direta ou visual pode analisar os diversos pormenores que podem representar a qualidade da limpeza (e manutenção) numa superfície baseada apenas na observação visual sem correspondência com o risco microbiológico<sup>(16)</sup>. No caso específico do pavimento, por exemplo, observa-se a presença de pó, manchas, riscos, humidade, resíduos de sujidade, dando atenção especial às áreas menos acessíveis como rebordos, cantos e espaços à volta e por trás do mobiliário. Contudo, a observação visual, só por si, é uma medida pouco fiável da limpeza e produz resultados demasiado otimistas sobre a eficiência dos processos<sup>(18)</sup>.

**Culturas microbiológicas:** A avaliação microbiológica do ambiente tem sido indicada apenas no contexto de um surto em que se procura identificar o papel das superfícies ambientais como reservatório/fonte do microrganismo na origem do surto<sup>(12)</sup>. A abordagem microbiológica da eficiência da limpeza após a avaliação visual inicial, pode ter duas vertentes: a) pesquisa da presença de microrganismos “indicadores” (MRSA, *Clostridium difficile*, VRE, *Salmonella*) ou b) contagem total de colónias aeróbicas. A sua quantificação pode ser uma medida geral da carga bacteriana. As culturas demoram num mínimo 48 ou mais se for necessário identificar os microrganismos.

**Bioluminescência ATP:** O ATP (adenosinotri-fosfato) encontra-se nas células vivas e detritos celulares de origem microbiana, animal e plantas não



detetando vírus nem príões. É um método largamente divulgado na indústria alimentar<sup>(17)</sup>. Permite uma medida rápida da presença de matéria orgânica e portanto do nível da limpeza (na medida em que a definição de limpeza é a remoção da sujidade). O método de bioluminescência é derivado de uma reação natural no pirilampo. Na presença de ATP,  $Mg^{2+}$  e oxigénio molecular, a luciferase do pirilampo produz luz. A intensidade da luz emitida, medida por um luminómetro, é diretamente proporcional à quantidade de ATP e portanto à contaminação orgânica. Os resultados são apresentados como Unidades de Luz Relativa (Relative Light Units – RLU). O resultado é de leitura imediata.

**Marcação com indicador fluorescente:** Consiste na preparação de uma mistura constituída por cola, sabão e um corante fluorescente que seca rapidamente, mantém-se estável no ambiente, é facilmente humedecido pelos detergentes ou desinfetantes, consegue ser removido por uma fricção ligeira e passa despercebido. O produto é aplicado nos pontos que se pretende estudar e ao fim de duas ou três limpezas vai-se verificar se foi retirado ou ainda permanece no local. Isto permite avaliar se o local foi de facto limpo e se o foi de forma suficiente (de modo a ter retirado todo o produto colocado). Segundo os seus autores<sup>(19,20)</sup> trata-se de um método simples de usar e um instrumento objetivo de melhoria de processo, podendo ser aplicado a um grande número de processos e locais. Tem contudo a desvantagem de apenas avaliar o processo, demorar alguns dias e necessitar equipamento específico de deteção de fluorescência.

### Discussão

Na realidade, não existe um método ideal para avaliação da eficiência da limpeza e, ainda menos, métodos padronizados. Cada um dos métodos referido analisa aspetos diferentes. Se houver sujidade visível é evidente que não se justifica prosseguir para outros métodos de avaliação. O ATP e a avaliação microbiológica medem coisas diferentes (i.e. o estudo microbiológico é limitado aos microrganismos viáveis residuais). Porque aquilo que medem é diferente, de um modo geral, pode-se dizer que o ATP é mais rigoroso. Uma vantagem adicional é a rapidez na obtenção do resultado (menos de um minuto) e a simplicidade de todo o processo, o que o torna um instrumento poderoso para efeitos de formação já que é possível mostrar, de imediato, o resultado ao pessoal. O indicador fluorescente ainda não se encontra comercializado no nosso país e até à data tem sido usado principalmente para estudos de investigação.

O importante é definir os pontos críticos (de contacto manual frequente) a ser avaliados e integrar os resultados nas ações de formação e na revisão dos protocolos estabelecidos. Num estudo



© Jitsak

realizado no hospital dos Lusíadas<sup>(21)</sup> foi possível demonstrar uma melhoria sustentada de qualidade de limpeza na UCI recorrendo ao método de ATP como um instrumento de avaliação das práticas. Após a definição de 15 pontos críticos, numa fase inicial, fez-se a medição antes e depois do procedimento seguida a fim de otimizar a prática. Seguiram-se avaliações periódicas que permitiram demonstrar a manutenção da qualidade da limpeza.

### Conclusão

A avaliação visual é insuficiente para garantir a eficácia das práticas de limpeza. É necessário adotar um método complementar sendo este integrado no protocolo de monitorização regular a fim de assegurar um ambiente limpo e seguro nas instituições de saúde. ■

### Referências Bibliográficas

1. Elaine Pina, Goreti Silva, Etefvina Ferreira. Relatório do Inquérito de Prevalência de Infecção 2010 [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
2. Ayliffe GAJ Babb J e Collins BJ. Environmental hazards – real and imaginary (1986) Health and Social Services Journal (Appendix June 26) pg 3
3. Ayliffe GAJ, Collins BJ e Taylor LJ (1982). Hospital Acquired Infection: principles and practice. John Wright & Sons, Bristol
4. Collins BJ. The hospital environment: how clean should it be? (1988) Journal of Hospital Infection 11 (Suppl A) 53-56
5. Noone P e Griffiths RJ. The effect on sepsis rates of closing and cleaning hospital wards (1971) Journal of Clinical Pathology 24: 721-725
6. Malik RE, Cooper RA e Griffith CJ. Use of audit tools to evaluate the efficacy of cleaning systems in hospitals. (2003) AJIC 31(3): 181-187

7. Kramer A, Schwebke I e Kampf G. How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? (2006) BMC Infectious Diseases ([www.biomedcentral.com/1471-2334/6/130](http://www.biomedcentral.com/1471-2334/6/130))
8. Shlaes DM, Currie-McCumber C e col. Gentamicin-resistance plasmids in an intensive care unit (1986). Infection Control 7: 355-361
9. Jeljaszewicz J Mlynarczyk G e Mlynarczyk A. Antibiotic resistance in gram-positive cocci (2000). International Journal of Antimicrobial Agents 16: 473-478
10. Archer WC, Angstwurm M e col. Drug resistance in intensive care units (1999) Infection 27 (suppl 2):S19-S23
11. Steifel U Cadnum JL et al. Contamination of hands with MRSA after contact with environmental surfaces and after contact with the skin of colonized patients. (2011) Infect Control Hosp Epidemiol 32:185-187
12. Dancer SJ. How do we assess hospital cleaning? A proposal for microbiological standards for surface hygiene in hospitals. (2004) JHI 56: 10-15
13. Auditor General for Scotland. Performance Audit. Hospital Cleaning. Executive Summary (January 2003). Audit Scotland. [www.audit-scotland.gov.uk](http://www.audit-scotland.gov.uk)
14. Sehulster LM, Chinn RYW et al Guideline for Environmental Infection Control. Recommendations from CDC and the HICPAC [www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/eic\\_in\\_HCF\\_03.pdf](http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/eic_in_HCF_03.pdf)
15. Cleanliness Matters toolkit. Practical Guidance for Assessment of Standards of Environmental Cleanliness in HSS Trusts, September 2005 [http://www.dhsspsni.gov.uk/facilities\\_management\\_cleanliness\\_matters\\_toolkit\\_sept05.pdf](http://www.dhsspsni.gov.uk/facilities_management_cleanliness_matters_toolkit_sept05.pdf)
16. Griffith CJ, Obee P et al The effectiveness of existing and modified cleaning regimens in a Welsh hospital (2007). JHI 66: 352-359
17. Mansen D, Hilgenhoener M e Popp W. ATP bioluminescence for kitchen hygiene and cleaning control of surgical instruments (2008) International Journal of Infection Control 4 (1)
18. Mulvey D, Redding P et al. Finding a benchmark for monitoring hospital cleanliness. (2011). JHI 77:25-30
19. Carling PC, Briggs JL et al. Improved cleaning in patient rooms using a new targeting method. (2006). CID 42: 385-388
20. Carling PC. Evaluating the thoroughness of environmental cleaning in hospitals (2008) JHI 68: 273-274
21. E. Pina, E. Ferreira, B. Matos. The use of ATP bioluminescence assay as an educational tool to improve cleaning in ICU. JHI 76S1 (2010) P11.19. 7th International Conference of the Hospital Infection Society 10-13 October 2010, Liverpool UK

Qualidade - Garantida



o seu parceiro em higiene hospitalar

Cleancheck Lda.

Rua das Buganvílias Lt.18

2725-504 Mem Martins

Tel. 21 919 90 25

Fax. 21 015 30 83

mail: geral@clean-check.pt

Web: www.clean-check.pt

Equipamento de limpeza hospitalar da Vermop, Alemanha



Produtos químicos com Eco Label CE e desinfetantes hospitalares da empresa Kiehl, Alemanha

Equipamento electrónico de medição da higiene de superfícies ATP / AMP Kikkoman, Japão



Equipamento vaporização peróxido e desinfetantes em base de peróxido com iões de prata da empresa Diosol, Alemanha

Elaboração de cadernos de encargo de limpeza, procedimentos de limpeza consultadoria



Formação profissional prática e teórica sobre higienização hospitalar

Serviço de descontaminação de ambulâncias com peróxido de hidrogénio



Implementação do sistema de controlo de qualidade de limpeza "CleanCheck-Network" e auditorias de limpeza



### **Marta Rodrigues**

Administradora Hospitalar.

Licenciada em Gestão pelo ISEG.

Coordenadora da Unidade de Gestão Hoteleira do Centro Hospitalar Lisboa Norte - desde 2008 .

(CHLN integra o Hospital de Santa Maria e o Hospital Pulido Valente).

Sócia fundadora da Associação Portuguesa de Hotelaria Hospitalar (APHH) - 2010.

**“O reconhecimento do doente com o hospital, a confiança que este coloca nos profissionais que o assistem e nas terapêuticas que são utilizadas saem fortemente reforçados se este se sentir bem no ambiente recriado na unidade hospitalar”**

# A limpeza e higiene hospitalar num grande centro hospitalar

## evolução dos últimos anos

### **A importância da limpeza e higiene hospitalar**

O doente quando recorre ao hospital, salvo algumas exceções, encontra-se débil e frágil, quer física, quer emocionalmente, pelo que determinados aspetos têm sobre este uma influência desproporcional àquela que teriam noutras circunstâncias. Deste modo, as questões que se relacionam com a arquitetura, o meio envolvente e com a aparência das instalações, a par do conforto do mobiliário e das roupas, da qualidade, quantidade e aspeto das refeições, bem como o asseio e limpeza gerais têm um papel muito importante no primeiro contacto de um doente com o hospital.

O reconhecimento do doente com o hospital, a confiança que este coloca nos profissionais que o assistem e nas terapêuticas que são utilizadas saem fortemente reforçados se este se sentir bem no ambiente recriado na unidade hospitalar. Deste modo, deverá tentar reproduzir-se, tanto quanto possível, em ambiente hospitalar, o conforto de uma casa, de modo a que a sensação de estar num hospital e os receios que isso acarreta para o doente se dissipem. Acresce ainda que, hoje, e mais do que nunca face à emergência de um elevado número de instituições privadas, que elevaram a qualidade da oferta no que diz respeito às infraestruturas disponibilizadas, as condições hoteleiras oferecidas aos Utentes são a imagem que estes guardam na memória e que influenciam a sua expectativa e confiança nos cuidados de saúde que esperam vir a receber. Um hospital limpo e agradável induz a confiança nos Utentes, promove as condições para evitar a ocorrência ou minimizar a transmissão de infeções associadas aos cuidados de saúde e para além disso assegura a existência das melhores condições de higiene e segurança para Utentes, Visitantes, Colaboradores e outros.

Porém, o ambiente hospitalar constitui por si só um local de risco microbiano e patogénico acrescido, pelo que as suas condições de higiene e limpeza são fundamentais para que a atividade

de prestação de cuidados de saúde decorra com garantias de segurança de forma a prevenir e minimizar a propagação das infeções que lhe estão associadas.

### **Evolução da dinâmica da prestação de serviços num grande centro hospitalar**

Da experiência vivida ao longo de oito anos a exercer funções na Unidade de Gestão Hoteleira do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), instituição pública de prestação de cuidados de saúde, posso assegurar que ocorreram mudanças significativas no que diz respeito ao cuidado e relevo dedicados a esta área, quer pelo seu impacto nos Utentes e Colaboradores, quer pela sua importância activa e participante na minimização de infeções associadas aos cuidados de saúde. A preocupação em satisfazer as necessidades reais dos serviços prestadores de cuidados e a adequação dos melhores serviços a essas necessidades tomou lugar de destaque e materializou-se em clausulados de contratação muito exigentes e de caracterização exaustiva do tipo de serviços pretendidos.

Numa instituição pública a contratação deste tipo de prestação de serviços obriga ao cumprimento dos pressupostos estabelecidos para a contratação pública, sendo normalmente processos pesados administrativa e burocraticamente, e onde as reclamações por parte dos concorrentes à avaliação e análise de propostas emitidas pelos Júris teimam em emperrar recorrentemente a entrada em vigor das decisões.

Acresce ainda salientar que numa instituição com a dimensão do CHLN, o qual integra edifícios de grande dimensão, um deles talvez não reproduzível – o Hospital de Santa Maria – especificidades e contingências especiais, no que respeita à partilha dos edifícios com instituições académicas, os processos de mudança e de implementação de dinâmicas de trabalho multidisciplinares são muitas vezes lentos e de gestão difícil.

O primeiro clausulado em que participei, que seria válido para um período de três anos, manteve a linha geral antecedente na descrição pouco exaustiva dos serviços pretendidos. Fazia-se referência ao tipo de limpeza exigido (diária, semanal, mensal, trimestral, semestral), localizava e caracterizava as áreas do hospital por níveis de risco (na altura apenas três níveis de risco), a afetação da carga horária geral ao hospital e o horário específico a praticar em cada serviço foi deixado em aberto para os concorrentes apresentarem livremente, sendo apenas exigido a presença da brigada de limpeza dias úteis no horário das 06h00 às 21h00, com exclusão dos domingos e feriados cujo horário estabelecido era das 06h00 às 12h00, também para os diversos serviços de urgência (urgência central, urgência pediátrica, urgência ginecológica/obstétrica) se estabelecia a presença ininterrupta de um número de elementos em todo o ciclo de vinte e quatro horas. Porém, introduziu algumas inovações, especificamente ao nível do controlo e supervisão do contrato, tais como, a exigência de instalação de um sistema de controlo de assiduidade eletrónico ou biométrico, em prejuízo do sistema manual existente, e a introdução de um dos aspectos que acrescentou maior valor à prestação de serviços, a obrigatoriedade de realização de auditorias mensais por recurso a uma entidade externa especialista na área, da qual decorreria a possibilidade de aplicação de penalizações no caso de não obtenção do resultado mínimo exigido. O nível mínimo para o resultado obtido nas auditorias mensais manteve-se estático durante os três anos de vigência do contrato.

A introdução das auditorias mensais foi o passo que faltava para credibilizar, responsabilizar e envolver os vários intervenientes ativos na prestação de serviços, nomeadamente, o **cliente**, representado em todas as auditorias pela Direção de Enfermagem e pela Unidade de Gestão Hoteleira, pela empresa auditora externa e pela **empresa prestadora de serviços contratada** (gabinete de qualidade, supervisora local e trabalhadora de limpeza afeta ao serviço). Criou-se assim um espaço à discussão periódica dos problemas mais evidentes em cada serviço auditado, o que permitiu ultrapassar barreiras na comunicação (formal e informal), estreitar laços entre os diversos interlocutores, e estabelecer um compromisso partilhado em direção à melhoria contínua, por via da obrigatoriedade de execução de planos de correções às anomalias detetadas, sendo para tal, da responsabilidade da empresa prestadora de serviços a disponibilização dos meios necessários (material e equipa) e do serviço auditado a logística necessária à disponibilização dos espaços a intervir.

Posteriormente foi lançado um novo clausulado de condições contratuais, também para uma vigência de três anos, o qual introduziu alterações significativas ao anterior, as quais derivaram da experiência recente e dos resultados obtidos. As mudanças mais expressivas foram: a carga horária a afectar a cada serviço do hospital foi definida e apresentada com os horários específicos a afetar a cada serviço, bem como o número de elementos a afetar a cada serviço e em cada horário; incluiu-se a limpeza aos sábados, domingos e feriados em horário completo a todos os serviços prestadores de cuidados de saúde; definiu-se o tipo e a frequência de limpeza; definiu-se os níveis de risco (quatro níveis definidos pela Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar); apresentou-se uma lista exaustiva sobre o equipamento e material a disponibilizar permanentemente nas instalações hospitalares, bem como do equipamento e material suplementar, numa lógica de incremento do nível de mecanização da limpeza, quer por recurso a máquinas auto lavadoras para os interiores, quer por recurso a máquinas

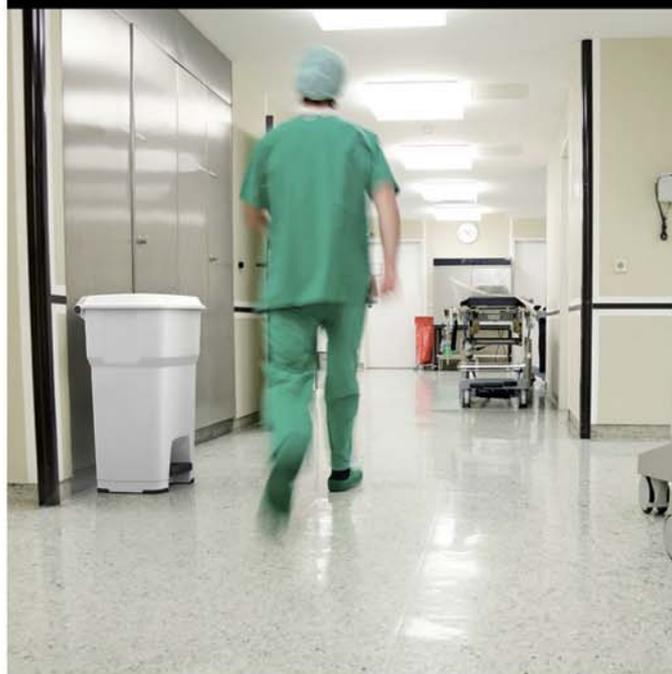
de varrimento e aspiração mecânica para as áreas exteriores, e diminuição do número de colaboradores a afetar a estas áreas, principalmente as áreas públicas interiores e exteriores; e finalmente, incluiu-se pela primeira vez a obrigatoriedade de existir uma equipa não residente para lavagem de vidros, com recurso a sistema específico com



**vileda**<sup>®</sup>  
PROFESSIONAL

## Gestão de Resíduos Topo de Gama

O orgulho e a alegria das suas instalações



Tem orgulho em oferecer um ambiente limpo e convidativo aos seus clientes? Então, também percebe que a gestão de resíduos é uma parte importante da sua estratégia de limpeza em geral.

Seja muito bem-vindo a uma gama completa de produtos, concebidos e desenvolvidos para colocar no interior de qualquer edifício contemporâneo.

Design topo de gama e tecnologia, desempenho excepcional, manuseio e qualidade imbatíveis, são propriedades presentes em cada um dos artigos.

Tudo o resto é um desperdício de dinheiro.



**Geo** - Sistema de reciclagem de aparência metálica

**Iris** - Papeleiras multiusos de aparência metálica

**Hera** - Baldes com pedal. Cumprem com HACCP

**Atlas** - Contentor móvel sobre rodas

**Titan** - Contentores duráveis multiusos

Visite-nos em [www.vileda-professional.com](http://www.vileda-professional.com) ou contacte-nos para [vileda.professional2@thp-ww.com](mailto:vileda.professional2@thp-ww.com)



Helping you make a difference.



varas extensíveis até uma altura máxima de vinte metros. Neste último clausulado foi ainda reforçada a importância da melhoria contínua dos serviços prestados, bem como da necessidade da sua medição, mantendo-se a obrigatoriedade de realização de auditorias mensais por recurso a uma entidade externa especialista na área, procedendo-se porém a uma variação do patamar mínimo para o resultado obtido, assim, para três anos de contrato o patamar mínimo do resultado da auditoria variaria do primeiro para o segundo ano, e do segundo para o terceiro ano, incrementando-se gradualmente o nível de exigência.

Estamos neste momento a meio caminho deste último contrato, e de um modo geral os serviços prestados correspondem ao exigido contratualmente, verificando-se uma maior satisfação dos serviços prestadores de cuidados, aferida quer pelo baixo número de reclamações, que passaram de recorrentes a pontuais, e com uma maior diferenciação do seu conteúdo, quer pelos resultados obtidos nas auditorias mensais.

### Principais Dificuldades e Desafios

O caminho percorrido, no plano das condições contratuais e definição dos serviços pretendidos fez-se enfrentando principalmente as dificuldades intrínsecas ao sector da higiene e limpeza, mas também as de natureza extrínseca, obtendo pequenos ganhos, ainda que significativos, e admitindo que novos desafios irão surgir.

As **principais dificuldades são as intrínsecas ao setor de atividade** e prendem-se com o fator recursos humanos, que é determinante para o sucesso da operação. Este é caracterizado por baixas qualificações e habilitações literárias, insuficiências ao nível da comunicação e compreensão, com um quadro social complexo. Deste modo, é inevitável a existência de um modelo de controlo e supervisão apertado, que se opere por meio de mecanismos concretos e efetivos, por exemplo, a criação de registos obrigatórios de limpeza, a criação de registos de avaliação da qualidade do serviço de limpeza prestado pela colaboradora afeta ao serviço/unidade hospitalar, através do preenchimento de formulário pelo responsável do serviço, etc.

É também fundamental uma aposta forte e determinada das empresas que operam no setor na formação dos seus colaboradores, a qual deverá conter uma vertente teórica e uma vertente prática, assertiva, e que inclua também uma etapa de supervisão dos conhecimentos apreendidos *in loco*.

## “Um hospital limpo e agradável induz a confiança nos Utentes, promove as condições para evitar a ocorrência ou minimizar a transmissão de infeções associadas (...)”

No plano externo, e atendendo ao contexto hospitalar, as principais dificuldades verificam-se ao nível da inexistência de um consenso sobre a uniformização integral de procedimentos, horários e periodicidades das atividades de limpeza, quer no contexto interno das unidades hospitalares, quer no seu contexto externo. Internamente, e a experiência de criação de centros hospitalares compostos por unidades com culturas e *modus operandi* diferentes dificultou a uniformização na contratação dos serviços, e ainda hoje, o modo de proceder é ainda, em alguns casos, distinto. No contexto externo, observa-se que a partilha de conhecimentos e experiências entre os responsáveis pela contratação destes serviços nos hospitais é escassa ou não existe, o que faz com que exista uma disparidade no nível de serviços contratados (horas de limpeza, métodos de limpeza, grau de mecanização, etc.) para hospitais semelhantes, o que contribui para a existência de um setor concorrencial desajustado, facto que pode ser facilmente aferido através da análise das propostas, muitas vezes divergentes, apresentadas pelas empresas aos procedimentos de aquisição encetados pelas instituições hospitalares. Olhando agora aos **desafios**, a actual contingência económico-financeira desfavorável assume lugar de destaque. A necessidade forçada de revisão de todos os

contratos de fornecimentos e serviços externos em baixa pode ter efeitos adversos, nomeadamente no que diz respeito à qualidade dos serviços de higiene e limpeza.

A introdução da vertente de avaliação da qualidade dos serviços, através das auditorias externas trouxe ganhos, que serão, provavelmente, irreversíveis: o espaço gerado para a discussão dos problemas e os laços criados entre os diversos interlocutores. Porém, a necessidade de recurso a uma entidade externa para execução das auditorias poderá ser avaliada e eventualmente abandonada, no entanto, a sua credibilidade e validade serão as mesmas? E, atendendo a que a imposição direta decorrente da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de Dezembro, que aprovou o Orçamento de Estado para 2012 visa reduções percentuais que vão desde os 3,5% até aos 10%, consoante o valor do encargo contratual da prestação de serviços será que o investimento das empresas em formação, em produtos inovadores e de qualidade será o mesmo?

Muitas dúvidas se colocam, porém o caminho a seguir deverá continuar pautar-se pela promoção de um hospital limpo e agradável, que assegure a existência das melhores condições de higiene e segurança para Utentes, Visitantes, Colaboradores e outros. ■



## Higienização pela CleanCheck



A empresa CleanCheck tem introduzido no mercado nacional, desde 2005, uma gama de equipamentos e serviços inovadores e completos relacionados com a higienização em áreas de saúde. Destacam-se

- » Implementação do sistema da medição da qualidade de limpeza "cleancheck Networkt" para controlar o prestador de serviços de limpeza, elaboração de cadernos de encargos de limpeza, procedimentos modernos, checklist e elaboração via internet de resultados mensais da qualidade prestada;
- » Venda de gama de equipamento de limpeza hospitalar da empresa alemã Vermop introduzida em 40 instituições de saúde em Portugal;
- » Venda de produtos químicos com Ecolabel CE e desinfetantes hospitalares, produtos de lavandaria e de cozinha da empresa alemã Kiel KG;
- » Formação profissional de equipas internas e externas sobre todas as questões relacionadas com higienização hospitalar;
- » Venda de equipamento de medição rápida da higiene de superfícies através de equipamento eletrónico ATP/AMP da empresa japonesa Kikkoman, que permite uma leitura dos resultados da contaminação em menos de 20 segundos;
- » Venda e aluguer de equipamento de vaporização de peróxido de hidrogénio com iões de prata para combater eficazmente e rápido qualquer contaminação de superfícies e espaços em instalações hospitalares e lares de 3ª idade;
- » Venda de equipamento de proteção temporária e definitiva de teclados de PC e Laptops em instalações de saúde.

A empresa instala gratuitamente equipamento de limpeza de teste em Blocos OP, UCI, entre outros, apoia equipas locais na elaboração de procedimentos de limpeza e forma as equipas de limpeza do cliente sob a orientação técnica de um colaborador da empresa, mestre de limpeza industrial.

Efetuem serviços na descontaminação com vaporização de peróxido em espaços críticos como Bloco OP, UCI, Serviços de Neonatologia, Urgências e meios de transporte de doentes.

[www.clean-check.pt](http://www.clean-check.pt)

## Vileda Professional a pioneira na limpeza hospitalar avançada

Desenvolvido na Finlândia nos anos 1980, o sistema Swep da Vileda Professional é hoje uma referência no mercado da limpeza hospitalar por toda a Europa. Tudo se baseia num conceito simples de 1 mopa + 1 pano = 1 quarto, com o objetivo claro de prevenir a contaminação cruzada e garantir com máxima segurança o nível de higiene requerido num ambiente de cuidados de saúde.

O principal objetivo do sistema SWEP é limpar sem contaminar, pois consiste na pré-preparação de todos os têxteis a usar (panos e mopas 100% micro-fibras) e utilizá-los por cada zona, quarto ou serviço, prevenindo assim a contaminação cruzada, após a sua utilização procede-se ao envio dos mesmos para a lavanderia, onde aí são lavados e desinfetados.

Segundo a empresa, atualmente o sistema de limpeza hospitalar SWEP é líder em toda a Europa, incluindo Portugal. Hospitais como o de Braga, Cascais, Sto. António – Porto, Lusíadas, Mirandela, Vila Real, Maternidade Júlio Dinis, e todas as unidades de saúde do Grupo José Mello Saúde, como também vários blocos operatórios, tais como Hospital S. Francisco Xavier, Garcia d'Orta, Santa Cruz, Lusíadas, Luz, entre muitos outros são exemplos já equipados com o este sistema.

O Sistema Swep permite também a redução do esforço físico dos colaboradores da limpeza (-30% ao nível dos ombros e -20% ao nível da coluna), bem como a redução dos tempos "mortos", deixando de ser necessário a utilização de baldes de água evitando o desperdício da mesma. Possibilita uma redução acima dos 80% do consumo de água e detergentes. O investimento inicial é compensado pela durabilidade

de todos os utensílios, mopas que permitem mais de 1000 lavagens, e panos mais de 400 lavagens, ambos a 95°C.

A Vileda dispõe de uma equipa de profissionais, bem como ferramentas que permitem elaborar estudos económicos comparativos com o sistema de limpeza atual utilizado versus o Sistema Swep, analisando assim as verdadeiras necessidades de cada cliente no que diz respeito aos custos inerentes à limpeza.

A empresa assume o compromisso de todo o processo de formação a todos os intervenientes, facultando também os planos de higiene, planos de preparação de materiais, manuais de procedimentos, etc.

A Vileda Professional pertence ao grupo Freudenberg, uma familiar com sede na Alemanha. Está presente nos principais países europeus e dispõe de uma ampla rede de vendas.

[www.vileda-professional.com](http://www.vileda-professional.com)



## Novos produtos Diversey Limpeza e desinfecção de hospitais

A Diversey lançou os TASKI Twister Diamond Pads, discos impregnados com milhões de micro diamantes que ajudam a manter os pavimentos mais limpos e brilhantes. Os pavimentos mais difíceis e estragados transformam-se em superfícies limpas, uniformes, brilhantes e polidas.

Na mesma lógica de durabilidade, flexibilidade e tranquilidade na operação, foi lançado o TASKI Nano Trolley. Um sistema completo adequado para o tradicional método de limpeza molhada ou para o método de ultra-microfibras secas ou pré humedecidas. É um sistema leve e compacto, fácil de manusear, equipado com tudo o que o operador precisa: desde os panos, às mopas e todos os outros utensílios necessários, arremados de maneira a ficarem sempre à mão. No que diz respeito às mopas, as novidades são as TASKI JM

Ultra Dry Mop, TASKI JM Ultra Damp Mop e TASKI JM Ultra Interior. São mopas com ultra-microfibras de excelente qualidade, com uma vida útil prolongada (800 ciclos de lavagem) e remoção de bactérias e sujidade.

Nos detergentes as novidades são o Clax Micro forte G, especialmente desenvolvido para a lavagem de mopas e panos de microfibras, e o TASKI sani 4 em 1, um produto desenhado para a limpeza das casas de banho que, além de detergente, é também um desincrustante, desodorizante e desinfetante num largo espectro, nomeadamente, bactericida, fungicida e leveduricida em concordância com os novos critérios de validação da BPD (Diretiva Europeia de Produtos Biocidas).

[www.diversey.com](http://www.diversey.com)

# A gestão dos resíduos hospitalares no contexto do atual quadro legal



## Anabela Santiago

Técnica Superior da Direção-Geral da Saúde – Divisão de Saúde Ambiental e Ocupacional. Licenciada em Engenharia do Ambiente, pela Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa  
Mestre em Engenharia do Ambiente - Gestão de Sistemas Ambientais, pela Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa

**Os Resíduos Hospitalares são os resíduos resultantes de atividades de prestação de cuidados de saúde a seres humanos ou a animais, nas áreas da prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação ou investigação e ensino, bem como de outras atividades envolvendo procedimentos invasivos, tais como acupuntura, piercings e tatuagens (Decreto-Lei nº 73/2011, de 17 de junho, que altera o Decreto-Lei nº 178/2006, de 5 de setembro).**

## Classificação dos Resíduos Hospitalares

Atualmente, a classificação dos resíduos hospitalares é estabelecida pelo Despacho 242/96, publicado a 13 de agosto, que procede à sua divisão em quatro grupos:

- » **Grupo I** – resíduos equiparados a urbanos - não apresentam exigências especiais no seu tratamento;
- » **Grupo II** – resíduos hospitalares não perigosos - não estão sujeitos a tratamentos específicos, podendo ser equiparados a urbanos;
- » **Grupo III** – resíduos hospitalares de risco biológico - resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação, suscetíveis de incineração ou de outro pré-tratamento eficaz permitindo posterior eliminação como resíduo não perigosos;
- » **Grupo IV** – resíduos hospitalares específicos - resíduos de vários tipos, de incineração obrigatória.

Na Circular Informativa da Direção-Geral da Saúde nº 13/DA, de 12 de maio de 2009, encontra-se a Tabela de Correspondência entre os Grupos de Resíduos Hospitalares (Despacho nº 242/96) e os Códigos da Lista Europeia de Resíduos (Portaria nº 209/2004, de 3 de março). Esta Tabela foi elaborada pela Direção-Geral da Saúde e pela Agência Portuguesa do Ambiente, considerando a necessidade de harmonização e de uniformização da classificação dos resíduos e tendo como objetivo uma maior facilitação da classificação dos resíduos hospitalares em termos da Lista Europeia de Resíduos e do preenchimento do Mapa Integrado de Registo de Resíduos.

## Triagem e acondicionamento dos resíduos hospitalares

Uma das fases mais importantes para a gestão eficaz dos resíduos hospitalares produzidos é a sua triagem no local de produção. Esta operação é a base de uma gestão integrada dos resíduos hospitalares nas

unidades de prestação de cuidados de saúde, pois dela depende a redução dos riscos para a saúde e para o ambiente.

Uma vez realizada a separação é necessário recorrer a um correto acondicionamento e armazenamento interno dos resíduos, o que para além de facilitar as operações de recolha e transporte, também diminui os riscos para a saúde dos trabalhadores, dos doentes e dos utentes em geral.

Em matéria de acondicionamento dos resíduos, realça-se a importância da contentorização imediata dos resíduos líquidos perigosos, separados de acordo com as características de cada produto e de acordo com os respetivos métodos de eliminação ou valorização (quando viável).

No encaminhamento dos produtos químicos rejeitados deverá ser tomado em consideração que estes estão classificados no Grupo IV de acordo com o Despacho nº 242/96, sendo de incineração obrigatória, incluindo-se nesta rubrica os produtos químicos rejeitados com risco infeccioso associado.

## Transporte dos resíduos hospitalares

O transporte de resíduos constitui uma das etapas da gestão dos resíduos hospitalares, devendo ser efetuado em consonância com o disposto na Portaria nº 335/97, de 16 de maio, que fixa as regras a que fica sujeito o transporte de resíduos dentro do território nacional.

O transporte de resíduos abrangidos pelos critérios de classificação de mercadorias perigosas deve, igualmente, obedecer à regulamentação nacional de transporte de mercadorias perigosas por estrada (Decreto-Lei nº 41-A/2010, de 29 de abril), que regula o transporte terrestre rodoviário e ferroviário de mercadorias perigosas, devendo nomeadamente ser dado cumprimento às condições estipuladas para a classe 6.2 (matérias infecciosas), bem como às disposições constantes no ponto 6.3 do Despacho nº 242/96.



**“Em Portugal (...) os resíduos pertencentes aos Grupos I e II, considerados não perigosos, podem ter uma gestão equiparada à dos resíduos urbanos, uma vez que não apresentam exigências especiais a nível da sua gestão.”**



A guia de acompanhamento de resíduos hospitalares dos Grupos III e IV consiste no Modelo nº 1429 da Imprensa Nacional – Casa da Moeda. O correto preenchimento das guias de acompanhamento de resíduos (Modelos A e B da Portaria nº 335/97) é essencial para uma boa gestão dos resíduos hospitalares, auxiliando, também, na verificação dos quantitativos registados pelas várias entidades envolvidas.

Os produtores de resíduos hospitalares deverão certificar-se que a operação de transporte destes resíduos é realizada por empresa devidamente habilitada para o efeito, bem como que o destinatário está autorizado a recebê-los.

### **Operações de gestão dos resíduos hospitalares**

Em Portugal, de acordo com o Despacho nº 242/96, os resíduos pertencentes aos Grupos I e II, considerados não perigosos, podem ter uma gestão equiparada à dos resíduos urbanos, uma vez que não apresentam exigências especiais a nível da sua gestão.

A eliminação dos resíduos hospitalares pertencentes aos Grupos III e IV, considerados perigosos, só poderá ser efetuada em unidades devidamente legalizadas em conformidade com o disposto na Portaria nº 174/97, de 10 de março ou no Decreto-Lei nº 85/2005, de 28 de abril.

A Portaria nº 174/97 estabelece as regras de instalação e funcionamento de unidades ou equipamentos de eliminação ou de valorização de resíduos hospitalares perigosos, bem como o regime de autorização da realização de operações de gestão de resíduos hospitalares por entidades responsáveis pela exploração das referidas unidades ou

equipamentos. O Decreto-Lei nº 85/2005, estabelece o regime jurídico a que é sujeita a incineração e da coincineração de resíduos.

Os resíduos pertencentes ao Grupo III poderão ser sujeitos a um método de tratamento físico ou químico, como autoclavagem, micro-ondas ou desinfecção química, ou sujeitos a incineração. Depois de tratados pelos referidos métodos, estes resíduos podem ser eliminados como resíduos não perigosos.

Os resíduos hospitalares do Grupo IV são de incineração obrigatória. Os resíduos citotóxicos e citostáticos devem ser objeto de incineração, a temperatura igual ou superior a 1100 °C, durante pelo menos 2 segundos, pelo facto de poderem conter compostos com teores superiores a 1% de moléculas halogenadas).

As empresas que se encontram licenciadas, pela Direção-Geral da Saúde, para efetuar operações de gestão de resíduos hospitalares, designadamente, dos Grupos III e IV podem ser consultadas, na página da internet desta Direção-Geral em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) (Saúde de A a Z/Resíduos Hospitalares).

### **Registo da produção e da gestão dos resíduos hospitalares**

O Decreto-Lei nº 178/2006, conforme alterado pelo Decreto-Lei nº 73/2011, através do seu artigo 45º, criou o SIRER – Sistema Integrado de Registo Eletrónico de Resíduos, pretendendo agregar toda a informação relativa aos resíduos produzidos e importados para o território nacional e às entidades que operam no setor dos resíduos, estando a operacionalização deste sistema a cargo da Agência Portuguesa do Ambiente.

Na sequência da publicação da Portaria nº 320/2007, de 23 de março, foi revogada a Portaria nº 178/97, de

11 de março, relativa ao mapa de registo de resíduos hospitalares. Assim, as unidades prestadoras de cuidados de saúde pertencentes ou não ao Sistema Nacional de Saúde, têm com a obrigatoriedade de efetuar o seu registo no Sistema Integrado de Registo Eletrónico de Resíduos.

Atualmente, o registo da informação relativa aos resíduos produzidos e importados para o território nacional e às entidades que operam no setor dos resíduos é efetuado através do preenchimento dos formulários do MIRR – Mapa Integrado de Registo de Resíduos (antigos formulários do Sistema Integrado de Registo Eletrónico de Resíduos) no âmbito do SIRAPA – Sistema Integrado de Registo da Agência Portuguesa do Ambiente.

O Guia para o Preenchimento do Mapa Integrado de Registo de Resíduos, bem como o Guia de Utilização do Sistema Integrado de Registo da Agência Portuguesa do Ambiente podem ser consultados na página da internet da Agência Portuguesa do Ambiente em [www.apambiente.pt](http://www.apambiente.pt).

### **Armazenagem dos resíduos hospitalares nas unidades de prestação de cuidados de saúde**

O local de armazenamento interno dos resíduos deverá, preferencialmente, observar os seguintes requisitos:

- » Dispor de equipamento adequado de refrigeração, se necessário, dimensionado de acordo com o quantitativo de resíduos produzidos, a respetiva tipologia e a frequência de recolha;
- » Situar-se dentro da unidade produtora dos resíduos, afastado dos locais de produção e em zona de fácil acesso ao exterior, de forma a permitir a adequada receção/remoção dos resíduos;



- » Ser definido de modo a impedir contaminações cruzadas;
- » Encontrar-se devidamente sinalizado;
- » Ser de acesso restrito ao pessoal responsável pela gestão dos resíduos;
- » Ser dimensionado em função da produção e da periodicidade da recolha e transporte dos resíduos para eliminação ou valorização;
- » Ter a capacidade mínima correspondente à quantidade de contentores necessários à produção diária de resíduos, considerando também o número de dias de intervalo entre recolhas, acrescido do espaço para o armazenamento dos contentores de transporte vazios;
- » Dispor de área fisicamente separável dos contentores cheios e dos contentores de transporte vazios;
- » Dispor de sistema de pesagem dos resíduos hospitalares produzidos, calibrado periodicamente de acordo com a legislação em vigor;
- » Dispor de ventilação natural ou forçada;
- » Dispor de sistemas que impeçam a entrada de animais e que previnam as infestações por roedores, insetos e aves;
- » Possuir teto, paredes e pavimento de material impermeável, liso, facilmente lavável e desinfetável;
- » Dispor de lavatório com torneira de comando não manual;
- » Dispor de pontos de água e de ralos no pavimento com ligação à rede de drenagem de águas residuais para assegurar a higienização, em área específica, dos contentores de deposição e dos carrinhos de transporte interno de resíduos;
- » Dispor de área específica independente para a colocação dos contentores de deposição dos resíduos e dos carrinhos de transporte interno após higienização;
- » Dispor de instalações sanitárias com duche para os trabalhadores, sempre que se justifique;
- » Dispor de plano de emergência;
- » Ficar o mais afastado possível do armazém de produtos alimentares ou da zona de preparação de alimentos.

### Plano estratégico dos resíduos hospitalares

A gestão estratégica dos resíduos hospitalares deverá ter por base o definido no Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares 2011-2016 (PERH 2011-2016).

Este Plano foi elaborado sob a responsabilidade conjunta do Ministério da Saúde (Direção-Geral da Saúde), do Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território (Agência Portuguesa do Ambiente) e do Ministério da Agricultura, Desenvolvimento Rural e Pescas (Direção-Geral de Veterinária), tendo sido aprovado pela Portaria nº 43/2011, de 20 de janeiro.

De acordo com o estabelecido no PERH 2011-2016, com as Ações a desenvolver em consonância com os objetivos definidos, pretende-se assegurar o cumprimento do estabelecido nos normativos legais em matéria de gestão de resíduos e em particular dos resíduos hospitalares, bem como fomentar o conhecimento e o desenvolvimento técnico e científico na área dos resíduos hospitalares.

Os Objetivos e Ações estabelecidos para o período de 2011 a 2016 neste Plano em matéria de estratégia de gestão dos resíduos hospitalares foram baseados nos seguintes Eixos Estratégicos:

- » **Eixo I** – Prevenção;
- » **Eixo II** – Informação, Conhecimento e Inovação;
- » **Eixo III** – Sensibilização, Formação e Educação;
- » **Eixo IV** – Operacionalização da Gestão;
- » **Eixo V** – Acompanhamento e Controlo.

Neste contexto, o PERH 2011 – 2016 pretende dotar os diferentes intervenientes no campo da gestão dos resíduos hospitalares de informação e orientações que os apoiem na tomada de decisão sobre os vários aspetos que envolvem a gestão desta tipologia de resíduos, pressupondo o reforço e convergência de sinergias por parte dos diferentes *stakeholders* visando a efetiva implementação do Plano, num entendimento assumido de responsabilidade partilhada. ■

**“Uma das fases mais importantes para a gestão eficaz dos resíduos hospitalares produzidos é a sua triagem no local de produção”**



© Andrei Orlav



**“Uma das fases mais importantes para a gestão eficaz dos resíduos hospitalares produzidos é a sua triagem no local de produção. Esta operação é a base de uma gestão integrada (...), pois dela depende a redução dos riscos para a saúde e para o ambiente.”**



**Ambimed®**  
Protegendo Pessoas. Reduzindo Riscos.™

EMPRESA CERTIFICADA  
**eic**  
**ISO 9001**  
certificação  
acreditada  
IFAC

EMPRESA CERTIFICADA  
**eic**  
**ISO 14001**  
certificação  
acreditada  
IFAC  
Torres Vedras, Beja  
Barreiro e Braga

## *Gestão Integrada*

# *Resíduos Hospitalares Perigosos*



**Gestão de Resíduos Hospitalares dos Grupos I, II, III e IV**

**Disponibilização de Logística de Acondicionamento de Resíduos**



**Gestão de Resíduos Especiais Perigosos**

**Fornecimento de Consumíveis**

(sacos de plástico e contentores para corto-perfurantes)

**Serviços de Gestão Interna de Resíduos**

Equipas de Funcionários

Meios de Recolha Interna

Sistema Informatizado de Pesagens por Serviço

**SEDE**

Rua Fernando Pessoa, n.º 8 C  
2560-241 Torres Vedras, PORTUGAL  
Tel. +351 261 320 300 Fax +351 261 320 320

E-mail [ambimed@ambimed.pt](mailto:ambimed@ambimed.pt)  
Atendimento ao Cliente: 808 200 246  
[www.ambimed.pt](http://www.ambimed.pt)

## Vileda Professional entra no segmento de gestão de resíduos

A Vileda Professional acaba de entrar na categoria de gestão de resíduos, com a oferta de uma gama de produtos que vai mais além das soluções tradicionais.

Com esta gama alargada de produtos para gestão de resíduos, a companhia pretende oferecer os meios para simplificar a gestão de resíduos recicláveis. Como principais vantagens, a empresa destaca:

- » A integração nos interiores contemporâneos e com os equipamentos utilizados nos edifícios;
- » Um exemplo são as gamas "metálicas" Geo e Iris, que combinam a durabilidade e desempenho do plástico com a estética do aço inoxidável. A Geo acaba de ser galardoada com o reddot design award 2012;
- » Os baldes com pedal Hera, com um sistema de fecho retardado, permite a diminuição do refluxo de ar, são ideais para ambientes silenciosos.

A gama cobre todas as necessidades de uso em interiores e exteriores – desde os baldes com pedal complacentes com regulamentação de HACCP, até aos contentores duradouros multiusos ou contentores de 100L com rodas.

Os produtos são fabricados na Suíça, numa unidade de produção certificada pela ISO9001.



[www.vileda-professional.com](http://www.vileda-professional.com)

## Gestão Integrada de Resíduos Hospitalares pela Ambimed



Desde 1996, a AmbiMed tem vindo a desenvolver no País, em várias Unidade de Saúde, os mais complexos **Sistemas de Gestão Integrada de Resíduos Hospitalares**, onde se incluem as operações de acondicionamento, recolha, transporte, tratamento e destino final, quer para os Resíduos Hospitalares Perigosos, quer para Resíduos Sólidos Urbanos e Recicláveis, Resíduos Líquidos Perigosos e Resíduos Especiais Perigosos. Neste âmbito, a Ambimed fornece diversos consumíveis (sacos, contentores para corto-perfurantes) que garantem a correta implementação dos procedimentos de gestão de resíduos, eliminando o desperdício e tendo sempre presente a adoção das melhores políticas ambientais.

O Serviço de Gestão Integrada de Resíduos integra a disponibilização de equipas de trabalho, deslocadas para o cliente, que se responsabilizam pela gestão interna dos resíduos, nomeadamente, a recolha intra-hospitalar e encaminhamento das diversas fileiras, e respetiva quantificação e registo. Estas equipas de trabalho são complementadas com

todos os meios logísticos necessários à execução do serviço (contentores rodados, carros de transporte, viaturas, tratores elétricos, etc.) garantindo uma excelente relação qualidade/preço do serviço prestado.

Incluem-se ainda, a conceção e realização de sessões de formação aos profissionais de saúde bem como aos elementos diretamente relacionados com a gestão de resíduos; a realização de auditorias de acompanhamento ao sistema de gestão de resíduos; apoio técnico na conceção de "Dossiers Ambientais" para apresentação aos organismos da tutela sempre que solicitados; apoio técnico na conceção e divulgação de regulamentos de gestão interna de resíduos.

O âmbito da prestação de serviços é adaptada à realidade do cliente, com a melhor relação custo/benefício, de forma a garantir a sua completa satisfação, correspondendo às melhores soluções, quer do ponto de vista legal, de saúde pública, de política ambiental e tecnológica.



[www.ambimed.pt](http://www.ambimed.pt)

# Guia de roupa hospitalar

## Um projeto de ajuda à hotelaria hospitalar portuguesa



### Carla Mendes

Licenciatura em Eng.ª Têxtil; Mestrado em Gestão de Produção Têxtil  
Área de Tratamento de Roupas da APHH

### Ângela Mendes

Licenciatura em Eng.ª Têxtil; Mestrado em Engenharia Têxtil - Enobrecimento  
Área de Tratamento de Roupas da APHH

**“Pretende-se desenvolver uma ferramenta de trabalho que permita uniformizar processos na gestão do tratamento e manuseamento da roupa hospitalar, através da elaboração de um guia ”**

**Em virtude das dificuldades financeiras que as instituições de saúde atravessam, a problemática dos custos associados à roupa hospitalar, entende-se como um alvo primordial de atenção.**

**A** correta gestão da roupa hospitalar nas instituições de saúde constitui-se como um fator primordial para a diminuição de custos, nomeadamente através de ferramentas e desenvolvimento de procedimentos de todo o processo inerente à aquisição, tratamento e manuseamento da roupa, promovendo deste modo um ganho de eficácia e eficiência.

Normalmente as instituições de saúde não consideram prioritária a gestão da roupa hospitalar, motivo pelo qual na maioria dos casos não se conhecem critérios rigorosos na escolha dos artigos. Todavia, a Associação Portuguesa de Hotelaria Hospitalar, acredita que esta realidade pode mudar.

Garantir uma adequada higienização da roupa hospitalar, significa ajustar vários fatores durante o tratamento, que independentemente da sua combinação resultam numa ação bastante agressiva para os artigos. Por outro lado, a existência de roupa hospitalar de baixa qualidade resulta numa diminuição significativa do tempo de vida destes produtos, obrigando a aquisições com maior frequência. Para além destes, existem outros fatores que provocam uma maior frequência de aquisições, tais como o uso indevido, ou o extravio em transferências ou altas dos utentes.

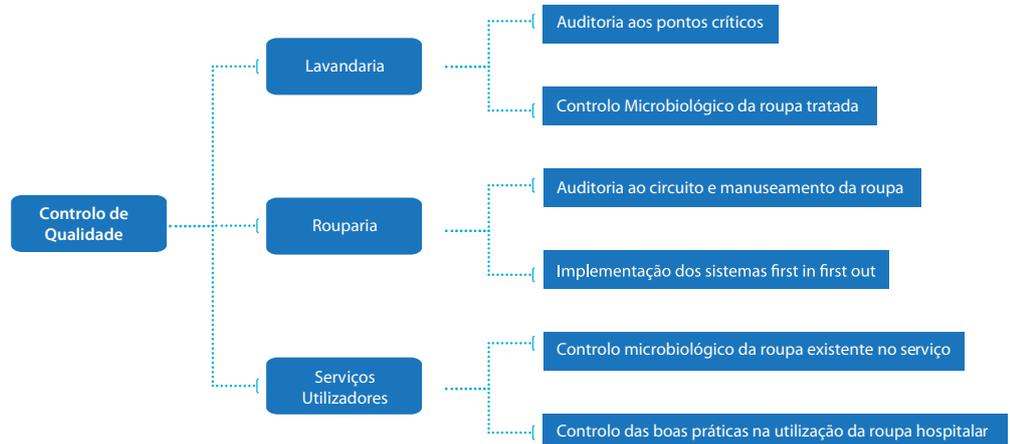
Todos estes assuntos fazem parte da problemática da gestão de roupa hospitalar e serão abordados no “Guia da Roupa Hospitalar”. Este guia constitui-se como um projeto da Associação Portuguesa de Hotelaria Hospitalar, que pretende criar uma ferramenta de trabalho que servirá de orientação para este processo.

Deste modo, a APHH acredita que esta ferramenta representará uma mais-valia na aquisição, locação, tratamento e manuseamento destes artigos

### Objetivo

Pretende-se desenvolver uma ferramenta de trabalho que permita uniformizar processos na gestão do tratamento e manuseamento da roupa hospitalar, através da elaboração de um guia que irá abranger as seguintes temáticas:

- » A roupa nos hospitais portugueses;
- » Processo de aquisição/locação;
  - » Especificações das matérias-primas;
  - » Análise de fornecimento;
- » Controlo de qualidade no tratamento;
- » Reposição por níveis - importância da rotatividade da roupa;
- » Estudo de caso – aplicação das práticas sugeridas no Guia, no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE.





## Desenvolvimento

### A roupa nos hospitais portugueses

A escolha das matérias-primas na maioria dos hospitais portugueses é efetuada, essencialmente com base no preço, dando origem a produtos com tempos de vida reduzidos e desadequados aos tratamentos e utilizações a que são submetidos.

Uma correta caracterização destes materiais, poderá originar uma durabilidade superior, não implicando necessariamente um acréscimo do preço.

### Processo de aquisição/locação de roupa hospitalar.

#### Especificações das matérias-primas

A escolha das matérias-primas deve partir de pressupostos de adequação à função a que se destinam.

A especificação da matéria-prima permitirá evidenciar as características de qualidade dos tecidos usados em cada tipo de artigo de forma a garantir um desempenho adequado.

Por exemplo, no caso dos resguardos que são muitas vezes usados para auxiliar no reposicionamento ou deslocação de um paciente imobilizado, um dos fatores a ser evidenciado é a resistência à tração dos tecidos, característica essa que nos permitirá conhecer a resistência que o tecido apresenta quando é solicitado.

Independentemente da opção pelo sistema de locação de roupa, a instituição não deve abdicar do direito de influenciar a escolha dos materiais, no sentido de prestar o melhor serviço possível ao utente

#### Análise de fornecimento

A escolha dos artigos que melhor se adaptam às necessidades, após a receção das fichas técnicas das matérias-primas, deverá incidir no binário preço/qualidade. Este guia fornecerá tabelas comparativas e indicadores de escolha para alguns grupos de artigos.

No caso do Bloco Operatório, uma das propriedades mais problemáticas a ter em conta nos tecidos utilizados, é a capacidade de resistência à esterilização. Deste modo, este fator terá que ser criteriosamente avaliado e poderá originar a exclusão do produto em análise.

**“A correta gestão da roupa hospitalar nas instituições de saúde constitui-se como um fator primordial para a diminuição de custos (...)”**

## Controlo de qualidade no tratamento de roupa hospitalar

Neste capítulo, poderão ser encontradas várias checklists de avaliação do processo de tratamento e utilização da roupa hospitalar, nos pontos considerados críticos, como por exemplo no processo de distribuição, como é exemplificado na tabela que se segue.

Avaliação do processo de tratamento e utilização da roupa hospitalar
Roupa Limpa
Controlo microbiano.
Controlo da qualidade do tratamento
Seleção do Serviço Utilizador - Análise de Necessidades
Análise das necessidades do serviço
Estudo da reposição por níveis
Transporte
Verificação das condições de transporte da roupa
Análise de circuitos
Entrega e Reposição no Serviço
Análise FIFO
Análise da dotação atribuída

## Reposição por níveis – importância da rotatividade da roupa hospitalar.

O manuseamento incorreto da roupa hospitalar, constitui-se como uma fonte de contaminação, situação crítica num ambiente hospitalar. Deste modo, o armazenamento de roupa limpa num serviço é um fator de risco, motivo pelo qual a circulação dos diversos artigos, de forma periódica, é a melhor opção.

Com base nestes pressupostos, a reposição por níveis é um método que garante a satisfação das necessidades dos diversos serviços, admitindo a rotatividade da roupa hospitalar.

Neste guia, serão apresentadas as formas de cálculo e o esquema necessário à implementação desta técnica.

## Estudo de caso – aplicação das práticas sugeridas no guia, no centro hospitalar Cova da Beira.

Ao longo deste Guia será apresentado um resumo do estudo de caso realizado no Centro Hospitalar Cova da Beira, onde todas estas técnicas foram implementadas e analisadas. ■



© Gajja

# Clax<sup>®</sup> re<sup>✓</sup>ovflow

Na Diversey, utilizámos o profundo conhecimento da lavagem de roupa para desenvolver o Clax Revoflow™ – um sistema inovador, pensado para o seu negócio, de forma a resolver os problemas de eficácia dos sistemas de lavagem tradicionais.

## ✓ Segurança no local de trabalho

Sistema compacto, montado na parede e embalagens ergonómicas com fecho patenteado que evita o contacto com o produto.

## ✓ Simplicidade na utilização

O doseamento automático e um inovador mecanismo de encaixe, que previne a troca de produtos, minimizam a necessidade de formação dos operadores.

## ✓ Uso eficiente dos recursos

A concepção da tampa do Revoflow™ garante um doseamento preciso, optimizando o custo da operação. Fórmulas super concentradas, em embalagens recicláveis tornam a sua lavandaria ambientalmente sustentável.



## Resultados perfeitos, lavagem após lavagem

Avenida Doutor Luís Sá, nº 6, 8, 10  
Zona Industrial da Abrunheira  
2714-505 Sintra – Portugal  
Tel.: 21 9157100  
Fax: 21 9250615  
[www.diversey.com](http://www.diversey.com)

**Diversey**<sup>™</sup>  
for a cleaner, healthier future<sup>™</sup>

# Produzimos Comunicação Especializada



## A Luta pela Lavagem a Frio

por Rui Brandão, Diretor Fagor Industrial Portugal



O mundo da lavagem de roupa viveu uma pequena revolução na imprensa, depois de dois jornalistas do The New York Times, Andrew Martin e Elizabeth Rosenthal, terem publicado no final de 2011 o artigo "Detergentes para Água Fria levam um Duche Frio", onde eles falaram sobre a relutância de muitos norte-americanos para usar produtos específicos para programas de lavagem a frio. Embora o número de consumidores conscientes para os bons resultados desta opção de lavagem não pare de crescer, muitos "seguem o conselho das mães de que a água quente lava melhor, com o qual desperdiçam energia e contribuem para a emissão de gases de efeito estufa", explicam.

O assunto poderia não passar de uma mera anedota, não fossem os números: o aquecimento da água é responsável por 86% do consumo de energia durante o processo de lavagem. E, enquanto há países, como Espanha, nos quais a lavagem a frio é cada vez mais popular, muitos outros há em que continua a ser difícil a sua adoção, incluindo alguns com uma grande tradição de consciência e preocupação ambiental, como é o caso da Alemanha. Noutras partes do mundo, como o Japão, a lavagem a frio foi introduzida como norma há anos atrás, e é raro cidadãos nipónicos optarem por programas de lavagem a quente, a não ser em casos muito excecionais.

No entanto, as evidências sugerem que a relutância à lavagem a frio pode estar a desaparecer. Um dos principais fabricantes de produtos de limpeza dos Estados Unidos tem detetado um aumento da lavagem a frio de 30% em 2005 para 40% nos dias de hoje, nesse país.

Muitas entidades e empresas, acreditam que a consciência ambiental em conjunto com uma educação adequada do consumidor, podem acabar por inverter a balança a favor da lavagem a frio, em poucos anos. Os setores doméstico e industrial têm apostado fortemente neste sistema, procurando não somente uma redução no consumo de energia, mas também oferecer aos seus clientes novas oportunidades de poupança. Mesmo que isso nos leve a contrariar as nossas mães...



www.publindustria.pt

Grupo Publindústria

CJE comunicação  
a empresa  
especializada, lda

ENGEBOOK  
comunicação de engenharia e gráfica

em  
engenharia e média

ixus  
comunicação e consultoria, lda

## Clax PlusBright

desenvolvido a pensar nos custos de operação no tratamento da roupa

A Diversey assume-se como empresa líder em sistemas e soluções de limpeza e higiene para o setor profissional. Dispõe de diversas soluções com o objetivo de reduzir custos de operação dos seus clientes.

Consciente da crescente importância de dispor de processos de lavagem sustentáveis, a empresa desenvolveu uma nova tecnologia - o sistema Clax PlusBright, concebido para uma otimização do processo de lavagem em lavandarias de utilização própria, em especial, nos setores de hotelaria e saúde, de modo a garantir uma maior poupança dos recursos energéticos e do consumo de água, conferindo ainda a máxima proteção dos tecidos, das pessoas e do meio ambiente.

A tecnologia Clax PlusBright resulta da combinação de um detergente enzimático completo de baixa alcalinidade com um branqueador desinfetante oxigenado de elevada eficiência. A presença de enzimas no Clax Plus leva à degradação das proteínas, facilitando a remoção de sujidades proteicas, tais como sangue. O Clax Bright é um branqueador desinfetante de grande estabilidade e eficácia a baixas e médias temperaturas, permitindo deste modo excelentes resultados de lavagem e desinfecção, suportados em testes de eficácia para as atividades bactericida e esporocida, garantindo uma adequada higienização da roupa.

A Diversey reconhece que os seus clientes estão cada vez mais focados em produtos e sistemas

ambientalmente sustentáveis, que lhes permitam reduções dos custos totais de operação, sendo este um fator primordial.

O sistema Clax PlusBright, permite **reduções nos consumos de energia e de água na ordem dos 35%**, bem como uma **diminuição dos tempos de lavagem até 50%**. Todas estas poupanças se devem ao tempo necessário para completar todo o processo de lavagem e à eficiência dos detergentes a baixas temperaturas, reduzindo também a temperatura dos efluentes, causando um menor impacto ambiental.

Através da utilização da tecnologia Clax PlusBright, a **produtividade da lavandaria aumenta até 25%**.

Associado a estes fatores, está ainda o aumento do tempo de vida útil dos tecidos, em cerca de duas vezes e meia, quando comparado com um processo de lavagem que utiliza um branqueador clorado.

Com esta solução, a Diversey materializa um dos seus pilares fundamentais, a preocupação com a sustentabilidade ambiental.

A empresa dispõe também de sistemas de doseamento automático de produtos líquidos de elevada performance, que permitem um controlo efetivo dos consumos numa operação. Conta ainda com uma equipa de especialistas para dar suporte à otimização do processo de lavagem de roupa dos seus clientes.

A Diversey é agora parte da Sealed Air.

[www.diversey.com](http://www.diversey.com)



## Lavagem e desinfecção especializadas de roupa

A Christeysn é uma empresa privada multinacional belga. Actualmente, segundo a empresa, é responsável pelos processos de lavagem e desinfecção de roupa da maioria dos hospitais portugueses. Destacam as seguintes vantagens:

» **Pessoal especializado** em processos de lavagem de roupa, têxteis, microbiologia, equipamento de lava-



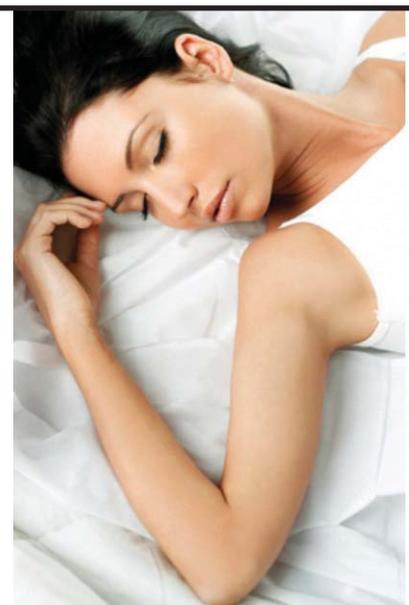
gem e sistemas de doseamento, água e energia, na ótica da gestão de uma lavandaria;

» **Assistência técnica qualificada em 24h – compromisso assumido** porque a Christeysn possui quadros superiores em todo o país;

» **Inovação** em lavandarias, como por exemplo, o desenvolvimento do Sistema Sanoxy, premiado pelo Instituto Hohenstein, pela inovadora concepção de lavagem que permite uma substancial poupança em energia e água e com uma comprovada eficácia bacteriológica, fungicida, virucida e esporocida;

» **Segurança** conferida pela fiabilidade dos sistemas de doseamento, que asseguram uma consistência de resultados através da garantia de doseamento na quantidade exata e no momento adequado, sem intervenção humana.

A empresa garante a qualquer unidade de Saúde o correcto tratamento químico e microbiológico para maior segurança na longevidade e higiene dos tecidos.



[www.christeysn.com](http://www.christeysn.com)



**Ricardo Ferreira**

Responsável Gestão Serviços Hoteleiros e Delegado de Segurança no Hospital do Litoral Alentejano, EPE.

Licenciado em Gestão Hoteleira e Pós-graduação em Segurança

**“Firmeza, confiança, certeza, garantia, evidências, envolvimento e convicção são critérios essenciais para quem gere a Segurança numa unidade hospitalar.”**

# Segurança ...

## um bem imanente ao Ser Humano

É com muita honra que acedi a escrever este artigo pois desta forma poderei com este modesto contributo trazer à discussão um tema que é tão querido entre parceiros que atuam na área da Segurança e Vigilância em estabelecimentos de Saúde. Para este desafio, de escrever para o primeiro número de uma revista que se perspectiva de inegável interesse e sucesso, foi necessário bem mais do que muita inspiração e conhecimento, dedicação e alegria tinha-as em excesso.

**P**or isso é enorme o meu reconhecimento pela iniciativa de se abordar a temática.

Vamos abordar o tema da Segurança segundo uma perspectiva que, esperamos, abra múltiplos espaços para aprofundamentos e desenvolvimentos desta complexa mas desafiante matéria.

### O Conceito

Numa primeira abordagem o conceito de Segurança pode ser entendido como o mais completo *“estado das pessoas ou coisas que as torna livres de perigo ou dano”*, ou num conceito mais denso e sucinto, é o *“afastamento de todo o perigo”* (Dicionário Contemporâneo da Língua Portuguesa, 1881).

Mais recentemente, o conceito foi necessariamente ajustado e a Segurança pública ou jurídica é definida *“como a ordem e a paz baseadas no primado da justiça e do bem comum”* (Enciclopédia Verbo, Edição Século XXI).

Nesta fase conturbada e difícil das Sociedades, a Segurança é sem dúvida um tema que muito diz aos cidadãos, é um dos termos mais utilizados.

Aparece conflituante com a justiça, a uma distância de equilíbrio proporcional à pressão do meio.

Segurança contra terrorismo, vandalismo, sabotagem, do e no trabalho e nas instalações onde trabalhamos, rodoviária, contra incêndios, pública, privada, pessoal, na escola, alimentar, doméstica, comunitária e tantas outras.

### Segurança na Saúde

As unidades hospitalares são organizações que lidam com um elemento extremamente valioso – a vida humana – sendo absolutamente necessária a eficiência da sua funcionalidade a todos os níveis de Segurança, não apenas no aspeto de Saúde, mas também na satisfação e na Segurança de quem está efetivamente na unidade hospitalar.

Numa unidade hospitalar, onde se cruzam e partilham os mesmos espaços, profissionais, utentes,

visitas, acompanhantes, fornecedores e outros agentes, a necessidade de Segurança dificilmente tende para zero.

A insegurança está sempre latente no subconsciente de Todos.

Numa unidade hospitalar, estão sempre presentes, em processo de ebulição e pressão constantes, um considerável número de fatores emocionais a considerar como essenciais para trabalhar a Segurança de pessoas, instalações e equipamentos.

Para além de fatores emocionais inerentes à prática da prestação de cuidados de saúde nos profissionais, são também de considerar os fatores emocionais dos utentes, familiares, visitas e acompanhantes.

Poucos são aqueles que de bom grado procuram as instituições hospitalares.

Quem vem, está por si só psicologicamente fragilizado, inseguro e muitas vezes com um comportamento hostil.

É fundamental que a Segurança como um bem comum, proporcione um bem-estar emocional e sobretudo convoque, envolva e corresponsabilize todos os Profissionais para a “sua causa, causa geral”: a percepção de se estar protegido de riscos, perigos ou perdas.

### A Segurança transmite-se

Transmitir Segurança é sentir que “o outro” está com confiança, com a tranquilidade de espírito, com a garantia de reconhecer o rigor, a competência e o apoio da equipa que gere a Segurança.

Firmeza, confiança, certeza, garantia, evidências, envolvimento e convicção são critérios essenciais para quem gere a Segurança numa unidade hospitalar.

Todos os elementos da equipa de Segurança devem estar unidos em torno da mesma causa e de forma sistémica aumentarem a visão para a melhoria da capacidade de identificação de riscos e ameaças que possibilitem a adoção de medidas práticas e preventivas, que sejam introduzidas e divulgadas, ajustando-se sempre que necessário os Planos de Segurança Internos.

A Segurança não pode ser assacada como responsabilidade única e exclusiva dos Profissionais de Segurança pois é um bem que a todos pertence e todos por ela se tornam responsáveis.

A Segurança depende de Todos – é o lema da unidade de saúde onde trabalho.

O sucesso e a funcionalidade de qualquer sistema de Segurança dependerão do grau de envolvimento, de participação e de cooperação de Todos, que precisam ser estimulados à adoção das boas práticas e procedimentos instituídos de Segurança.

Assim sendo, cabe ao Delegado de Segurança um papel fundamental na prevenção do conflito na organização, mas também uma colaboração e envolvimento totais na conceção, na partilha, na cooperação, na monitorização e posterior divulgação de um conjunto de procedimentos e critérios de Segurança, como o Plano de Prevenção, o Plano Emergência Interno e o Plano de Catástrofe Externa, a Brigada de Primeira Intervenção, Brigadas de Evacuação, Normas de Execução Permanente e Normas Internas.

Há também um papel fundamental a desempenhar na vertente da Segurança contra incêndios em edifícios, onde recentemente, sem qualquer período transitório, se verificou uma mudança total de paradigma da regulamentação, com a unificação e harmonização legislativa desta matéria. Foram criadas

**“É fundamental que a Segurança como um bem comum, (...) envolva e corresponsabilize todos os Profissionais para a ‘sua causa, causa geral’: a perceção de se estar protegido de riscos, perigos ou perdas.”**

as categorias de risco, foi introduzido o critério de carga de incêndio, uma pequena revolução.

Há que saber deitar mão aos instrumentos de prevenção e de procedimentos de instrução em caso de emergência, envolvendo todos os Profissionais e Utentes da organização, através de formação contínua nesta área, por forma a atingir um estado ótimo de Segurança e de bem-estar.

A importância da Segurança, foi ao ponto de a Sociedade Portuguesa através dos seus órgãos legislativos ter regulado a matéria da “Segurança Contra incêndios em Edifícios” através do Decreto-Lei nº 220/2009 de 12 de novembro e respetivo Regulamento Técnico, publicado pela Portaria 1532/2008 de 29 de dezembro, a matéria da “Intrusão em locais vedados ao público” através do Artigo 191º do Código Penal e a

matéria do exercício da “Segurança Privada” através do Decreto-Lei nº 35/2004, de 21 de fevereiro.

Tendo presente esta conflitualidade entre os diversos bens jurídicos (liberdade, informação, justiça, etc.) e o bem da Segurança, sabemos que o equilíbrio depende da atuação dos diversos atores, sendo certo que todos contribuirão para reduzir o risco à expressão ZERO.

Esta foi uma panorâmica, uma perspetiva que convosco partilhei.

Congratulo-me por ter sido criado um lugar de discussão que muito contribuirá para o desenvolvimento destes temas de Hotelaria na Saúde, com proveito para todos os envolvidos. O meu reconhecimento e votos de sucesso à equipa editorial, pelo desafio no lançamento da Hotelaria & Saúde. ■



**UM CLIENTE  
UM CONSELHO  
UMA SOLUÇÃO**

**A Securitas disponibiliza aos seus Clientes, no segmento da Saúde, soluções à medida.  
A formação e o know-how dos nossos Vigilantes fazem a diferença!**

SECURITAS - Serviços e Tecnologia de Segurança, S.A  
Telf.: 21 415 46 00 E-mail: luis.silva@securitas.pt

Alvarás: MAI, nº22A (2004.11.25); nº22B e C (1999.03.04); nº22D (2001.02.07)  
Sistema de Gestão Certificado em conformidade com NP EN ISO 9001 e 14001



securitas.pt

# Estratégias de evacuação em edifícios hospitalares



## Francisco Afonso Medeiros

Técnico Superior de Segurança e Higiene do Trabalho e Responsável pela Elaboração do Plano de Segurança Interno no IPOLFG, E.P.E. Engenheiro e Projectista de SCIE

**“Na generalidade dos hospitais o grau de dependência dos ocupantes varia de serviço para serviço, significando que, regra geral, uma estratégia de evacuação única não será o mais recomendável.”**

Os edifícios hospitalares apresentam aos responsáveis pela conceção, desenvolvimento e implementação da segurança contra incêndio desafios muito diferentes, quando comparados com outros tipos de edifícios. A conceção da segurança contra incêndio em edifícios, com atividades tão diferenciadas como: hoteleira, administrativa, industrial e desportiva, assumem que os ocupantes dos edifícios são independentes em termos de evacuação em caso de incêndio. No caso de edifícios cujo uso dominante é o hospitalar, a maior parte das vezes a realidade é bem diferente. Este artigo tem o propósito de face aos requisitos legais aplicáveis e à realidade da maioria dos edifícios hospitalares em Portugal, opinar sobre a melhor estratégia de evacuação em caso de emergência, nomeadamente, em caso de incêndio.

Quer a anterior legislação<sup>(1)</sup> de Segurança contra Incêndio em Edifícios do Tipo Hospitalar, quer o atual, Regime Jurídico de Segurança contra Incêndio em Edifícios<sup>(2)</sup> e mais concretamente, o seu Regulamento Técnico<sup>(3)</sup> estabelece medidas de compartimentação corta-fogo, as quais têm em consideração a especificidade das atividades desenvolvidas nos edifícios do tipo hospitalar.

Todavia, a sua aplicabilidade aos edifícios já existentes está condicionada às condições de autoproteção que, na maior parte dos casos são concebidas e desenvolvidas na forma de Planos de Segurança Internos, os quais devem ser enviados à Autoridade Nacional de Proteção Civil para efeitos de apreciação da sua conformidade.

Embora o regulamento técnico de SCIE atual já estipule medidas especiais de autoproteção para locais (blocos operatórios e de partos e unidades de cuidados intensivos) em que seja imprevisível a evacuação dos seus ocupantes em caso de incêndio, existem muitos outros locais nos edifícios tipo hospitalar, nomeadamente, nos pisos de internamento, cuja dificuldade de evacuação dos seus ocupantes, embora na maior parte das vezes menos problemática, possui, no entanto, muitos aspetos semelhantes.

Por isso, é natural que os responsáveis, em termos legais, pela Segurança contra Incêndio nos hospitais, função a maior parte das vezes assegurada pelos Presidentes dos Conselhos de Administração, face à legislação aplicável e às condições atuais de segurança contra incêndio dos seus estabelecimentos, se questionem sobre qual a melhor estratégia de evacuação dos seus ocupantes em caso de incêndio, minimizando o investimento necessário à sua implementação, fator, certamente, muito

relevante nos tempos de crise que o país atravessa, sem colocar em causa a sua eficiência e eficácia.

Obviamente, melhor do que ter um bom plano de resposta à emergência (Plano de Emergência Interno) é existir um Plano de Prevenção eficaz. No entanto, por muito bom que seja o Plano de Prevenção, existem variáveis sobre as quais as organizações não têm controlo, sejam elas internas ou externas e que podem desencadear situações de emergência. Nesta circunstância, a pergunta chave é: Qual a melhor estratégia de evacuação? Para responder a esta pergunta, um dos critérios fundamentais será conhecer qual o grau de dependência dos ocupantes da instalação, em termos de mobilidade e de perceção e reação a um alarme. Na generalidade dos hospitais o grau de dependência dos ocupantes varia de serviço para serviço, significando que, regra geral, uma estratégia de evacuação única não será o mais recomendável.

Considerando que, um dos critérios condicionantes do tipo de evacuação a implementar é o grau de dependência dos pacientes, poder-se-á subdividi-lo em três categorias:

- » **Independentes** – Os pacientes não se encontram afetados na sua mobilidade, encontram-se fisicamente capazes de deixarem as instalações sem auxílio dos profissionais ou com uma ajuda mínima de outra pessoa, em caso de incêndio;
- » **Muito dependentes** - Aqueles pacientes cuja a condição e/ou o tratamento clínico cria uma grande dependência de outras pessoas, nomeadamente dos profissionais. Nestes devem ser incluídos os pacientes que se encontram nas Unidades de Cuidados Intensivos e nos Blocos Operatórios, entre outros;
- » **Dependentes** - Todos os pacientes com exceção dos considerados nas outras categorias.

Atendendo ao grau de dependência dos seus ocupantes e à variabilidade da sua localização dentro das instituições, é natural que a estratégia de evacuação mais adequada às utilizações-tipo "hospitales", não seja uniforme em toda a instalação, mas pelo contrário considere a particularidade dos seus ocupantes. Portanto, é normal que os seus planos de evacuação sejam constituídos por uma combinação de várias estratégias de evacuação, tais como:

- » **Evacuação simples** - Esta estratégia é mais adequada nos locais/serviços em que os seus ocupantes, predominantemente, pertençam à categoria dos independentes;
- » **Evacuação horizontal progressiva** - Esta estratégia é provável que seja necessária onde os ocupantes sejam dependentes da ajuda dos profissionais para evacuarem. Consiste na movimentação dos ocupantes do local afetado pelo incêndio, para um subcompartimento ou compartimento corta-fogo adjacente, localizado no mesmo piso, onde os ocupantes possam esperar em condições de segurança razoáveis, enquanto o sinistro é debelado, ou aguardem por uma evacuação posterior para outro compartimento corta-fogo similar, ou caso se verifique necessário, seja levada a cabo uma evacuação, através duma via vertical de evacuação protegida, para um local totalmente seguro (ver figura 1);
- » **Evacuação diferida** - Em alguns locais das instalações hospitalares pode não ser desejável ou prático evacuar os ocupantes de imediato, por exemplo: por causa de condições médicas ou de tratamentos.



Nestas circunstâncias pode ser apropriado permitir que os ocupantes permaneçam nos locais onde se encontram, enquanto o incêndio é combatido e a situação perigosa é debelada, ou para possibilitar tempo adicional necessário para preparar a sua evacuação, esta estratégia aplica-se por exemplo: nos blocos operatórios ou nas unidades de cuidados intensivos. Para que esta estratégia possa ser implementada, estes locais devem constituir compartimentos corta-fogo. Todavia, mesmo nos casos em que esta estratégia seja a adotada, é requerido um plano de evacuação adequado à realidade dos locais e à especificidade dos seus ocupantes.

Face ao exposto a minha opinião é a de que os planos de emergência internos dos hospitais e, particularmente os seus planos de evacuação, deverão

possuir a flexibilidade necessária, de modo a incorporar as estratégias mais apropriadas às características específicas da sua ocupação humana, sendo normal que sejam constituídos por várias estratégias de evacuação. Esta abordagem enfatiza a relevância da proteção passiva contra incêndio, nomeadamente, a correta definição, implementação e teste periódico da eficácia dos subcompartimentos e compartimentos corta-fogo, na estratégia de evacuação dos estabelecimentos do tipo hospitalar, visto que as suas principais funções são as de: limitar a propagação do incêndio, preservar a estabilidade estrutural dos edifícios e permitir e facilitar a evacuação dos seus ocupantes. ■

#### Referências

- 1 - Decreto-Lei n.º 409/98 de 23 de dezembro;
- 2 - Decreto-Lei n.º 220/2008 de 12 de novembro;
- 3 - Portaria n.º 1532/2008 de 29 de dezembro.

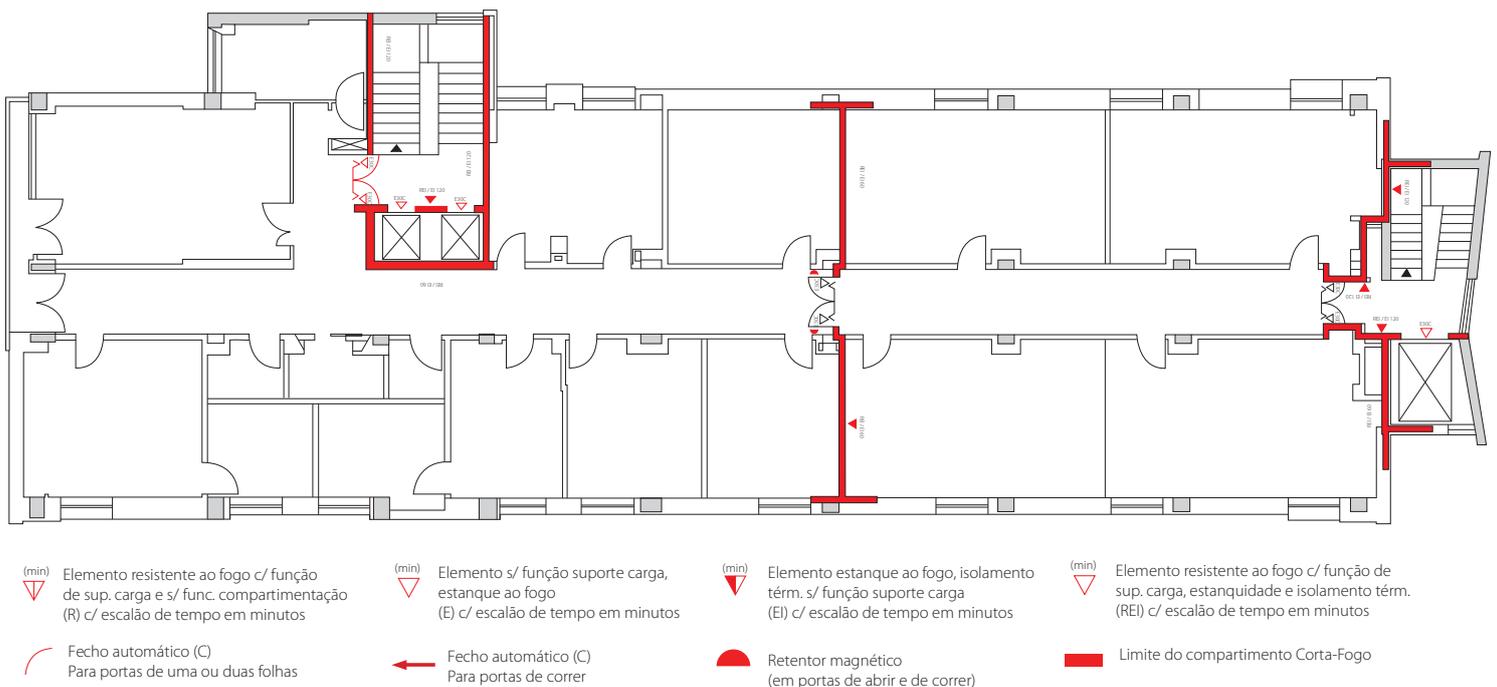


Figura 1 Exemplo de compartimentação corta-fogo adequada à realização de evacuação horizontal progressiva



## Luís Silva

### Gestor de Filial

Vigilância Especializada da Securitas

**Os serviços de segurança e vigilância têm evoluído positivamente e para tal tem contribuído o recurso dos hospitais a empresas especializadas. Poderemos ainda atingir melhores resultados se desenvolvermos uma cultura de segurança, como apela Luís Silva, Gestor de Filial de Vigilância Especializada da Securitas. A Securitas, uma empresa fundada em 1934 na Suécia, está a operar em Portugal há mais de 45 anos. Luís Silva cedeu a sua visão e a da empresa sobre o estado e a atuação dos serviços de segurança e vigilância nos hospitais portugueses.**

**Hotelaria&Saúde (HS): A vigilância e a segurança em unidades de saúde adquirem especial importância. Como define e analisa a evolução deste serviço?**

**Luís Silva (LS):** A segurança global de uma unidade de saúde é algo complexo, com impacto em variadíssimas áreas. O serviço de vigilância neste tipo de instalações tem uma importância especial, estando integrado num conjunto ainda mais vasto de serviços que são essenciais, para o bom e nor-

mal funcionamento de uma unidade hospitalar. O serviço de vigilância, numa fase inicial começou por ser assegurado pelo próprio hospital com recurso a funcionários, designados por porteiros ou auxiliares porteiros, que tinham como função o controlo das áreas interiores do hospital.

Numa segunda fase, e devido à grande pressão a que os hospitais foram sujeitos, quer pelo crescimento da população, quer pela democratização do automóvel, generalizaram-se os serviços de vi-

gilância privada nas unidades hospitalares. Como é sabido a generalidade dos hospitais mantiveram a mesma área física, por força da localização no interior das cidades ou mesmo pelas origens dos edifícios (conventos, por exemplo), originando um problema de estacionamento, acessos e circulação no hospital.

Na generalidade, verificou-se ao longo do tempo, uma evolução nos serviços de vigilância, ciclo este que está associado ao conhecimento e exigência, por parte da entidade contratante que, para além do enfoque no preço pelo preço, passou a considerar a capacidade e o *know-how* do prestador de serviços.

**HS: Os profissionais e utentes de unidades de saúde encontram-se num estado emocional peculiar, qual o âmbito e abrangência da atuação do vigilante neste setor? Existe formação especializada?**

**LS:** Face à situação económica e social, os utentes, acompanhantes, os profissionais de saúde e mesmo os vigilantes, vivem diariamente situações muito especiais. Neste âmbito, o prestador de serviços de segurança, numa primeira linha, tem que saber acompanhar os seus vigilantes, para que estes tenham uma estabilidade emocional para desempenharem plenamente e com todas as suas capacidades as funções que lhe estão atribuídas.

Nos hospitais e centros hospitalares, o serviço de vigilância assenta essencialmente na vertente da vigilância especializada. Estamos a falar em instalações nas quais trabalham em média 2.500 a 3.000 funcionários e prestadores de serviços, com uma frequência média diária de 5.000 a 6.000 utentes, ou seja, o equivalente a uma pequena cidade que vive 24 horas por dia.

É realizado um grande trabalho de prevenção, gestão de conflitos, vigilância pura, controlo de acessos, monitorização de meios electrónicos de segurança, simulacros, primeira intervenção em combate a incêndios e a colaboração com os serviços internos do hospital (manutenção, departamento de comunicação, direcções clínicas, serviços hoteleiros). A atuação em todas estas áreas, implica necessariamente, para além da formação geral, uma formação específica, incluindo reciclagem anual.

**HS: O *outsourcing* representa, naturalmente, vantagens, mas também riscos, e nos cuidados de saúde todos os serviços de apoio ao ato médico contam. Como minimizar os riscos?**

**LS:** Considero que tudo o que não esteja dentro da atividade principal do hospital (prestação de cuidados de saúde), deve ser contratado em *outsourcing*, com o devido acompanhamento e fiscalização, como é o caso da vigilância. Do lado da unidade hospitalar, a minimização dos riscos no *outsourcing*

de serviços de vigilância, implica que o hospital tenha uma política de segurança, que defina que os seus fornecedores e parceiros contribuam ativamente na melhoria contínua da Vigilância do hospital. Para tal tem que saber e conhecer o que vai contratar, deve identificar requisitos de seleção e qualificação do seu fornecedor, para além do factor preço, exclusivamente. O objetivo será selecionar, de entre os melhores e mais qualificados, o fornecedor que oferece a melhor solução global.

Por outro lado, o prestador de serviços deve saber selecionar, formar, reciclar, conhecer o segmento da saúde e as particularidades de uma unidade hospitalar. Deve também ter procedimentos adequados e ajustados regularmente às mutações do próprio hospital e do universo que rodeia o hospital e os seus utentes.

---

**“(...) ainda está para ser dado um passo fundamental, a mudança de mentalidade e atitude, interiorizando uma cultura de segurança.”**

---

**HS: Como funciona a interligação com os restantes meios de segurança, nomeadamente com sistemas de vigilância eletrónicos?**

**LS:** Nos dias de hoje, para uma vigilância efetiva de uma unidade hospitalar, é essencial o auxílio dos meios eletrónicos de vigilância, porque a vigilância humana especializada, só por si, não é a solução (o vigilante não pode estar em todo o lado e detetar tudo), nem tão pouco os meios eletrónicos de vigilância só por si resolvem os problemas, só os detetam.

Atualmente, dentro dos variadíssimos meios eletrónicos disponíveis, o vigilante tem como atribuição a monitorização e intervenção aos sistemas de proteção contra rapto de crianças e recém-nascidos, detecção de incêndio, sistema automático de extinção, detecção de inundação, detecção de líquidos combustíveis, detecção de gás combustível, gases medicinais, proteção do heliporto, sistema de gestão centralizada de perigos, CCTV (videovigilância), controlo de acessos, detecção de intrusão.

É a coordenação destes meios (humanos e eletrónicos) e de todos estes sistemas que permite uma abrangência na vigilância de um hospital.

Foram dados passos largos na capacidade de proteção e vigilância de uma unidade hospitalar, no entanto ainda está para ser dado um passo fundamental, a mudança de mentalidade e atitude, interiorizando uma cultura de segurança.

**HS: Tradicionalmente a Securitas é uma empresa de vigilância humana, porquê a incorporação de um departamento de vigilância eletrónica?**

**LS:** A Securitas sempre teve uma componente de serviços de segurança eletrónica. Num passado mais recente, utilizou o *outsourcing* nesta área, mas voltou agora a optar por incluir na sua estrutura um Departamento de Tecnologia e Inovação, vocacionado para a segurança eletrónica, complementar dos serviços de Vigilância Humana.

Naturalmente que cada caso tem a sua particularidade. A presença exclusiva de um vigilante pode, por vezes, criar uma falsa noção de segurança. A incorporação dos meios eletrónicos de vigilância é essencial para complementar a vigilância humana especializada, mantendo ou até melhorando o grau de proteção das instalações.

**HS: Os serviços são inseparáveis ou pode o cliente continuar a optar por fornecedores diferentes?**

**LS:** A opção da Securitas é prestar um serviço que vai para além do serviço da Vigilância Especializada ou da Vigilância Electrónica. Com mais ou menos intervenção de uma ou de outra, o que nos preocupa é o serviço e a melhor solução de segurança para cada instalação.

O cliente pode ter um sistema de CCTV de um determinado fornecedor, um sistema de detecção de intrusão da Securitas, a Vigilância Especializada ou por Rondas da Securitas. A nossa preocupação é podermos retirar toda a rentabilidade e utilidade dos meios existentes para uma vigilância efetiva, nomeadamente com a monitorização do sistema de CCTV e do sistema de intrusão na nossa Central Receptora de Alarmes (CRA) complementada com os serviços de assistência técnica, piquete de intervenção e monitorização das comunicações. Podemos ainda avançar para a integração de sistemas e para a monitorização remota, com claras vantagens para o cliente.

A mais valia que a Securitas oferece aos clientes do segmento da Saúde, é o seu *Know-how*, a análise, a avaliação dos riscos e a sua adequação às necessidades reais. E, naturalmente, a possibilidade de o cliente poder beneficiar de um único interlocutor para todas as suas necessidades de segurança.

Acreditamos que um serviço de segurança não permanece válido desde o primeiro dia para todo o sempre. O que oferecemos aos nossos Clientes é uma solução de Segurança que vai evoluindo à medida que a actividade do Cliente se desenvolve.



**HS: Como define o conceito de inovação aplicado à Segurança e Vigilância no setor da saúde?**

**LS:** A inovação da segurança no sentido global, passa por uma perspetiva holística. Temos legislação a todos os níveis, temos investimentos em equipamentos e instalações, temos planos de proteção e de emergência... mas falta-nos articular todos estes meios e desenvolver uma cultura de segurança.

Se perguntarmos aos funcionários de um departamento de um hospital, se sabem como agir em caso de incêndio, ou se sabem onde é o ponto de reunião em caso de emergência, talvez isso nos faça compreender a falta que faz a existência de uma cultura de segurança.

A preocupação de segurança, não pode ser só exclusivamente da equipa de vigilância, mas de todos! Desde a administração, passando pelos funcionários administrativos, auxiliares, enfermeiros, médicos, prestadores de serviços e equipa de vigilância.

Mas para que tal aconteça há que envolver todos numa cultura de segurança e aplicá-la diariamente e não simplesmente pela forma mais fácil, por “decreto”. Importa saber que o descuido de um (exemplo: fumar nas escadas de emergência) pode provocar um problema de segurança (probabilidade da porta de emergência ficar aberta e fácil acesso a pisos restritos como, internamentos, bloco cirúrgico, maternidade, etc).

O nosso conceito de segurança implica estarmos muito próximos do cliente, desenhando a evolução das soluções de segurança em conjunto com o Cliente, numa perspetiva de *win-win*, em que ambas as partes saem vencedoras! ■

## Transporte não urgente de doentes: novas regras



A partir de 1 de junho de 2012, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) assegura o transporte não urgente de doentes, mediante prescrição médica do transporte justificada pela situação clínica do doente e de acordo com a sua condição económica, nos seguintes termos:

Com insuficiência económica (sem qualquer encargo para o utente):

Se o rendimento médio mensal for até 628,83 euros e uma situação clínica que justifique o transporte (abrange membros dependentes do respetivo agregado familiar). Ou então por incapacidade igual ou superior a 60%, desde que o transporte se destine à realização de cuidados originados pela incapacidade e/ou se tiver uma condição clínica incapacitante. E ainda quando há a necessidade de técnicas de fisioterapia, durante um período máximo de 120 dias, sem prejuízo de poder ser reconhecida a extensão desse período, em situações devidamente justificadas pelo médico assistente, previamente avaliadas e autorizadas, caso a caso, pelos órgãos de gestão das entidades do SNS responsáveis pelo pagamento dos encargos. Além de outras situações clínicas que justifiquem a necessidade de transporte não urgente.

Sem insuficiência económica (com encargo parcial para o utente):

Quando se tratem de cuidados de saúde de forma prolongada e continuada; doentes renais crónicos (pelo menos 8 deslocações em 30 dias); reabilitação em fase aguda (máximo de 120 dias e, pelos menos, 8 deslocações em 30 dias). Ou ainda noutras situações clínicas justificadas pelo médico assistente, avaliadas e autorizadas pela entidade do SNS responsável pelo pagamento dos encargos (pelo menos 8 deslocações em 30 dias). Estão também incluídos os doentes oncológicos (sem limite de deslocações mensais).

Nestas deslocações, o SNS suporta o custo de transporte, com o pagamento mínimo, pelo utente, de um valor único por trajeto, o qual nunca ultrapassará o pagamento máximo de 30 euros/mês, em:

- » Ambulância - 3 euros até 50 km (11,8% do custo real) + 0,15 euros por cada quilómetro adicional;
- » Veículo de transporte simples de doentes (VTSD) -

2 euros até 50 km (11,4% do custo real) + 0,10 euros por cada quilómetro adicional.

Em regra, o transporte é efetuado em veículo de transporte simples de doentes (VTSD), exceto na situação clínica incapacitante do utente acamado, necessitado de transporte em isolamento, em cadeira de rodas por se encontrar impossibilitado de assegurar a marcha de forma autónoma, com dificuldade de orientação e ou inconveniência de locomoção na via pública e de modo próprio, devendo nestes casos o transporte ser efetuado em ambulância.

Considera-se transporte não urgente o transporte de doentes associado à realização de uma prestação de saúde e cuja origem ou destino sejam os estabelecimentos e serviços que integram o SNS ou as entidades de natureza privada ou social com acordo, contrato ou convenção para a prestação de cuidados de saúde, nas seguintes condições:

- » Consultas, internamento ou cirurgia de ambulatório;
- » Tratamentos ou exames complementares de diagnóstico e terapêutica;
- » Transporte do doente após a alta de internamento, com prévia prescrição médica;
- » Transporte do doente após a alta de urgência, com prévia prescrição médica.

O utente a quem seja reconhecido o direito ao transporte, através de prévia prescrição médica, pode beneficiar da presença de um acompanhante sempre que o médico justifique a sua necessidade.

Ficam excluídos deste transporte não urgente os doentes vítimas de doenças profissionais ou acidentes de trabalho, os beneficiários de subsistemas de saúde, os transferidos entre estabelecimentos e serviços do SNS de doente internado e as consultas de submissão a juntas médicas.

Continua isento o transporte urgente/emergente de doentes, nas condições da triagem de Manchester (cores vermelha, laranja, amarela - a confirmar pelo médico do Serviço de Urgência) e noutros serviços, que não disponham ou não utilizem este sistema de triagem.

## Nova Unidade de Cuidados Continuados em Coruche

O Ministro da Saúde, Paulo Macedo, e o Vice-Presidente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), Luís Pisco, inauguraram, dia 31 de maio, a Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Coruche.

No âmbito do Programa Modelar, a Santa Casa da Misericórdia de Coruche construiu de raiz esta nova Unidade de Cuidados Continuados (UCC) para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), tendo sido financiada com 750 mil euros de investimento público.

A Unidade de Cuidados Continuados Luís Dias, que iniciou atividade a 2 de maio, conta com 15 camas de longa duração e manutenção e 15 camas de média duração e reabilitação, estando completa a sua taxa de ocupação nesta data.

Estas 30 camas representam um reforço para o apoio prestado por esta rede na região de Lisboa e Vale do Tejo que conta com 52 unidades de internamento de cuidados continuados integrados, o que corresponde a 1.272 camas com as seguintes tipologias: convalescença - 157; cuidados paliativos - 68; média duração e reabilitação - 401; longa duração e manutenção - 646.





## Novas condições de funcionamento de Lares de Idosos

Foi publicada em Diário da República, no passado dia 21 de Março, a Portaria n.º 67/2012 que estabelece as novas condições de funcionamento de Lares de Idosos.

As disposições deste diploma aplicam-se, nomeadamente, a estruturas residenciais a implementar em edifícios a construir de raiz ou em edifícios já existentes a adaptar para o efeito, bem como aos que tenham em curso processo de licenciamento da construção ou da atividade, à data de entrada em vigor da presente portaria.(vd. artigo 2º) Assim, esta portaria revoga o Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de Fevereiro, o Despacho Normativo n.º 30/2006, de 31 de março, e o Despacho Normativo n.º 3/2011, de 16 de fevereiro.

Com esta portaria há maior flexibilidade nas áreas funcionais e os metros quadrados, que na anterior legislação se encontravam desajustados.

Este documento estabelece que as estruturas residenciais só poderão ter a capacidade máxima 120 residentes, não podendo ter menos de 4 residentes. A estrutura residencial deve ser organizada por unidades funcionais, entendendo -se por unidade funcional o conjunto de áreas funcionais, fisicamente agrupadas e equipadas para o alojamento dos

residentes em ambiente confortável e humanizado e para a prestação dos serviços.

A capacidade máxima de cada unidade funcional -é de 60 residentes. Contudo, há uma excepção, que diz que quando a capacidade da estrutura residencial for até 80 residentes, é dispensada a obrigatoriedade de existência de unidades funcionais. Passam também a estar discriminadas o conjunto de

atividades e serviços que estas estruturas residenciais têm de fornecer e é obrigatório a elaboração de um processo individual do residente, "com respeito pelo seu projeto de vida, suas potencialidades e competências".

Em termos de recursos humanos, exige-se pessoal com maior formação e com experiência neste contexto de trabalho.



BIA

*O Encantador  
Mundo Limpo da Christeyns!*



**CHRISTEYNS**

[www.christeyns.com](http://www.christeyns.com)  
T-214276390 . F-214276399  
[Info.portugal@christeyns.com](mailto:Info.portugal@christeyns.com)

## Abertura do Centro de Reabilitação do Norte depende de “viabilidade” económica

O ministro da Saúde, Paulo Macedo, avisou que o Centro de Reabilitação do Norte, em Vila Nova de Gaia, só pode abrir quando estiver assegurada a sua “viabilidade” económica e financeira.

“O Centro [de reabilitação do Norte] só abrirá quando tiver claramente assegurada a sua viabilidade económico-financeira”, declarou Paulo Macedo à margem da cerimónia de tomada de posse do novo Conselho de Administração do Centro de Entre o Douro e Vouga, em Santa Maria da Feira que decorrer no dia 19 de junho.

No entanto, o presidente da Câmara de Gaia, Luís Filipe Menezes, já fez saber que planeia estabelecer uma parceria internacional - europeia ou americana - para gerir o Centro de Reabilitação do Norte e dessa forma desenvolver o Turismo de Saúde.

Luís Filipe Menezes estima que através da parceria internacional cheguem “muitos europeus de classe A” a Vila Nova de Gaia, para serem interveniados, e fazerem a recuperação no Centro de Reabilitação do Norte

O autarca chegou mesmo a declarar que ia sugerir ao ministro da Saúde que o Centro de Reabilitação do Norte só abrisse quando houvesse um parceiro americano ou europeu.

Paulo Macedo acrescentou que o centro “abrirá tão cedo quanto possível” e depois de ter o seu “objetivo definido”.

“Um centro não abre porque está pronto, um centro abre quando tem um objetivo de definir um conjunto de populações com necessidades concretas e que tem viabilidade financeira para o fazer”, disse.

As obras do Centro de Reabilitação do Norte, instalado no ex-sanatório marítimo de Gaia, deveriam estar prontas em junho mas isso não acontecerá, uma vez que os trabalhos sofreram um pequeno atraso, adiantou à Lusa fonte da Administração Regional de Saúde do Norte (ARS/Norte).



## Hospital Particular de Lisboa encontra-se em reestruturação

O Hospital Particular de Lisboa (HPL) está a passar por uma fase de reestruturação e reorganização da sua atividade. De acordo com a administração do HPL, já há algum tempo que o hospital sentia dificuldades na gestão e organização fruto da “necessidade de adaptação a um mercado em rápida evolução e cada dia mais exigente.”

Neste sentido, a atual Administração afirma estar a desenvolver “um plano de recuperação e saneamento financeiro para a empresa, capaz de assegurar a sua manutenção e possibilitar o crescimento e desenvolvimento dos serviços.”

Atualmente, encontram-se temporariamente encerrados os serviços Unidade de Cuidados Inten-

sivos (UCI) e o de Urgência. O motivo é o baixo grau de utilização daquelas valências.

A administração refere em comunicado que todos os restantes serviços estão a trabalhar normalmente, “mantendo-se em serviço a maioria do pessoal médico, de enfermagem, paramédico e administrativo que tem demonstrado uma postura superior nesta fase difícil da vida da empresa.”

O Projeto de Reestruturação do Hospital Particular de Lisboa será apresentado e discutido na próxima Assembleia Geral de Acionistas, que deliberará igualmente sobre as contas do último exercício e votará a composição dos corpos sociais para o próximo triénio.

## Inauguração da Residência Montepio Cravel



geral da Residência e a beleza da envolvente exterior - um espaço amplo cheio de luz, relvas e arvoredos - discursaram vários oradores.

A Residência de Gaia é constituída por 87 quartos, uma parte dos quais se destina a idosos em cuidados continuados com apoio da Segurança Social e a outra parte, um pouco menor, destina-se a ocupantes privados.

Durante a cerimónia foi anunciado que a próxima Residência a inaugurar, espera-se que este ano, será a de Parede, Oeiras.

As sete residências Montepio que estão a ser construídas e inauguradas aos poucos, vão disponibilizar um total de mil camas, e implicaram um investimento de cerca de 60 milhões ao Montepio Geral-Associação Mutualista.

[www.residenciasmontepio.pt](http://www.residenciasmontepio.pt)

Foi inaugurada em abril mais uma Residência Montepio, desta vez em Gaia - Cravel. Na cerimónia da inauguração estiveram presentes os presidentes do Montepio Geral-Associação Mutualista e das Residências Montepio, governantes que tutelam a Segurança Social e a Saúde, vereador da Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia, diversas outras entidades convidadas.

Após uma visita às instalações (já em funcionamento parcial), que serviu para apreciar a qualidade

## Hospitalcuf descobertas distinguido no Prémio Saúde Sustentável

O hospitalcuf descobertas, em Lisboa, recebeu uma menção honrosa do júri do Prémio Saúde Sustentável, presidido pelo ex-Presidente da República, Jorge Sampaio.

O Prémio Saúde Sustentável é organizado pelo Jornal de Negócios e Sanofi e tem como objetivo distinguir e premiar entidades, individuais ou coletivas, públicas ou privadas, prestadoras de cuidados de saúde, que se tenham destacado por promover e implementar princípios e ações de sustentabilidade com impacto tangível na saúde.

À edição deste ano, cujos prémios foram entregues no dia 12 de abril, numa cerimónia a que assistiu o ministro da Saúde, Paulo Macedo, concorreram 21 entidades, entre hospitais e unidades de cuidados primários e continuados.

O hospitalcuf descobertas foi o único hospital privado a chegar aos três finalistas deste Prémio e a ser distinguido com uma menção honrosa, tendo o júri considerado que merece boa nota na governação clínica e segurança, responsabilidade ambiental, tecnologias da saúde e sustentabilidade económico-financeira.



## HPP Saúde reforça aposta no Algarve

A HPP Saúde, pertencente ao Grupo Caixa Geral de Depósitos, licenciou uma nova unidade hospitalar em Faro, celebrou o primeiro aniversário da HPP Clínica Forum Algarve e recebeu uma distinção internacional com a atribuição do Certificado de Acreditação pela Joint Commission International (JCI) ao HPP Hospital São Gonçalo de Lagos.

A região algarvia tem sido uma das apostas do Grupo HPP Saúde, tendo reforçado a qualidade dos serviços prestados nas suas Unidades Hospitalares. Ao mesmo tempo, promoveram o lançamento de conceitos inovadores em cuidados de saúde, tais como o Turismo Médico, através do [www.algarvemedicaltourism.com](http://www.algarvemedicaltourism.com), a primeira plataforma em Portugal que reúne informação e marcação online de procedimentos cirúrgicos, captando assim a crescente procura internacional nesta área.

### Novo Hospital HPP Saúde em Faro

Foi também aprovado o projeto de construção da nova unidade hospitalar do Grupo em Faro. Este hospital vai criar 150 novos postos de trabalho (diretos) e implica um investimento de 25 milhões de euros. De acordo com o Grupo HPP, a nova unidade

irá permitir o aumento da capacidade e dos serviços atualmente prestados no HPP Hospital Santa Maria de Faro. Terá 27 gabinetes de consulta, 50 camas e 3 salas de bloco operatório, disponibilizando ainda todos os exames auxiliares de diagnóstico.

Com terreno na periferia da cidade (Estrada da Senhora da Saúde) o projeto prevê dar resposta às necessidades de mais de 200.000 pessoas.

Acreditação Internacional – HPP Hospital São Gonçalo de Lagos.

O Grupo de Saúde da Caixa Geral de Depósitos viu recentemente uma das suas unidades hospitalares ser distinguida internacionalmente. O HPP Hospital São Gonçalo de Lagos tornou-se o primeiro hospital privado português a ser acreditado pela Joint Commission International (JCI), empresa líder em Acreditação Internacional de Organizações de Saúde, reforçando a aposta do Grupo no turismo médico internacional.

“A Acreditação vem sublinhar a qualidade dos serviços prestados pela unidade hospitalar, em termos de organização, eficiência e segurança com impacto real para os clientes, que passam a usufruir da garantia da prestação de procedimentos proto-

colados a nível internacional, bem como de mais e melhor informação”, é referido em comunicado.

A Acreditação pela Joint Commission International vem reforçar a inovação e diferenciação do HPP Hospital São Gonçalo de Lagos, relativamente à segurança dos processos e procedimentos que envolvem o doente, ao seu funcionamento interno e ao serviço assistencial prestado.



No âmbito da aposta no segmento do turismo médico, a distinção permitirá ainda um incremento da imagem e reputação da HPP Saúde no Algarve, e em especial do HPP Hospital São Gonçalo de Lagos, no contexto internacional, potenciando o crescimento num setor que representa na Europa cerca de 9 mil milhões de euros, dando assim resposta diferenciadora a uma crescente tendência mundial para quem procura um país estrangeiro para garantir cuidados de saúde com qualidade.

B&A

Gostamos de cuidar das pessoas

**Serunion**  
— Elior —

# Qualidade no vending

As máquinas de vending na área da alimentação, ou Máquinas Automáticas de Venda e Distribuição de Bens Alimentares, são consideradas como sendo uma solução prática e de fácil implementação nas instituições hospitalares, com o intuito de disponibilizarem bens alimentares em locais estratégicos, preferencialmente de passagem e com concentração de população-alvo de forma a tornarem-se rentáveis, tais como, patamares de entrada, corredores, salas de espera e urgências, entre outros.



Bruno Kohaupt

**“(...) a atividade de vending consiste numa prestação de serviços, contratualizada normalmente em regime de ‘outsourcing’, executada por uma empresa especializada no setor em causa, a qual coloca a sua maquinaria nos locais pretendidos pelo contratante e que assume o dever de abastecimento com produtos, garantindo o normal funcionamento do sistema (...)”**

## Bruno Kohaupt

Assessor do Supervisor Coordenador da Gestão de Risco e Segurança do IPO Lisboa.  
Ex-Chefe Interino da Gestão Hoteleira e Gestão da Qualidade do IPO Lisboa.

## O conceito

Este conceito derivado do latim “*vendere*”, tal como indica a sua designação na língua portuguesa, consiste numa venda automática utilizando dinheiro ou substituto, logo não necessita de intervenção humana, para além do consumidor, para se realizar uma transação económica e respetiva distribuição de um produto, o que, ocorrendo sem problemas, é efetivamente uma alternativa válida aos conhecidos “bares”, com a vantagem de estarem disponíveis 24 horas por dia e 365 dias por ano.

No entanto, em muitos casos, é uma verdadeira dor de cabeça para os seus utilizadores, colocando-se, logo *a priori*, a primeira grande questão no momento em que algo funciona mal, nomeadamente, «Quem é o responsável?» ou melhor, «Quem gere este tipo de equipamento e responde em caso de ineficácia ou deficiente prestação de serviços?».

## Falhas no equipamento, que fazer?

Pois bem, a atividade de vending consiste numa prestação de serviços, contratualizada normalmente em regime de ‘outsourcing’, executada por uma empresa especializada no setor em causa, a qual coloca a sua maquinaria nos locais pretendidos pelo contratante e que assume o dever de abastecimento com produtos, garantindo o normal funcionamento do sistema e responsabilizando-se pela sua manutenção técnica, cabendo ao contratante somente disponibilizar o espaço físico, aliado aos meios necessários ao funcionamento da máquina, como por exemplo uma tomada para ligação à eletricidade. Tal como nos tradicionais “bares”, no vending não existe intermediário, trata-se de uma operação comercial diretamente entre o proprietário ou operador e o consumidor final, mas sem “rosto”. Daí depreende-se que a responsabilidade por anomalias verificadas numa máquina e respetivas lesões para o utilizador, não recaiam sobre o

contratante, uma vez que este nem sequer interfere no processo, não obstante ser considerado responsável solidário.

As principais falhas registadas com este tipo de equipamento são o “engolir” de moedas sem fornecer o produto selecionado e troco incorreto ou retido. Em ambos os casos, o utilizador sai lesado e tenta repor a injustiça, pois sente-se enganado. É frequente testemunharmos pessoas a “esmurram” as máquinas na parte lateral ou mesmo de frente, a baterem no vidro para o produto cair após ter ficado retido ou preso numa espiral, bem como pressionando insistentemente no botão de recuperação de dinheiro introduzido, na esperança de serem ressarcidos do montante que acabaram de perder. Muitas vezes, as máquinas de vending colocadas nos hospitais não se encontram munidas com a identificação do proprietário, o que facilmente se ultrapassaria com a afixação de um simples autocolante informativo, e as que têm, indicam um número de telefone para contacto, obrigando o consumidor a ter de despendar ainda mais dinheiro, isto sem ter a garantia de que conseguirá resolver a questão, o que faz o mesmo pensar duas vezes, dado o montante de baixo valor envolvido.

O passo seguinte mais comum consiste em falar com alguém, algo que a máquina não faz, desconhecendo-se concretamente com quem, e isso a máquina também não indica, o que leva o utilizador a olhar à sua volta, procurando alguém acessível para apresentar a sua reclamação e ajudar a resolver o problema. Normalmente a escolha recai sobre o vigilante da empresa privada, também esta contratada em regime de *outsourcing*, ou sobre um funcionário atrás de um balcão de atendimento identificado como pertencente à unidade hospitalar, ou seja, com vínculo à empresa contratante, e, conforme já exemplificado anteriormente, com responsabilidade solidária na situação e que não consegue dar uma resposta a contento do lesado.

## Premissas para um serviço de qualidade

A qualidade da prestação do serviço começa por ficar comprometida quando não consta a identificação legível e atualizada, em local notório, do nome e contacto do proprietário ou operador, e por conseguinte responsável pelo seu funcionamento, identificando-se assim a primeira premissa. Para além desta informação, também devem estar bem visíveis as instruções de utilização, de recuperação de dinheiro e o número de identificação da máquina, este último a mencionar sempre na apresentação de reclamações. A sua ausência é inclusivamente considerada contra-ordenação e sujeita a coima.

Alguns equipamentos vêm equipados de origem com um sensor de deteção de passagem do produto; caso assim não seja, aconselha-se a proceder à sua instalação, pois este tem como função transmitir a informação que o produto selecionado pelo consumidor saiu do compartimento interno da máquina onde permanece armazenado, tendo, portanto, sido detetado pelo referido sensor durante o seu trajeto, e que foi enviado para o compartimento de receção, do qual o utilizador o pode retirar. Caso o sensor não reconheça a passagem do produto, basta pressionar o botão de recuperação de dinheiro, o qual se mantém ativado, para não sair lesado monetariamente, reavendo assim o dinheiro investido. Desta forma evita-se uma das reclamações mais conhecidas: «Ficou-me com o dinheiro e não deu produto», o que faz desta premissa uma verdadeira mais-valia a não descurar.

Já a maioria das máquinas de líquidos têm a opção de utilização de 'depósito' ou 'ligação à canalização da rede de água', aconselhando-se apenas a segunda, mesmo que tal signifique requisitar a colaboração dos Serviços de Instalações e Equipamentos para concretização da respetiva adaptação necessária no local escolhido. A opção 'depósito' não deve ser equacionada, fundamentalmente pelas consequências resultantes do risco de estagnação da água por longo período de tempo, muitas vezes não existindo reposição por parte dos operadores aos fins de semana, ou seja, por mais de 48 horas ou mesmo 72 horas, e ainda pela necessidade de higienização regular do reservatório, que acumula sempre numerosos micróbios, obviamente indesejáveis. Nas máquinas sem abastecimento diário, cuja periodicidade seja por exemplo semanal, tendo em conta a fraca utilização, o perigo de contaminação aumenta exponencialmente. Tratando-se de água para consumo humano, deverá existir a preocupação de se efetuar, periodicamente, análises bacteriológicas à rede de abastecimento.

Outro aspeto fundamental prende-se com a programação periódica de auto-limpeza ou auto-higienização do sistema das máquinas de líquidos, a qual não substitui a higienização manual, mas sim



A existência do controlo de temperatura no compartimento refrigerado (intervalo aconselhável 5°C - 7°C) informa o consumidor sobre o estado de conservação dos géneros alimentícios

a complementa. Esta última deve suceder não só na parte do equipamento à vista do consumidor, mas também no seu interior e de acordo com uma calendarização. A acumulação de alguns ingredientes existentes, tais como açúcar ou chocolate em pó, são um verdadeiro chamariz para animais infestantes, essencialmente para as formigas, já para não mencionar as baratas, dado que o interior duma máquina, sendo escuro, aquecido pelos motores e rico em alimentação, o torna num local de eleição para o seu *habitat*.

Ainda no que diz respeito à segurança alimentar, deverá existir em local notório e de visualização permanente, um termóstato ou sonda de temperatura, cujos registos periódicos do compartimento de sólidos devem ser registados, tal como nos procedimentos implementados em sistemas de HACCP. Caso o equipamento não disponha de um mostrador digital, o que já se verifica nos modelos mais modernos, compete ao operador a colocação de um termóstato físico.

Numa era em que se ouve constantemente, e cada vez mais, a palavra "Qualidade" nas unidades hospitalares, esta também deverá estar presente no que concerne à oferta de produtos. Para os mais atentos e sensibilizados, é facilmente perceptível o exagero nas montras de produtos, tais como chocolates, bolos e refrigerantes, em detrimento de bens alimentares mais saudáveis e equilibrados como iogurtes, barras de cereais, substitutos à base de soja, sumos e fruta, especialmente nos casos de ausência de um "mix de produtos" pré-acordado no contrato ou no caderno de encargos, sobrando a decisão quanto à variedade a ofertar para o operador. Aquando da exigência de respeitar o tipo de "mix de produtos", deverá ficar claro a exclusiva utilização de marcas reconhecidas pelo mercado, as quais transmitam confiança ao consumidor. Durante a reposição de produtos, sempre que tal seja possível, principalmente nos bens frescos como bolos, sandes e iogurtes, a DLU – data limite de utilização, deverá estar à vista.

## Fonte de receitas e ilações

Uma das contrapartidas a obter por parte do contratante em troca da disponibilização do espaço físico, da eletricidade e do consumo de água aos operadores, pode ser de ordem económica, e traduz-se usualmente numa renda fixa ou percentagem nas vendas realizadas, cujo valor ronda os 10% a 15%, existindo casos em que pode chegar aos 20%. Este aspeto, embora não esteja diretamente ligado à qualidade, é um indicador de satisfação importante para o contratante e perante o consumidor, o qual, no caso dos funcionários, agradados com a oferta da qualidade dos produtos e satisfeitos com o funcionamento do equipamento sem problemas e sem reclamações, isto é, da prestação da qualidade do serviço em geral, os torna fiéis ao negócio, regressando mais vezes. Resumindo, a atividade de *vending* pode ter qualidade quando efetuada uma supervisão regular e sistemática, contribuir para o bem-estar do pessoal, doentes e visitantes, significar uma fonte de receitas para as unidades hospitalares, o que nos dias de hoje, é cada vez mais relevante, e até mesmo - existindo vontade e determinação - ser saudável. ■

---

**“(...) é efetivamente uma alternativa válida aos conhecidos ‘bares’, com a vantagem de estarem disponíveis 24 horas por dia e 365 dias por ano.”**

---

# Prestação de serviços

## dificuldades atuais na contratação



Paco Romeu Lamelas

“(...) a contratação de prestação de serviços está mais difícil do que nunca (...) teremos que nos recorrer de alguma reengenharia legal e de algum bom senso por parte de quem assume funções de decisão. Paralelamente terá que haver distribuição proporcional e o mais realista possível nas rubricas orçamentais, de modo a que haja informação positiva de cabimento (...)”

**A** contratação de prestação de serviços por parte de entidades públicas tem mostrado gradualmente, constrangimentos legais que muitas vezes dificultam o desenvolvimento, a execução e até a contratação de prestadores de serviços.

A evidência dessa ineficiência é demonstrada pela usual aprovação e revogação de legislação, que nos últimos 15 anos absorveu três versões diferentes<sup>(1)</sup>, para não falar nas retificações e alterações pontuais que paulatinamente surgem.

A desculpa mais usual para justificar essa evidência, vai no sentido de enquadrar a nossa legislação às diretrizes e normas comunitárias, contudo, existe ceticismo por parte de alguns grupos, que caracterizam essa ineficiência como falta de conhecimento prático por parte do legislador, impossibilitando a aplicabilidade das mesmas no contexto funcional, levando inevitavelmente às consecutivas alterações

e retificações (quer pontuais, quer profundas). Posto isso e deixando este pequeno testemunho, quereirei também salientar que não é pacífico nem unânime, dentro da comunidade de colaboradores que lidam diariamente com a realidade de contratação pública, a opinião de como se poderá contornar definitivamente a questão, mas é genericamente aceite a evidente regra de publicação de novas orientações com periodicidade regular.

Não quereirei com isto desmotivar todos os que lidam e trabalham com esta realidade, ainda existe uma réstia de esperança, **a perseverança.**

Neste sentido, não entrando demasiado na aplicabilidade da contratação pública, no qual a contratação de prestação de serviços se inclui, quero deixar alguns exemplos de entraves a essa contratação, sendo a mesma particularmente rigorosa para as Instituições que integram o Setor Público Administrativo (SPA).



Paco Romeu Lamelas  
Administrador Hospitalar;  
Formado em Economia & Administração Hospitalar

## “A contratação de prestação de serviços por parte de entidades públicas tem mostrado gradualmente, constrangimentos legais que muitas vezes dificultam o desenvolvimento, a execução e até a contratação de prestadores de serviços.”

### Contratação Pública

Dentro dos variadíssimos impedimentos existentes, há dois que carecem destaque, não pela novidade do seu conteúdo, mas porque são reinventados no resultado do contexto conjuntural que hoje em dia nos deparamos:

- » Cabimentação<sup>(2)</sup>;
- » Parecer Prévio<sup>(3)</sup>.

No que se refere à cabimentação, terminologia já assimilada pela maioria, transmite que cumulativamente, nenhuma despesa poderá ser autorizada ou paga sem que:

- » O facto gerador da obrigação de despesa respeite as normas legais aplicáveis;
- » A despesa em causa disponha de inscrição orçamental, tenha cabimento na correspondente dotação, esteja adequadamente classificada e obedeça ao princípio da execução do orçamento por duodécimos;
- » A despesa em causa satisfaça o princípio da economia, eficiência e eficácia.

Face a isto e não podendo desvincular da realidade atual e da imperativa necessidade de contenção de despesa pública, a recente publicação de legislação reforça mais a responsabilidade dos gestores públicos, caso entrem em incumprimento.

Por outro lado, a lei dos compromissos, também determina que não poderão ser assumidos compromissos que excedam os fundos disponíveis, sob pena de incorrer em responsabilidades<sup>(4)</sup>. Deste modo, havendo responsabilização inequívoca e reiterada dos titulares de cargos públicos, a tendência será, cada vez mais de reduzir as contratações por falta de verbas, havendo cada vez mais probabilidades de ruturas de serviços e também de bens, ruturas estas que colocarão em causa o regular funcionamento das instituições.

Quanto ao **parecer prévio**, surge em 2011, com o objetivo de controlar todas as despesas no que se refere à aquisição ou renovação de serviços, a obrigatoriedade de sujeição de qualquer prestação de

serviços ao parecer prévio vinculativo dos membros do governo responsáveis pela áreas das Finanças e Administração Pública, tendo a mesma sido reiterada para o ano de 2012.

Evidentemente, o cumprimento dessa obrigatoriedade carece de instrução processual que levará à necessidade de reunir alguns elementos, entre os quais, a declaração comprovativa de cabimento orçamental emitida pela Direcção Geral do Orçamento (DGO). Assim, passando as instituições a estar dependente de entidade externa para cumprir os seus objetivos, haverá necessariamente um hiato de tempo não controlável pela Instituição adjudicante, aumentando a probabilidade de atraso no processo de contratação.

Apesar da envolvente não ser de todo motivadora, haverá possibilidade de contornar as supra referidas restrições, considerando as exceções para as quais não existe obrigatoriedade de sujeição ao parecer prévio referido, como por exemplo:

- » Aquisição de serviços essenciais<sup>(5)</sup>;
- » Contratos mistos cujo tipo contratual preponderante não seja o da aquisição de serviços ou em que o serviço assuma um carácter acessório da disponibilidade de um bem;
- » Contratos celebrados ao abrigo de acordos quadro;
- » Contratos celebrados entre entidades sujeitas à Lei nº 12-A/2008 de 27 de Fevereiro<sup>(6)</sup>, ou entre Entidades Públicas Empresariais (EPE);
- » Renovação de contratos, nos casos em que tal é permitido, quando celebrados ao abrigo de concursos públicos em que o critério de adjudicação tenha sido o do mais baixo preço.

Por outro lado, também existem exceções quando reunidas determinadas variáveis, sendo concedido parecer favorável, existindo contudo obrigação de comunicação aos mesmos membros do governo, sendo elas:

- » Quando o valor a contratar com a mesma entidade não ultrapasse o valor anual de 5.000€ (sem Iva) e, o trabalho a executar seja ação de formação que não ultrapasse 132 horas;

- » Quando o valor a contratar com a mesma entidade não ultrapasse o valor anual de 5.000€ (sem Iva) e, o trabalho a executar se conclua no prazo de 20 dias a contar da notificação da adjudicação;
- » Celebração ou renovação de contratos de prestação de serviços de manutenção ou assistência a máquinas, equipamentos ou instalações, pelo prazo máximo de um ano e desde que o valor a contratar com a mesma entidade não ultrapasse o valor anual de 5.000€ (sem Iva).

Em sùmula, poder-se-á concluir que a contratação de prestação de serviços está mais difícil do que nunca e que, teremos que nos recorrer de alguma reengenharia legal e de algum bom senso por parte de quem assume funções de decisão. Paralelamente terá que haver distribuição proporcional e mais realista possível nas rubricas orçamentais, de modo a que haja informação positiva de cabimento e, ao nível do parecer prévio, enquanto a obrigatoriedade existir e o cabimento não estiver garantido, terão que as mesmas se enquadrar dentro das exceções atrás elencadas. ■



1 DEC. Lei 55/1995 de 29 de Mar.; DEC. Lei 197/1999 de 8 de Jun.; Código dos Contratos Públicos CCP aprovado pelo DEC. Lei 18/2008 de 29 de Jan.

2 Lei do Enquadramento Orçamental (LEI 91/2001 de 20 de Ago. Republicada Lei 52/2011 de 13 de Out.); LEI Orçamento de Estado 2012 (LEI 64B/2011 de 30 Dez.); LEI de Execução Orçamental (DEC. Lei 32/2012 de 13 Fev.); LEI Compromissos (LEI 8/2012 de 21 de Fev.).

3 LEI 64-B/2011 de 30 de Dez, Art. 26º; Portaria 9/2012 de 10 Jan.

4 Civil, criminal, disciplinar, financeira, sancionatória e/ou reintegratória.

5 Exemplo: água, electricidade, gás, comunicações electrónicas, serviços postais, águas residuais e resíduos sólidos;

6 Lei que define e regula os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas;

# Prestação hoteleira nas Misericórdias

Numa altura em que as medidas que decorrem dos acordos firmados entre o Estado português e a *Troika* (BCE, CE e FMI) obrigam a escolhas extremamente difíceis, cujo impacto se faz sentir em múltiplas dimensões do funcionamento da sociedade portuguesa, não sendo a área da saúde uma exceção, importa, desde já, registar positivamente a iniciativa da Associação Portuguesa de Hotelaria Hospitalar (APHH) pelo lançamento da revista *Hotelaria & Saúde*.



Suzete Cardoso

**S**endo certo que a dureza dos constrangimentos orçamentais impõe a “reinvenção” da gestão das organizações, sobretudo no sentido da obtenção de ganhos de eficiência verificáveis e sustentáveis, é fundamental que se criem espaços de divulgação de conhecimento e de partilha de experiências, que promovam e facilitem o contacto com oportunidades de melhoria identificadas noutros contextos, com ideias e estratégias inovadoras que possam acrescentar valor, com processos e ferramentas que possam alavancar o desempenho organizacional.

Espera-se, pois, que esta publicação da APHH, venha contribuir para o desenvolvimento do capital humano da área da saúde, particularmente daqueles cuja atividade se enquadra no domínio da Gestão Hoteleira, dando assim contributos indiretos para a eficiência do sistema e consequentemente para a sua sustentabilidade. O desafio é grande, mas a Direção da Hotelaria & Saúde saberá certamente corresponder às expectativas geradas por este lançamento no atual contexto.

Uma segunda nota positiva respeita ao nome atribuído à revista, que revela cuidado no que respeita à abrangência do público-alvo, na medida em que não exclui outras realidades, para além da hospitalar, nas quais as matérias relacionadas com a gestão hoteleira se colocam do mesmo modo, uma vez que envolvem igualmente processos e atividades relacionados com alimentação, limpeza, segurança, tratamento e distribuição de roupa, tratamento de resíduos, comunicações, transportes, entre outros, que integram a cadeia de valor das organizações.

Refiro-me concretamente às unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI), que, quando não integradas em estruturas hospitalares, apresentam reduzida dimensão, não dispensando, no entanto, a existência de competências e saberes específicos no âmbito do planeamento, direção e controlo dos vários processos e atividades associados à denominada gestão hoteleira.

Ao contrário do que acontece nos hospitais do setor público, em que a maioria dos serviços referidos é contratada externamente com empresas, nas Unidades de Cuidados Continuados (UCC) das Misericórdias, muitos deles são tradicionalmente assegurados pelas próprias Instituições. Tal facto decorre da diversidade de atividades desenvolvidas, da sua estrutura e enquadramentos socioeconómico e geográfico, remetendo os profissionais afetos para uma maior polivalência e consequentemente para um nível de exigência acrescido, dada a amplitude da sua intervenção.

Sendo incontestável que, ao nível das infraestruturas da RNCCI, foi feito um grande esforço de normalização das instalações das UCC, inicialmente por via das recomendações emanadas conjuntamente pela DGIES e UMCCI e mais tarde através da publicação da Portaria nº 376/2008, de 23 de maio, que veio definir os programas funcionais para as várias tipologias de internamento, é igualmente um facto que a este processo, que visa garantir a segurança, funcionalidade e conforto das instalações, correspondeu um forte investimento das Instituições envolvidas, que são maioritariamente Misericórdias.

Mas o esforço desenvolvido não se reduz à perspetiva financeira associada a instalações e equipamentos, estendendo-se a uma forte aposta na consolidação de uma cultura de humanização dos

cuidados prestados. Esta aposta passa também por coisas tão simples como a disponibilização de meios para que quem está internado possa manter a ligação ao mundo exterior (internet, jornais,...), de serviços que promovem a autoestima (cabeleireiro, manicure,...), entre outros que se integram no âmbito de uma abordagem holística da pessoa humana. Os exemplos citados, que podem ser enquadrados no domínio da gestão hoteleira, são frequentemente implementados ao abrigo de parcerias, pelo que, sem que representem um acréscimo de custos para as Instituições, contribuem certamente para acrescentar valor à experiência do internamento.

Conhecida que é a potencial influência dos serviços hoteleiros no desempenho clínico das organizações (por exemplo, ao nível do controlo da infeção) e o impacto que os mesmos podem ter nos indicadores de eficiência e qualidade (demoras médias, resultados financeiros, satisfação dos utentes,...), importa promover a atualização contínua do conhecimento e a prática de *benchmarking*, para que os recursos humanos envolvidos possam situar-se face às boas práticas e desenvolvam estratégias que acrescentem valor aos cuidados e serviços prestados. Esperamos, pois, poder beneficiar e eventualmente participar na divulgação de conhecimento e partilha de experiências que a Hotelaria & Saúde proporcionará. ■

---

**“Mas o esforço desenvolvido não se reduz à perspetiva financeira associada a instalações e equipamentos, estendendo-se a uma forte aposta na consolidação de uma cultura de humanização dos cuidados prestados”**

---

Suzete Cardoso

Diretora do Gabinete Técnico do Grupo Misericórdias Saúde - UMP



## Higiene, Segurança, Conservação e Congelação de Alimentos

Este livro não se trata apenas de mais uma edição, na realidade é também uma atualização do já existente “Higiene, Segurança, Conservação e Congelação de Alimentos”, sob o ponto de vista técnico, científico e legislativo, nomeadamente no que se refere à Segurança Alimentar, e de acordo com os procedimentos do HACCP – Hazard Analysis Critical Control Point – (Análise de Riscos e Controlo dos Pontos Críticos), adotada pela União Europeia e em vigor em Portugal, desde janeiro de 2006, por força do Regulamento (CE) 852/2004 do Conselho e do Parlamento Europeu.

O presente manual pretende clarificar algumas dúvidas e ser uma ferramenta de trabalho que permita ao profissional de hotelaria e aumentar rapidamente, e com simplicidade, os seus conhecimentos técnicos sobre a qualidade e a segurança dos alimentos, durante todas as fases de processamento.

Dentro dos principais conteúdos abordados, destacam-se: Higiene – Teoria e Técnica; Áreas Técnicas da Cozinha; Técnicas Ambientais, na Cozinha; Equipamentos de Frio; Conservação – Refrigeração; Congelação.

Vitor Monteiro Licenciado em Engenharia Mecânica, Pós-graduado em Redes e Instalações de Gás Natural e Mestre em Engenharia Mecânica pela FC-TUC da Universidade de Coimbra.

**Autor:** Victor Monteiro  
**Editora:** Lidel  
**Ano de edição:** 2010  
**ISBN:** 978-972-757-690-6  
**Número de páginas:** 232  
**Idioma:** Português  
**Preço:** 14,98 €



## Sistemas de Informação na Saúde

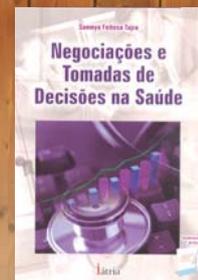
Neste livro procura-se dar respostas a dúvidas que surgem com os sistemas de informação no sector da saúde. Qual o papel e quais os impactos do uso das tecnologias de informação no sector da saúde? De que forma podem os sistemas de informação (SI) contribuir para a prestação de melhores cuidados ao cidadão e para assegurar a sustentabilidade das unidades e do sistema de saúde?

Uma obra escrita por profissionais para profissionais. Conta com um conjunto de reconhecidos especialistas – médicos, enfermeiros, responsáveis de SI, gestores de saúde e investigadores académicos – que partilham nesta o seu saber, a sua experiência e as suas reflexões acerca do uso e do potencial das tecnologias e da informação no sector da saúde.

Os contributos estão agrupados em quatro grandes temas – Saúde e organização dos SI, SI em contexto hospitalar, SI de saúde e Novos rumos – que constituem uma ferramenta essencial para a reflexão sobre um assunto actual, num sector chave nas sociedades desenvolvidas.

Uma obra pioneira, de profissionais para profissionais, baseada na convicção de que o uso adequado das tecnologias e da informação contribuirá para prestar mais e melhores serviços de saúde aos cidadãos e para responder adequadamente aos enormes desafios que o setor tem pela frente em Portugal.

**Autores:** Vários  
**Editora:** SÍLABO  
**Ano de edição:** 2012  
**ISBN:** 9789726186571  
**Número de páginas:** 344  
**Idioma:** Português  
**Preço:** 22,90 €



## Negociações e Tomadas de Decisões na Saúde

Este livro centra-se nos gestores de saúde, promovendo uma revisão da sua postura para que actuem profissionalmente diante dos processos de negociações e tomadas de decisões, já que os seus resultados afectam directa o desempenho das organizações.

O livro cuja autora é brasileira, é, no fundo, uma actualização da obra Credenciamento e Negociação na Saúde e abrange os impactos da Lei 9656/98 (Brasil), a nova forma de gerir das organizações de saúde, a relação entre negociação e tomada de decisão, negociações entre a rede credenciada e a operadora e seguradora de plano de saúde, o processo de tomada de decisão e o sistema de informação na saúde, bem como questões práticas, contratuais, legais e funcionais. Descreve o processo de credenciamento e descredenciamento de serviços, além de modelos de avaliação dos serviços contratados.

**Autores:** Sanmya Feitosa Tajra  
**Editora:** ÉRICA  
**Ano de edição:** 2010  
**ISBN:** 9788576140658  
**Número de páginas:** 208  
**Idioma:** Português (Brasil)  
**Preço:** 31,10 €

## **Apresentação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde** Lisboa | 4 Julho

Decorreu no dia 4 de julho, no auditório do INFARMED em Lisboa, a 3ª apresentação pública de progresso da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, cerimónia que contou, na abertura, com o Ministro da Saúde - Paulo Macedo e com o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde - Fernando Leal da Costa. O evento contou com cerca de 200 pessoas.

Estiveram ainda presentes o Diretor-Geral da Saúde - Francisco George, o Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde - Alexandre Diniz e o Director Gerente da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) - Antonio Torres.

Durante a apresentação foram tratados diversos temas, tais como: Segurança do doente; Mobilidade transfronteiriça de doentes; Normas clínicas, resultantes do Protocolo estabelecido entre a DGS e a Ordem dos Médicos e Acreditação de unidades de saúde.

Ao mesmo tempo, decorreu uma cerimónia de entrega de certificados de acreditação da qualidade pelo modelo ACSA, a diversos serviços dos Cuidados Hospitalares e a unidades de saúde dos Cuidados Primários.

Estiveram presentes vários dirigentes pertencentes a um conjunto alargado de instituições da saúde a nível regional e nacional: ARS (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), Conselhos de Administração de Centros Hospitalares e de Hospitais, dirigentes dos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Continuados e Cuidados Paliativos, ACSS, INEM, INSA, IPST, IGAS, DGS, Direção Regional da Madeira e dos Açores e ainda dirigentes da ACSA (Andaluzia - Espanha) e inúmeros profissionais e peritos da saúde ou a ela ligados.



## **II Fórum ERS** Porto | 21 Setembro

Vai decorrer no dia 21 de setembro, no Porto, o II Fórum da Entidade Reguladora da Saúde. Tal como no passado, o objetivo é fazer uma revisão da atuação dos serviços de saúde em Portugal e dos reguladores.

O tema deste ano é "Acesso aos cuidados de Saúde". O Fórum está dividido em 4 sessões temáticas, além das sessões de abertura e encerramento: Acesso ao Serviço Nacional de Saúde: Equidade, Gastos e Moderação; Acesso ao Sistema de Saúde: Financiamento e Prestação Pública, Privada e Social; Acesso e Ganhos em Saúde; Acesso a Cuidados de Saúde: Qualidade e Segurança.

Marcarão presença neste II Fórum da ERS, o Ministro da Saúde Paulo Macedo e a Presidente da Comissão Parlamentar de Saúde, Maria Antónia de Almeida Santos.

A participação é gratuita mas sujeita a inscrição.



<http://www.ers.pt>

## **II Jornadas da Associação Portuguesa de Hotelaria Hospitalar (APHH)** Covilhã | 15 e 16 Novembro

Vão decorrer nos dias 15 e 16 de novembro, na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, Covilhã, a segunda edição das Jornadas da Associação Portuguesa de Hotelaria Hospitalar.

Com o tema "Hotelaria Hospitalar: para onde queremos caminhar?", estas jornadas, organizadas pela Associação Portuguesa de Hotelaria Hospitalar (APHH) e pela Engenho e Média (EM), pretendem centrar-se nas tendências do futuro da hotelaria no contexto dos cuidados de saúde.

Serão abordados os seguintes temas: Gestão de Topo; Alimentação Saudável; Tratamento da Roupa; Limpeza, Higiene e Controlo de Infecção; Política Ambiental; Certificação em Unidades de Saúde; Realidades Internacionais.

Haverá ainda espaço para uma exposição de Empresas do Setor e o evento contará com um programa cultural.



[www.aphh.pt/](http://www.aphh.pt/)

## **CALENDÁRIO**

### **HOREQ**

Equipamento hoteleiro  
Madrid, Espanha  
21 a 23 de novembro de 2012  
[www.ifema.es/web/ferias/horeq/default\\_i.html](http://www.ifema.es/web/ferias/horeq/default_i.html)

### **CMS - CLEANING MANAGEMENT SERVICES**

Serviços e tecnologias de limpeza  
Berlim, Alemanha  
20 a 23 de setembro de 2012  
[www.cms-berlin.de/en/CMSBerlin/](http://www.cms-berlin.de/en/CMSBerlin/)

### **XIV CONGRESSO NACIONAL DE HOTELARIA HOSPITALAR E 5ª REUNIÃO ANUAL DE HCI**

Hotelaria Hospitalar  
Málaga, Espanha  
3 a 5 de outubro de 2012  
[www.hosteleriahospitalaria.org/](http://www.hosteleriahospitalaria.org/)

### **I SEMINÁRIO DE LIMPEZA HOSPITALAR**

Limpeza  
Navarra, Espanha  
18 e 19 de outubro de 2012  
[www.cun.es/pt-pt/profesionales/agenda/i-seminario-limpeza-hospitalaria](http://www.cun.es/pt-pt/profesionales/agenda/i-seminario-limpeza-hospitalaria)

### **II FÓRUM ERS**

O acesso aos cuidados de saúde  
Porto, Portugal  
21 de setembro de 2012  
[www.ers.pt/](http://www.ers.pt/)

### **4º CONGRESSO INTERNACIONAL DOS HOSPITAIS**

Envelhecimento e Saúde  
Lisboa, Portugal  
7 a 9 de novembro de 2012  
[www.apdh.pt/](http://www.apdh.pt/)

### **II JORNADAS DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE HOTELARIA HOSPITALAR**

Hotelaria Hospitalar  
Covilhã, Portugal  
15 e 16 de novembro de 2012  
[www.aphh.pt/](http://www.aphh.pt/)

### **CONGRESSO DE NUTRIÇÃO CLÍNICA & METABOLISMO**

Nutrição  
Barcelona, Espanha  
a 11 de setembro de 2012  
[www.espen.org/](http://www.espen.org/)

### **X CONGRESSO INTERNACIONAL DAS MISERICÓRDIAS**

Hotelaria  
Porto, Portugal  
1 e 22 de setembro de 2012  
[www.ump.pt](http://www.ump.pt)

15 E 16 DE NOVEMBRO DE 2012

Covilhã, Faculdade de Ciências da Saúde

# 2.<sup>as</sup> JORNADAS DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE HOTELARIA HOSPITALAR

**Hotelaria na Saúde: para onde queremos caminhar?**

Gestão de Topo  
Alimentação Saudável  
Tratamento da Roupa  
Limpeza, Higiene e Controlo de Infeção  
Política Ambiental  
Certificação em Unidades de Saúde  
Realidades Internacionais

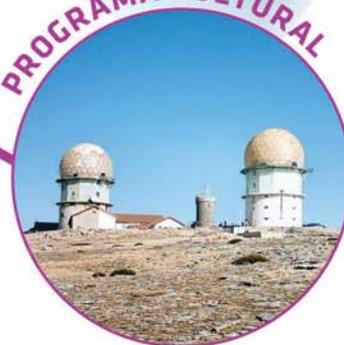
PALESTRAS



EXPOSIÇÃO DE EMPRESAS



PROGRAMA CULTURAL



[WWW.APHH.PT/JORNADAS2012](http://WWW.APHH.PT/JORNADAS2012) · tlf. 225 899 625 · e-mail. [info@aphh.pt](mailto:info@aphh.pt)

organização



**em**  
engenho e média

parceiro institucional



apoio



parceiros de comunicação



hotelaria  
& saúde



# tecnozim

SOLUÇÕES PARA HOTELARIA

[www.tecnozim.com](http://www.tecnozim.com)

Também denominada por «Cook & Chill», a **Linha Fria** é um método de confecção alimentar, que permite o controlo, rigor e flexibilidade nas grandes cozinhas, tais como as hospitalares. Esta compreende a confecção dos alimentos e seguidamente o abatimento rápido da sua temperatura, para evitar o desenvolvimento de bactérias seguindo deste modo os passos do sistema de controlo HACCP.

Após este processo os alimentos são armazenados em câmaras a temperaturas controladas e conservadas por um tempo máximo de 5 dias.

Aquando do serviço das refeições, faz-se o empratamento e a regeneração de forma a que a temperatura dos alimentos fique acima dos 65°C.

Seguindo este sistema de linha fria são garantidos todos os critérios de segurança e monitorização HACCP.

**BURLODGE**

Representante exclusivo em Portugal

**Todo o tipo de carros para Linha Fria e Quente à sua disposição !**

**SEDE E FÁBRICA**  
EDIFÍCIO TECNOZIM  
Zona Industrial S.Carlos  
2725-473 Mem Martins  
Tel: (+351) 219 222 070  
Fax: (+351) 219 222 947  
geral@tecnozim.com

**DELEGAÇÃO ALGARVE**  
EDIFÍCIO AVENIDA NOVA  
Loja J  
Torre da Mosqueira  
8200 ALBUFEIRA  
Tel: (+351) 289 589 232  
Fax: (+351) 289 572 941



**Linha fria**

**HACCP**



**Cook & Chill**

**BURLODGE**



Carro regenerador para transporte de refeições RTS

