



Ministério da Saúde
Direcção-Geral da Saúde

AVALIAÇÃO DO PLANO ESTRATÉGICO DE RESÍDUOS HOSPITALARES - PERH

1999 – 2005

Equipa Técnica e Científica:

Amália Espada

Cândida Pité-Madeira

Graça Gonçalves

Coordenação Executiva:

António Tavares

Lisboa, 2007

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Ambiental
Avaliação do plano estratégico de resíduos hospitalares : 1990-2005. - Lisboa : DGS, 2007. - 600 p.
ISBN 978-972-675-170-0

Resíduos de hospitais / Resíduos de hospitais--legislação / Disposição de resíduos de serviços de
saúde / Portugal

Equipa técnica e Científica:

Amália Espada

Enfermeira graduada. Membro executivo da Comissão de Controlo de Infecção do Hospital do Espírito Santo E.P.E. (HESE EPE) de Évora. Responsável pelo Serviço de Esterilização do HESE EPE. Coordenadora do Grupo de Trabalho para Avaliação da Gestão dos Resíduos Hospitalares da Região Alentejo (ARSA).

Cândida Pité-Madeira

Licenciada em Engenharia Química (IST). Pós-graduada em Engenharia Sanitarista (FCT/UNL). Assessora Superior de Engenharia Sanitária e Responsável pelo Serviço de Engenharia Sanitária da Sub-Região de Saúde de Setúbal.

Graça Gonçalves

Licenciada em Engenharia do Ambiente (FCT/UNL). Mestre em Sociologia (FCSH/UNL). Doutorada em Engenharia do Ambiente (FCT/UNL), com a dissertação "Gestão de Resíduos Hospitalares: Conhecimento, Opções e Percepções dos Profissionais de Saúde".

Coordenação Executiva:

António Tavares

Licenciado em Medicina (FML/UL). Pós-graduado em Saúde Pública (ENSP). Doutorado em Saúde Pública, na Especialidade de Saúde Ambiental (ENSP/UNL). Médico Consultor de Saúde Pública. Chefe de Divisão de Saúde Ambiental da Direcção-Geral da Saúde.

Editor: Direcção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 LISBOA
<http://www.dgs.pt>
dgsaude@dgsaude.min-saude.pt

Capa: Vítor Alves

Execução gráfica: Europress, Lda.

Tiragem: 1000

Depósito Legal: 261936/07

Preâmbulo

Em 1999 foi aprovado o Plano Estratégico Sectorial dos Resíduos Hospitalares (PERH), elaborado pelo Ministério da Saúde e do Ambiente, a correspondente Estratégia Nacional de Gestão de Resíduos Hospitalares para Curto Prazo (1999-2000) e ainda os respectivos objectivos programáticos e acções a desenvolver, pelo Despacho conjunto n.º 761/99, de 31 de Agosto, dos Ministérios da Saúde e do Ambiente.

Decorridos oito anos após a sua publicação, a Divisão de Saúde Ambiental da Direcção-Geral da Saúde tomou a iniciativa de solicitar a colaboração de alguns peritos na matéria para proceder à sua avaliação.

É a avaliação deste Plano Estratégico Sectorial (1999 a 2005) que aqui se apresenta, incluindo um completo diagnóstico da situação nesta matéria e contribuindo assim para a colmatação de uma grande lacuna no conhecimento.

É de referir que, das 102 principais doenças, grupos de doenças e lesões analisadas pelo Relatório Mundial da Saúde de 2004, há uma fracção atribuível a factores de risco ambientais, em 85 categorias.

Mais recentemente, a Organização Mundial da Saúde estimou que 24 % do peso global das doenças – anos de vida saudável perdidos – e 23 % do total de mortes – mortalidade prematura – podem ser atribuídos a factores ambientais. Nas crianças entre os 0-14 anos, a proporção de mortes devida a estes factores atinge os 36 %.

Dada a causalidade multifactorial de muitas doenças, nem sempre é fácil avaliar a contribuição relativa dos diferentes factores de risco para a morbilidade e mortalidade numa população. Além disso, exposições combinadas, criando possíveis sinergias, e efeitos cumulativos dificultam ainda mais essa tarefa.

Acresce ainda a estes aspectos que a exposição a factores de risco ambientais é muitas vezes o resultado de actividades que trazem benefícios para a comunidade, tornando-se assim difícil eliminá-los. É o caso da produção de resíduos hospitalares resultantes da prestação de cuidados de saúde.

A vigilância epidemiológica, levada a cabo pelos Serviços de Saúde Pública, contribui para que seja encontrado o equilíbrio entre estas situações, na perspectiva de um desenvolvimento sustentável.

De facto, estes Serviços aplicando os princípios de diversas áreas do conhecimento à prevenção, controlo e gestão dos factores de risco de natureza ambiental que podem ser factores etiológicos, desencadeantes ou agravantes de muitas doenças, provocando uma diminuição do seu nível de saúde, contribuem assim para a criação de ambientes promotores de saúde.

No processo de gestão da saúde da população, socorrem-se do exercício do poder de Autoridade de Saúde, enquanto poder-dever de intervenção do Estado, como um

instrumento para a acção, na protecção e promoção da saúde e na prevenção da doença, controlando e minimizando a influência desses factores de risco na saúde e as situações susceptíveis de causarem ou acentuarem prejuízos graves à saúde individual, da população em geral e de grupos específicos.

No âmbito da gestão integrada dos resíduos hospitalares e do risco que lhes está associado, surgiu uma matriz legislativa que sustenta essa actuação.

As Autoridades de Saúde fazem a leitura da matriz conceptual subjacente a esse mesmo enquadramento legislativo, utilizam-na como quadro de referência para a sua actuação e, face à análise e avaliação dos indicadores resultantes da sua intervenção, formulam os contributos técnico-científicos, baseados na evidência, que julgam mais adequados à introdução de possíveis modificações ou melhorias nesses mesmos quadros legislativos.

Assim, em matéria de resíduos hospitalares e para os Serviços de Saúde Pública, a legislação não produz tanto um contencioso de reparação ou de repressão, mas sim um instrumento que baliza a sua actuação de protecção da saúde, prevenção da doença e, acima de tudo, de promoção da saúde.

Este trabalho que aqui se apresenta é um olhar fino e exaustivo para a implementação que se fez do PERH entre 1999 e 2005, tornando possível também, face à análise e avaliação dos indicadores que aqui são efectuadas, formular um contributo pertinente e apropriado à alteração dos diplomas legais actualmente em vigor nesta matéria, adequando-os a novas realidades e a novos conhecimentos técnicos e científicos.

Março, 2007

António Tavares
Chefe de Divisão de Saúde Ambiental
Direcção-Geral da Saúde

Referências

GONÇALVES, M. G. – Gestão de Resíduos Hospitalares – Conhecimentos, Opções e Percepções dos Profissionais de Saúde. Almada: Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, 2005. Dissertação para a obtenção do Grau de Doutor apresentada à FCT, UNL.

PRÜSS-ÜSTÜN, A.; CORVALÁN, C. – *Preventing Disease Through Healthy Environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease*. Geneva: World Health Organization, 2006.

TAVARES, A. M. B. – *A Gestão dos Resíduos Hospitalares e o Papel da Autoridade de Saúde – Caso do Concelho da Amadora*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, 2004. Dissertação para a obtenção do Grau de Doutor apresentada à ENSP, UNL.

WHO – *World Health Report 2004 – Changing history*. Geneva: World Health Organization, 2004.

Simbologia

AAM	Auxiliar de acção médica
AAV	Auxiliar de apoio e vigilância
ADR	Acordo Europeu relativo ao Transporte Internacional de Mercadorias Perigosas por Estrada
AMALGA	Associação de Municípios Alentejanos para a Gestão do Ambiente
ANF	Associação Nacional de Farmácias
ARS	Administrações regionais de saúde
CCI	Comissão de Controlo de Infecção
CITRI	Centro Integrado de Tratamento de Resíduos Industriais
CRSP	Centros regionais de saúde pública
DEP	Departamento de Educação Permanente
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DIA	Declaração de Impacte Ambiental
E.P.E.	Entidades públicas empresariais
EIA	Estudo de Impacte Ambiental
FCT	Faculdade de Ciências e Tecnologia
FCSH	Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
INFARMED	Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento
INML	Instituto Nacional de Medicina Legal
INR	Instituto dos Resíduos
INSA	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
IPS	Instituto Português do Sangue
IPSS	Instituições particulares de solidariedade social
IST	Instituto Superior Técnico
LER	Lista Europeia de Resíduos
LSP	Laboratórios de saúde pública
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
MS	Ministério da Saúde
ORL	Otorrinolaringologia
PCB	Bifenilos policlorados
PERH	Plano Estratégico de Resíduos Hospitalares
PERSU	Plano Estratégico de Resíduos Sólidos Urbanos
REEE	Resíduos de equipamentos eléctricos e electrónicos
RH	Resíduos hospitalares
RPE	Regulamento Nacional do Transporte de Mercadorias Perigosas por Estrada
S.A.	Sociedade anónima
SAP	Serviço de atendimento permanente
SIRER	Sistema Integrado de Registo Electrónico de Resíduos

SNS	Serviço Nacional de Saúde
SRS	Sub-Região de Saúde
SSO	Serviço de saúde ocupacional
SUCH	Serviço de Utilização Comum dos Hospitais
SUCH-DRC	SUCH – Direcção Regional do Centro
SUCH-DRN	SUCH – Direcção Regional do Norte
SUCH-DRS	SUCH – Direcção Regional do Sul
TSA	Técnico de saúde ambiental
UNL	Universidade Nova de Lisboa
UPCS	Unidade de prestação de cuidados de saúde

Índice

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Objectivos.....	1
1.2. Organização do trabalho	2
2. ENQUADRAMENTO LEGAL E POLÍTICAS DE GESTÃO	5
2.1. Resíduos	5
2.2. Resíduos hospitalares.....	7
2.3. Legislação complementar	9
3. UNIVERSO DE PRODUTORES DE RESÍDUOS HOSPITALARES	13
3.1. Unidades de prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde	13
3.1.1. <i>Hospitais</i>	15
3.1.2. <i>Centros de Saúde</i>	16
3.1.3. <i>Outras UPCS</i>	18
3.2. Serviços personalizados do Ministério da Saúde.....	19
3.3. Unidades de prestação de cuidados de saúde não dependentes do Ministério da Saúde.....	20
3.4. Unidades de prestação de cuidados de saúde a animais.....	24
4. PRODUÇÃO DE RESÍDUOS HOSPITALARES	27
4.1. Unidades de prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde	29
4.1.1. <i>Hospitais</i>	29
4.1.1.1. <i>Por grupos de resíduos hospitalares definidos na legislação</i>	31
4.1.1.2. <i>Por outros tipos de resíduos hospitalares separados selectivamente</i>	47
4.1.2. <i>Centros de saúde</i>	54
4.1.2.1. <i>Por grupos de resíduos hospitalares definidos na legislação</i>	56
4.1.2.2. <i>Por outros tipos de resíduos hospitalares separados selectivamente</i>	72
4.1.3. <i>Outras unidades de prestação de cuidados de saúde</i>	77
4.1.3.1. <i>Centros Regionais de Saúde Pública</i>	77
4.1.3.2. <i>Centros de Histocompatibilidade</i>	79
4.1.3.3. <i>Instituto de Genética Médica Dr. Jacinto de Magalhães</i>	80
4.1.3.4. <i>Armazéns de medicamentos das SRS</i>	81
4.2. Serviços personalizados do Ministério da Saúde	81

4.3. Unidades de prestação de cuidados de saúde não dependentes do Ministério da Saúde.....	84
4.4. Unidades de prestação de cuidados de saúde a animais	87
5. OPERADORES DE GESTÃO DE RESÍDUOS HOSPITALARES	89
5.1. Ambimed	90
5.2. Cannon Hygiene.....	92
5.3. SUCH	95
5.4. Tratospital.....	101
6. INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR.....	105
6.1. Baseada em questionários realizados no âmbito deste trabalho	105
6.1.1. Planos de gestão de resíduos hospitalares	107
6.1.2. Responsabilidade prática pela gestão dos resíduos hospitalares	109
6.1.3. Auditorias/visitas para verificação da triagem dos resíduos	113
6.1.4. Acções de formação sobre resíduos hospitalares	117
6.2. Informação complementar baseada em trabalhos de investigação	126
6.2.1. Produção de resíduos hospitalares em unidades de prestação de cuidados de saúde privadas e em cuidados domiciliários	130
6.2.2. Conhecimento e percepção de risco sobre a separação de resíduos hospitalares.....	130
7. AVALIAÇÃO DO PLANO	141
7.1. Opções estratégicas de gestão do PERH.....	141
7.2. Avaliação das metas para os horizontes 2000 e 2005.....	144
7.2.1. Horizonte 2000.....	144
7.2.2. Horizonte 2005.....	165
7.3. Avaliação complementar	168
8. CONCLUSÕES	173
REFERÊNCIA	175

APÊNDICES

Apêndice 1. Produtores de RH do SNS

Apêndice 2. Dados estatísticos e mapas de registo de RH dos hospitais do SNS

Apêndice 3. Produção de RH por hospital do SNS, entre 1999 e 2005

Apêndice 4. Produção de RH nos hospitais do SNS, por ARS e distrito

Apêndice 5. Recolha selectiva nos hospitais do SNS, entre 1999 e 2005

Apêndice 6. Recolha selectiva nos hospitais do SNS, por ARS e distrito

Apêndice 7. Dados oficiais e mapas de registo de RH dos centros de saúde do SNS

Apêndice 8. Produção de RH por centro de saúde do SNS, entre 1999 e 2005

Apêndice 9. Produção de RH nos centros de saúde do SNS, por ARS e SRS

Apêndice 10. Recolha selectiva por centro de saúde do SNS, entre 1999 e 2005

Apêndice 11. Recolha selectiva nos centros de saúde do SNS por ARS e SRS

Apêndice 12. Produção e recolha selectiva de RH nos laboratórios de saúde pública, por ARS e SRS

Apêndice 13. Produção e recolha selectiva de RH nos Serviços Personalizados, entre 1999 e 2005

Apêndice 14. Questionário para recolha de informação destinada à avaliação do PERH

Apêndice 15. Acções de formação: resultados do questionário realizado

Apêndice 16. Listagem de dissertações de mestrado e de doutoramento sobre a temática dos RH

Apêndice 17. Encerramento das unidades de incineração

Índice de Figuras

Figura 3.1	Organograma do Ministério da Saúde (MS, 2006)	14
Figura 4.1	Produção de RH, por grupos, em quilogramas, entre 1999 e 2005 (mapas de registo)	36
Figura 4.2	Produção de RH por grupos, em percentagem, entre 1999 e 2005 (mapas de registo)	39
Figura 4.3	Percentagem de RH produzidos por grupos, de 1999 e 2005 (mapas de registo)	39
Figura 4.4	Produção de RH dos grupos III e IV, em quilogramas, entre 1999 e 2005 (mapas de registo)	40
Figura 4.5	Produção de RH dos grupos III e IV, em quilogramas, entre 1999 e 2005 (operadores de gestão de RH).....	41
Figura 4.6	Capitações de RH por grupos, comparação entre 2002 e 2005 (mapas de registo)	42
Figura 4.7	Comparações das capitações de RH dos grupos III e IV, entre 2002 e 2005 (mapas de registo e operadores de gestão de RH).....	42
Figura 4.8	Produção de RH por grupos e por ARS, em percentagem, entre 2002 e 2005 (mapas de registo)	43
Figura 4.9	Comparação da produção de RH dos grupos I e II por ARS, em quilogramas, entre 2002 e 2005 (mapas de registo)	44
Figura 4.10	Comparação da produção de RH do grupo III por ARS, em quilogramas, entre 2002 e 2005 (mapas de registo e operadores de gestão de RH)	44
Figura 4.11	Comparação da produção de RH do grupo IV por ARS, em quilogramas, entre 2002 e 2005 (mapas de registo e operadores de gestão de RH)	45
Figura 4.12	Comparação da produção de RH dos grupos III e IV por ARS, em percentagem, entre 2002 e 2005 (mapas de registo e operadores de gestão de RH)	46
Figura 4.13	Produção de RH, por grupos, em quilogramas, nos centros de saúde entre 1999 e 2005 (mapas de registo).....	61
Figura 4.14	Produção de RH por grupos, em percentagem, nos centros de saúde entre 1999 e 2005 (mapas de registo).....	62
Figura 4.15	Percentagem de RH produzidos por grupos, nos centros de saúde entre 1999 e 2005 (mapas de registo)	63
Figura 4.16	Produção de RH dos grupos III e IV, em quilogramas, nos centros de saúde entre 1999 e 2005 (mapas de registo)	64
Figura 4.17	Produção de RH dos grupos III e IV, em quilogramas, nos centros de saúde entre 1999 e 2005 (operadores de gestão de RH)	64
Figura 4.18	Capitações de RH por grupos nos centros de saúde, comparação entre 1999 e 2005 (mapas de registo).....	65
Figura 4.19	Capitações de RH por grupos nos centros de saúde, comparação entre 1999 e 2005 (operadores de gestão de RH)	66
Figura 4.20	Produção de RH por grupos e por ARS, em percentagem, nos centros de saúde entre 1999 e 2005 (mapas de registo)	67
Figura 4.21	Comparação da produção de RH dos grupos I e II por ARS, em quilogramas, nos centros de saúde entre 1999 e 2005 (mapas de registo)	68
Figura 4.22	Comparação da produção de RH do grupo III por ARS, em quilogramas, nos centros de saúde entre 1999 e 2005 (mapas de registo e operadores de gestão de RH).....	69

Figura 4.23	Comparação da produção de RH do grupo IV por ARS, em quilogramas, nos centros de saúde entre 1999 e 2005 (mapas de registo e operadores de gestão de RH).....	70
Figura 4.24	Comparação da produção de RH dos grupos III e IV por ARS, em percentagem, nos centros de saúde entre 1999 e 2005 (mapas de registo e operadores de gestão de RH).....	71
Figura 4.25	Produção de RH dos grupos nas UPCS privadas, entre 2000 e 2002, e número de mapas de registo recebidos (nº de respostas)	85
Figura 4.26	Produção de RH por grupos e por ARS nas UPCS privadas, entre 2000 e 2002 (dados dos mapas de registo)	86
Figura 6.1	Conhecimento real – grupos I e II, por questionário e por grupos profissionais (Q2) (Gonçalves, 2005).....	131
Figura 6.2	Conhecimento real – grupo III, por questionário e por grupos profissionais (Q2) (Gonçalves, 2005).....	132
Figura 6.3	Conhecimento real – grupo IV, por questionário e por grupos profissionais (Q2) (Gonçalves, 2005).....	133
Figura 6.4	Percepção de risco por tipo de RH, em relação aos profissionais de saúde (Q2) (Gonçalves, 2005).....	134
Figura 6.5	Percepção de risco – grupos I e II, em relação aos profissionais de saúde (Q2) (Gonçalves, 2005).....	135
Figura 6.6	Percepção de risco – grupo III, em relação aos profissionais de saúde (Q2) (Gonçalves, 2005).....	137
Figura 6.7	Percepção de risco – grupo IV, em relação aos profissionais de saúde (Q2) (Gonçalves, 2005).....	138

Índice de Tabelas

Tabela 3.1.	Número de hospitais do SNS, por ARS, entre 1999 e 2005 e lotação praticada.....	15
Tabela 3.2.	Número de centros de saúde do SNS e de consultas, por ARS, entre 1999 e 2005	16
Tabela 3.3.	Número de outras UPCS do SNS, por ARS, entre 1999 e 2005	19
Tabela 3.4.	Número de UPCS integradas nos Serviços Personalizados do Ministério da Saúde	20
Tabela 3.5.	Número de gabinetes de medicina legal e delegações do Instituto Nacional de Medicina Legal, por região, no ano de 2005.....	20
Tabela 3.6.	Número de UPCS privadas e convencionadas com o SNS, por região, no ano de 2005	23
Tabela 3.7.	Número de farmácias e de instituições da área de acção social, por região, no ano de 2005	23
Tabela 3.8.	Número de UPCS privadas, por operador de gestão de RH, no ano de 2005	24
Tabela 3.9.	Número de UPCS a animais, por região.....	25
Tabela 4.1.	Informação relativa aos relatórios de RH (síntese).....	27
Tabela 4.2.	Informação recebida pelos operadores de gestão de RH e respectiva discriminação.....	28
Tabela 4.3.	Número de hospitais do SNS e mapas de registo recebidos, por ARS, entre 1999 e 2005.....	30
Tabela 4.4.	Comparações entre diferentes fontes de informação, do número total de hospitais do SNS e do número de mapas de registo enviados, entre 1999 e 2005.....	31
Tabela 4.5.	Factores de conversão utilizados pelos operadores de gestão de RH e pela DGS	35
Tabela 4.6.	Alguns aspectos da informação de base relativa à produção de RH.....	36
Tabela 4.7.	Mapas de registo com recolhas selectivas nos hospitais, por ARS e ano	50
Tabela 4.8.	Mapas de registo com recolhas selectivas nos hospitais, por ARS e ano, discriminando quando os quantitativos são ou não referidos	50
Tabela 4.9.	Mapas de registo com recolhas selectivas, por ARS e ano, discriminando quando os quantitativos são ou não referidos	52
Tabela 4.10.	Número de centros de saúde do SNS e mapas de registo recebidos, por ARS, entre 1999 e 2005	54
Tabela 4.11.	Comparações entre diferentes fontes de informação, do número total de hospitais do SNS e do número de mapas de registo enviados, entre 1999 e 2005.....	55
Tabela 4.12.	Algumas particularidades da informação de base relativa à produção de RH.....	59
Tabela 4.13.	Mapas de registo com recolhas selectivas nos centros de saúde, por ARS e ano.....	74
Tabela 4.14.	Mapas de registo com recolhas selectivas nos centros de saúde, por ARS e ano, discriminando quando os quantitativos são ou não referidos	75
Tabela 4.15.	Mapas de registo com recolhas selectivas, por ARS e ano, discriminando quando os quantitativos são ou não referidos	76
Tabela 4.16.	Produção de RH (resumo) nos laboratórios de saúde pública do SNS, entre 1999 e 2005.....	78

Tabela 4.17.	Produção de outros tipos de RH (resumo) nos laboratórios de saúde pública do SNS, entre 1999 e 2005	79
Tabela 4.18.	Produção de RH e de outros tipos de RH recolhidos selectivamente nos centros de histocompatibilidade do SNS, em 2005	80
Tabela 4.19.	Produção de RH e de outros tipos de RH recolhidos selectivamente no Instituto de Genética Médica Dr. Jacinto de Magalhães do SNS, em 2004 e 2005	80
Tabela 4.20.	Produção de RH nos armazéns de medicamentos, entre 1999 e 2005	81
Tabela 4.21.	Produção de RH nos Serviços Personalizados, entre 2001 e 2005 (dados dos mapas de registo).....	83
Tabela 4.22.	Produção de RH nas UPCS privadas, entre 2000 e 2002, por região	85
Tabela 4.23.	Produção de outros tipos de RH recolhidos selectivamente nas UPCS privadas, entre 2000 e 2002	87
Tabela 4.24.	Produção de RH nas UPCS privadas, em 1999, por região (DGV fide DGS, 2000)	88
Tabela 5.1.	Informação relativa aos inventários anuais remetidos à DGS pelos operadores de gestão de RH	89
Tabela 5.2.	Informação relativa aos inventários anuais da Ambimed (DGS, 2007a)	92
Tabela 5.3.	Informação relativa aos inventários anuais da Cannon Hygiene (DGS, 2007a)	94
Tabela 5.4.	Informação relativa aos inventários anuais da Cannon Hygiene (continuação) (DGS, 2007a)	95
Tabela 5.5.	Informação relativa aos inventários anuais do SUCH (DGS, 2007a)	100
Tabela 5.6.	Informação relativa aos inventários anuais do SUCH - continuação (DGS, 2007a)	101
Tabela 5.7.	Informação relativa aos inventários anuais da Tratospital (DGS, 2007a)	103
Tabela 5.8.	Informação relativa às quantidades recebidas do SUCH na Tratospital (DGS, 2007a)	103
Tabela 6.1.	Questionários relativos à Gestão de RH: número de respostas e respectiva taxa	106
Tabela 6.2.	Planos de Gestão de RH: respostas globais	107
Tabela 6.3.	Planos de Gestão de RH: respostas por tipo de instituição	107
Tabela 6.4.	Planos de Gestão de RH: respostas por ARS	108
Tabela 6.5.	Planos de Gestão de RH: respostas por ARS e tipo de instituição.....	108
Tabela 6.6.	Responsáveis na prática pela gestão de RH: respostas globais	110
Tabela 6.7.	Responsáveis na prática pela gestão de RH: respostas por tipo de instituições (hospital e centro de saúde).....	110
Tabela 6.8.	Responsáveis na prática pela gestão de RH: respostas por AR	111
Tabela 6.9.	Responsáveis na prática pela gestão de RH: respostas por tipo de instituições e ARS	112
Tabela 6.10.	Auditorias/visitas para verificar triagem dos RH: respostas globais ...	114
Tabela 6.11.	Auditorias/visitas para verificar triagem dos RH: respostas por tipo de instituição (hospital e centro de saúde).....	115
Tabela 6.12.	Auditorias/visitas para verificar triagem dos RH: respostas por ARS .	115
Tabela 6.13.	Auditorias/visitas para verificar triagem dos RH: respostas por tipo de instituição e ARS	116

Tabela 6.14.	Acções de formação sobre RH (realizadas habitualmente e em 2005): respostas globais.....	118
Tabela 6.15.	Aspectos particulares das acções de formação sobre RH (realizadas habitualmente e em 2005): respostas globais.....	118
Tabela 6.16.	Público-alvo das acções de formação sobre RH (realizadas habitualmente e em 2005): respostas globais	118
Tabela 6.17.	Número de acções de formação sobre RH realizadas em 2005: respostas globais	120
Tabela 6.18.	Acções de formação sobre RH (realizadas habitualmente e em 2005): respostas por tipo de instituição	120
Tabela 6.19.	Aspectos particulares das acções de formação sobre RH (realizadas habitualmente e em 2005): respostas por tipo de instituição	121
Tabela 6.20.	Público-alvo das acções de formação sobre RH (realizadas habitualmente e em 2005): respostas por tipo de instituição.....	122
Tabela 6.21.	Número de acções de formação sobre RH realizadas em 2005: respostas por tipo de instituição.....	123
Tabela 6.22.	Acções de formação sobre RH (realizadas habitualmente e em 2005): respostas por ARS	123
Tabela 6.23.	Acções de formação sobre RH (realizadas habitualmente e em 2005): respostas por tipo de instituição e ARS	124
Tabela 6.24.	Número de acções de formação sobre RH realizadas em 2005: respostas por região e tipo de instituição.....	126
Tabela 6.25.	Produção de RH em 6 categorias de UPCS no Concelho da Amadora (adaptado de Tavares, 2004).....	127
Tabela 6.26.	Produção de RH por tipo de tratamento efectuado nos cuidados domiciliários, no Concelho da Amadora (adaptado de Tavares, 2004).....	129
Tabela 6.27.	Estimativa da produção de RH nos cuidados domiciliários, em 2003, no Concelho da Amadora (Tavares, 2004).....	129
Tabela 7.1.	Metas a atingir no horizonte 2000: correspondência entre o PERH e o Plano de acções para 1999-2000	145
Tabela 7.2.	Programa de Intervenção Operacional: metas definidas no PERH e inseridas neste programa.....	146
Tabela 7.3.	Programa de Intervenção Operacional: objectivos, acções, responsabilidades e período de realização (DGS/INR, 1999)	147
Tabela 7.4.	Programa de Desenvolvimento Legislativo: metas definidas no PERH e inseridas neste programa.....	154
Tabela 7.5.	Programa de Desenvolvimento Legislativo: objectivos, acções, responsabilidades e período de realização (DGS/INR, 1999)	154
Tabela 7.6.	Programa de Formação/Informação: metas definidas no PERH e inseridas neste programa.....	157
Tabela 7.7.	Programa de Formação/Informação: objectivos, acções, responsabilidades e período de realização (DGS/INR, 1999)	157
Tabela 7.8.	Programa de Suporte e Migração de Dados: metas definidas no PERH e inseridas neste programa.....	160
Tabela 7.9.	Programa de Suporte e Migração de Dados: objectivos, acções, responsabilidades e período de realização (DGS/INR, 1999)	160
Tabela 7.10.	Programa de Monitorização e Controlo: metas definidas no PERH e inseridas neste programa.....	163
Tabela 7.11.	Programa de Monitorização e Controlo: objectivos, acções, responsabilidades e período de realização (DGS/INR, 1999).....	163

APENDICES

Apêndice 21 Produtores de RH do SNS

- Tabela A Número de hospitais do SNS (centrais e distritais), por ARS e distrito, entre 1999 e 2005 e lotação praticada
- Tabela B Número de centros de saúde do SNS e consultas, por ARS e SRS, entre 1999 e 2005
- Tabela C Número de UPCS com convenção por serviço/área e por SRS (DGS, 2006c)
- Tabela D Unidades privadas de saúde e entidades convencionadas por distrito na Região Norte (DGS, 2006c; PAI, 2006)
- Tabela E Unidades privadas de saúde e entidades convencionadas por distrito na Região Centro (DGS, 2006c; PAI, 2006)
- Tabela F Unidades privadas de saúde e entidades convencionadas por distrito na Região de Lisboa e Vale do Tejo (DGS, 2006c; PAI, 2006)
- Tabela G Unidades privadas de saúde e entidades convencionadas por distrito na Região Alentejo (DGS, 2006c; PAI, 2006)
- Tabela H Unidades privadas de saúde e entidades convencionadas por distrito na Região Algarve (DGS, 2006c; PAI, 2006)
- Tabela I Farmácias, lares de 3ª idade e centros e dia por região e distrito

Apêndice 2 Dados estatísticos e mapas de registo de RH dos hospitais do SNS

- Tabela J Número de hospitais do SNS e de mapas de registo recebidos por ARS e distrito, entre 1999 e 2005
- Tabela L Número de hospitais centrais e distritais e de mapas de registo recebidos, por ARS e distrito, entre 1999 e 2005

Apêndice 3 Produção de RH por hospital do SNS, entre 1999 e 2005

Apêndice 4 Produção de RH nos hospitais do SNS por ARS e distrito

- Tabela M Informação base relativa à produção de RH nos hospitais do SNS, por distrito e entre 1999 e 2005 (por kg e l)
- Tabela N Informação base relativa à produção de RH nos hospitais do SNS, por distrito e entre 1999 e 2005 (por kg)

Apêndice 5 Recolha selectiva por hospital do SNS, entre 1999 e 2005 Apêndice 6 Recolha selectiva nos hospitais do SNS por ARS e distrito

- Tabela O Síntese da informação dos mapas de registo sobre a produção de outros tipos de RH recolhidos selectivamente nos hospitais do SNS, por distrito e entre 1999 e 2005 (em kg e l)
- Tabela Q Síntese da informação dos operadores de gestão de RH sobre a produção de outros tipos de RH recolhidos selectivamente nos hospitais do SNS, por distrito e entre 1999 e 2005 (em kg e l)

Apêndice 7 Dados oficiais e mapas de registo de RH dos centros de saúde do SNS

- Tabela Q Número de centros de saúde do SNS e de mapas de registo recebidos, por ARS e SRS, entre 1999 e 2005

- Apêndice 8 Produção de RH por centro de saúde do SNS, entre 1999 e 2005**
- Apêndice 9 Produção de RH nos centros de saúde do SNS, por ARS e SRS**
- Tabela R Informação base relativa à produção de RH nos centros de saúde do SNS, por SRS e entre 1999 e 2005 (por kg e l)
- Tabela S Informação relativa à produção de RH nos centros de saúde do SNS, por SRS e entre 1999 e 2005 (por kg)
- Apêndice 10 Recolha selectiva por centro de saúde do SNS, entre 1999 e 2005**
- Apêndice 11 Recolha selectiva nos centros de saúde do SNS, por ARS e SRS**
- Tabela T Síntese da informação dos mapas de registo sobre a produção de outros tipos de RH recolhidos selectivamente nos centros de saúde do SNS, por distrito e entre 1999 e 2005 (em kg e l)
- Tabela U Síntese da informação dos operadores de gestão de RH sobre a produção de outros tipos de RH recolhidos selectivamente nos centros do SNS, por distrito e entre 1999 e 2005 (em kg e l)
- Apêndice 12 Produção e recolha selectiva de RH nos laboratórios de saúde pública, por ARS e distrito**
- Tabela V Síntese da produção de RH nos laboratórios de saúde pública do SNS, por SRS e entre 1999 e 2005 (por kg e l)
- Tabela X Síntese da produção de outros tipos de RH recolhidos selectivamente nos laboratórios de saúde pública do SNS, por SRS e entre 1999 e 2005 (em kg e l)
- Apêndice 13 Produção e recolha selectiva de RH nos Serviços Personalizados, entre 1999 e 2005**
- Tabela Z Produção de RH nos Serviços Personalizados, entre 1999 e 2005 (por kg e l)
- Apêndice 14 Questionário para recolha de informação destinada à avaliação do PERH**
- Apêndice 15 Acções de formação: resultados do questionário realizado**
- Tabela AA Aspectos particulares das acções de formação sobre RH (realizadas habitualmente e em 2005): respostas por tipo de instituição e para as regiões Norte, Centro e LVT
- Tabela AB Aspectos particulares das acções de formação sobre RH (realizadas habitualmente e em 2005): respostas por tipo de instituição e para as regiões do Alentejo e Algarve
- Tabela AC Público-alvo das acções de formação sobre RH (realizadas habitualmente e em 2005): respostas por região e tipo de instituição
- Apêndice 16 Listagem de dissertações de mestrado e doutoramento sobre a temática dos RH**
- Apêndice 17 Encerramento das unidades de incineração**
- Tabela AD Cronograma do encerramento das unidades de incineração e respectivas datas de vistorias e encerramento

1. Introdução

As unidades de prestação de cuidados de saúde (UPCS) ao desenvolverem a promoção da saúde e a prevenção e tratamento da doença a seres humanos ou animais, produzem resíduos que podem, por si só, constituir factores de risco para a saúde pública ou para o ambiente. Assim, torna-se necessário elaborar e implementar adequados programas de gestão de resíduos hospitalares (RH), os quais requerem uma interacção e uma cooperação multi-sectorial a todos os níveis.

Nesse sentido, em 1999 foi elaborado, pelo Ministério da Saúde e do Ambiente, o Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares (PERH) estabelecendo a necessidade de verificação e de avaliação sistemática dos riscos reais e potenciais em todas as fases do processo de gestão de RH, além de privilegiar aspectos como a prevenção da produção, a separação e a valorização da componente reaproveitável, referindo estas práticas como fundamentais do ponto de vista económico e ambiental (Gonçalves, 2005)

Decorridos oito anos após a sua publicação, a Direcção-Geral da Saúde (DGS) tomou a iniciativa de solicitar a colaboração de alguns peritos na matéria para proceder à revisão do PERH.

Em 2004, o Instituto dos Resíduos (INR) solicitou a realização de uma avaliação intercalar à empresa Profico Ambiente, denominada “Monitorização da Implementação de Planos e Estratégias – PERH”, que terminou em Dezembro do mesmo ano.

1.1. Objectivos

Com este trabalho pretende-se avaliar a Implementação do Plano Estratégico Sectorial dos Resíduos Hospitalares (1999 a 2005).

Em termos mais concretos, são objectivos específicos deste trabalho:

- Efectuar o levantamento do universo de produtores de RH, em 2005;
- Quantificar a produção de RH por grupos, por regiões e distritos, incluídos e não incluídos no Serviço Nacional de Saúde (SNS);
- Apresentar a evolução, quer das infra-estruturas de tratamento quer da quantificação dos RH geridos por operador;
- Avaliar custos de RH, por grupos, por regiões e distritos, incluídos no SNS e identificar tendências;

- Efectuar o levantamento das acções de formação em matéria de RH, desenvolvidas no SNS;
- Listar os trabalhos de investigação sobre este tema e seleccionar alguns contributos;
- Avaliar o grau de cumprimento dos objectivos e metas do PERH e da Estratégia Nacional de Gestão dos Resíduos Hospitalares (1999-2000).

Um dos objectivos deste trabalho era efectuar uma abordagem/perspectiva económica. Infelizmente, por motivos alheios ao grupo que terminou este trabalho, não foi possível concretizar tal objectivo.

1.2. Organização do trabalho

Este trabalho encontra-se subdividido em oito capítulos.

Após uma breve introdução, o segundo capítulo é dedicado ao enquadramento legal e às políticas de gestão dos RH em Portugal. É feita uma descrição do quadro legal existente, à data de elaboração deste trabalho, abordando os resíduos em geral e os RH em particular e finalmente referindo os diplomas relacionados com as fileiras e fluxos especiais (e.g. resíduos de PCB - bifenilos policlorados, pilhas e acumuladores usados).

No terceiro capítulo é efectuado o levantamento do universo de produtores de RH em 2005, desde as UPCS do SNS, como os hospitais e centros de saúde, aos serviços personalizados do Ministério da Saúde, mas também às UPCS não dependentes do Ministério da Saúde e às UPCS a animais.

A quantificação da produção de RH dos produtores incluídos e não incluídos no SNS é feita no capítulo quatro. São comparados os dados retirados, quer dos mapas de registo de RH, entregues pelos produtores, quer dos dados fornecidos para este trabalho pelos operadores de gestão de RH. Para os diferentes produtores indicados no terceiro capítulo, os valores de RH são trabalhados por grupos de RH (I e II, III, IV) e por outros tipos de RH separados selectivamente, por regiões e distritos.

No quinto capítulo, relacionado com os operadores de gestão de RH, é apresentada a evolução das infra-estruturas de tratamento existentes em Portugal Continental e a quantificação dos RH geridos por operador, nos anos de 1999 a 2005.

A informação complementar à informação fornecida pelos mapas de registos de RH e pelos inventários dos operadores, relacionada com a avaliação dos questionários aplicados aos hospitais e centros de saúde do SNS, é apresentada no sexto capítulo. Estes questionários abordaram as temáticas: existência de plano de gestão de RH;

responsabilidade prática pela gestão dos RH; realização de auditorias/visitas para verificação da triagem dos RH; e acções de formação sobre RH. Neste capítulo é feita, ainda referência aos trabalhos de investigação elaborados durante o período de avaliação do PERH, em Portugal Continental.

No sétimo capítulo é abordada a avaliação do grau de cumprimento dos objectivos e metas do PERH e da Estratégia Nacional de Gestão dos Resíduos Hospitalares (1999-2000), bem como é realizada uma avaliação complementar de alguns assuntos não contemplados nas metas do PERH.

As conclusões são apresentadas no oitavo capítulo.

2. Enquadramento Legal e Políticas de Gestão

Neste capítulo é apresentada a legislação e as políticas de gestão de resíduos em vigor no período em avaliação, 1999 – 2005. Contudo, é referido também os diplomas legais publicados mais recentemente, por se considerar importante apresentar as alterações entretanto verificadas.

Começa-se por abordar a legislação mais global sobre resíduos, nomeadamente a lei-quadro de resíduos e a Lista Europeia de Resíduos (LER), depois passa-se para os diplomas relacionados especificamente com os RH e por fim é enumerada a legislação aplicada aos resíduos especiais que podem ser produzidos nas UPCS.

2.1. Resíduos

- **Gestão de resíduos**

No período em avaliação encontrava-se em vigor o Decreto-Lei nº 239/97, de 9 de Setembro, publicado no Diário da República nº 208 – I Série-A. Este diploma estabelecia as regras a que estava sujeita a gestão de resíduos, nomeadamente a sua recolha, transporte, armazenagem, tratamento, valorização e eliminação, atentas as finalidades de redução da produção de resíduos e de promoção da sua reutilização e reciclagem, com vista à protecção da saúde humana e do ambiente, tal como preconizado na Lei nº 11/87, de 7 de Abril, a Lei de Bases do Ambiente.

Esta lei geral dos resíduos reafirmou o princípio da responsabilidade do produtor pelos resíduos que produz. No caso dos RH a responsabilidade recaia nas UPCS, sendo assumida desde a etapa da produção até ao destino final.

Em 2006, este decreto-lei foi revogado pelo Decreto-Lei nº 178/2006, de 5 de Setembro, do Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional, publicado no Diário da República, 1ª Série – nº 171. Este último diploma estabelece o regime geral da gestão de resíduos, transpondo para a ordem jurídica interna a Directiva nº 2006/12/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 5 de Abril, e a Directiva nº 91/689/CEE, do Conselho, de 12 de Dezembro.

A necessidade de aprovar um novo regime jurídico para a gestão de resíduos foi determinada pela transposição das Directivas referidas para o ordenamento jurídico interno, pela exigência dos objectivos ambientais a atingir (restringir drasticamente e num curto espaço de tempo o volume de resíduos depositados em aterro), pela necessidade de serem criados instrumentos municipais de gestão de resíduos que permitam concretizar as orientações dos planos sectoriais, pela introdução de instrumentos novos que se prendem com uma melhor gestão da

informação em matéria de gestão dos resíduos e pelo novo regime económico e financeiro da gestão dos resíduos.

- ***Lista Europeia de Resíduos***

Em 2004 foi publicada a Portaria nº 209/2004, de 3 de Março, dos Ministérios da Economia, da Agricultura, Desenvolvimento Rural e Pescas, da Saúde e das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente, no Diário da República n.º 53 – I Série-B. Este diploma publica a LER e define as características de perigo atribuíveis aos resíduos, bem como as operações de valorização e de eliminação de resíduos.

A LER, que consta desta portaria, assegura a harmonização do normativo vigente em matéria de identificação e classificação de resíduos, ao mesmo tempo que visa facilitar um perfeito conhecimento pelos agentes económicos do regime jurídico a que estão sujeitos.

- ***Transporte de resíduos***

A Portaria nº 335/97, de 16 de Maio, dos Ministérios da Administração Interna, do Equipamento, do Planeamento e da Administração do Território, da Saúde e do Ambiente, publicada no Diário da República nº 113 – I Série-B, estipula as regras a que fica sujeito o transporte de resíduos, devendo o produtor e o detentor garantir que o transporte dos mesmos se realize de acordo com as prescrições deste diploma, bem como assegurar que o destinatário dos resíduos está autorizado a recebê-los.

Quando os resíduos a transportar se encontrarem abrangidos pelos critérios de classificação de mercadorias perigosas, previstos no Regulamento Nacional de Transporte de Mercadorias Perigosas por Estrada (RPE), o produtor, o detentor e o transportador estão obrigados ao cumprimento desse Regulamento.

O transporte rodoviário de mercadorias perigosas encontra-se regulado pelo Decreto-Lei nº 267-A/2003, de 27 de Outubro, do Ministério das Obras Públicas, Transportes e Habitação, publicado no Diário da República nº 249 – I Série-A.

Este diploma transpõe para a ordem jurídica nacional a Directiva nº 2001/7/CE, da Comissão, de 29 de Janeiro, e a Directiva nº 2003/28/CE, da Comissão, de 7 de Abril, que adaptam ao progresso técnico a Directiva nº 94/55/CE, do Conselho, de 21 de Novembro, relativa à aproximação das legislações dos Estados membros respeitantes ao transporte rodoviário de mercadorias perigosas, e a Directiva nº 2001/26/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Maio, que altera a Directiva nº 95/50/CEE, do Conselho, de 6 de Outubro, relativa a procedimentos uniformes de controlo do transporte rodoviário de mercadorias perigosas.

Os transportes rodoviários de mercadorias perigosas com origem e destino em território português devem ser efectuados nas condições estabelecidas no Regulamento Nacional do Transporte de Mercadorias Perigosas por Estrada (RPE).

Aos transportes com origem ou destino em território estrangeiro aplica-se o Acordo Europeu relativo ao Transporte Internacional de Mercadorias Perigosas por Estrada (ADR).

O nº 1 do artigo 9º da Portaria nº 335/97, de 16 de Maio, estabelece que a formação profissional de conselheiros de segurança e de condutores de veículos de mercadorias perigosas que careçam de certificado de formação deve ser ministrada e avaliada por entidades formadoras reconhecidas pela Direcção-Geral de Transportes Terrestres.

A formação de conselheiros de segurança e de condutores de mercadorias perigosas é regulada pelo Despacho nº 22894/2003 (2ª série), de 25 de Novembro, da Direcção-Geral de Transportes Terrestres, publicado no Diário da República – II Série, nº 273.

A designação e a qualificação profissional dos conselheiros de segurança para o transporte de mercadorias perigosas e as exigências mínimas aplicáveis ao exame de conselheiro de segurança, encontram-se regulamentadas no Decreto-Lei nº 189/2006, de 22 de Setembro, do Ministério das Obras Públicas, Transportes e Comunicações, publicado no Diário da República, 1ª Série – nº184.

2.2. Resíduos hospitalares

• Plano Estratégico Sectorial dos Resíduos Hospitalares

Em 1999 foi aprovado o Plano Estratégico Sectorial dos Resíduos Hospitalares (PERH), a correspondente Estratégia Nacional de Gestão de RH para Curto Prazo (1999-2000) e ainda os respectivos objectivos programáticos e acções a desenvolver, pelo Despacho conjunto nº 761/99, de 31 de Agosto, dos Ministérios da Saúde e do Ambiente, publicado no Diário da República nº 203 - II Série.

O PERH tem como objectivo fornecer, aos responsáveis, um conjunto de informação para apoio na tomada de decisão sobre os vários aspectos relacionados com os RH.

Este plano, na definição das opções estratégicas de gestão de RH, considera cinco questões fundamentais enquadradas na estratégia geral dos resíduos:

- a prevenção da produção de resíduos e dos riscos associados;

- as formas de gestão interna na unidade de saúde, contemplando as vertentes institucional, sanitária, técnica, económico-financeira e recursos humanos;
- a valorização da componente reaproveitável;
- o tratamento e destino final;
- a formação dos profissionais de saúde e informação dos utentes e público, em geral.

O PERH destina-se a estabelecer as estratégias e as metas que irão presidir à gestão dos RH, considerando a sua definição legal e o universo abrangido. Procurou indicar ou propor os objectivos das linhas de acção estratégicas a aplicar, quer no sector público quer no privado, em dois horizontes temporais – 2000 e 2005.

- ***Classificação e princípios de organização e gestão global de RH***

Em 1996 foi estabelecida uma nova classificação dos RH (em quatro grupos) contemplando os princípios que devem presidir à organização e gestão global dos resíduos pela publicação do Despacho nº 242/96, de 13 de Agosto, da Ministra da Saúde, no Diário da República nº 187 – II Série.

Este define também o tratamento apropriado consoante os grupos definidos, os requisitos do acondicionamento e dos contentores utilizados para armazenagem e transporte dos resíduos perigosos, a existência de um plano de gestão para cada unidade de saúde, as condições de armazenamento e as responsabilidades dos órgãos de gestão de cada unidade de saúde. Nos termos deste despacho os RH são classificados, fundamentalmente pela proveniência (local de produção) e pelas actividades que os originam.

- ***Licenciamento das instalações de tratamento***

A Portaria nº 174/97, de 10 de Março, dos Ministérios da Saúde e do Ambiente, publicada no Diário da República nº 58 – I Série-B, disciplina juridicamente a matéria relativa à instalação e funcionamento de unidades ou equipamentos de valorização ou eliminação de resíduos perigosos hospitalares. Por outro lado, estabelece as condições necessárias à salvaguarda da correcta execução das operações de gestão de RH, designadamente de recolha e transporte, nos casos em que não sejam directamente asseguradas pelos estabelecimentos produtores.

- ***Mapa de registo de RH***

A Portaria nº 178/97, de 11 de Março, dos Ministérios da Saúde e do Ambiente, publicada no Diário da República nº 59 – I Série-B, que aprova o modelo de mapa de registo de RH, constituído pelos impressos A, B.1 e B.2, refere que uma gestão adequada dos RH implica o conhecimento real dos quantitativos gerados nas unidades de saúde, sua caracterização, destino adequado, frequência de recolha e meio de transporte utilizado.

As UPCS a seres humanos, a animais e de investigação relacionada devem preencher o mapa de registo e remetê-lo anualmente à DGS, até 31 de Janeiro do ano imediato àquele a que se reportem os respectivos dados. Com base nestes registos a DGS elabora o relatório síntese da informação recebida e envia para o INR até 31 de Março. Por outro lado, o INR remete o relatório síntese às entidades responsáveis pela gestão de resíduos sólidos urbanos.

Com a criação do Sistema Integrado de Registo Electrónico de Resíduos (SIRER), aprovado pela Portaria nº 1408/2006, 18 Dezembro¹, que posteriormente foi alterada pela Portaria nº 320/2007, de 23 de Março², a produção anual de RH deve ser registada nesse sistema, devendo cada produtor registar-se antecipadamente. A Portaria nº 178/97, de 11 de Março, que aprovava o modelo de mapa de registo de RH, foi revogada pela Portaria nº 320/2007, de 23 de Março.

- **Actos relativos a fetos mortos e peças anatómicas**

O Decreto-Lei nº 411/98³, de 30 de Dezembro, do Ministério da Saúde, publicado no Diário da República nº 300 – I Série-A, determina o regime jurídico da remoção, transporte, inumação, exumação, trasladação e cremação de cadáveres, de cidadãos nacionais ou estrangeiros, bem como de alguns desses actos relativos a ossadas, cinzas, fetos mortos e peças anatómicas, e, ainda, da mudança de localização de um cemitério.

2.3. Legislação complementar

- **Subprodutos de origem animal**

O Regulamento (CE) nº 1774/2002, de 3 de Outubro, do Parlamento e do Conselho, estabelece as regras sanitárias relativas a subprodutos animais não destinadas ao consumo humano.

¹ Portaria nº 1408/2006, 18 Dezembro, do Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional, publicada no Diário da República nº 241 - Série I.

² Portaria nº 320/2007, de 23 de Março do Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional, publicada no Diário da República nº59 - Série I.

³ Alterado pelo Decreto-Lei nº 5/2000, de 29 de Janeiro, do Ministério da Saúde, publicado no Diário da República nº 24 – I Série-A, com nova redacção nos artigos 2º, 4º, 5º, 6º, 8º, 9º e 25º do Decreto-Lei nº 411/98. Foram introduzidas alterações à nova redacção dos nºs 1 e 5 do artigo 8º, através do Decreto-Lei nº 138/2000, de 13 de Julho, do Ministério da Saúde, publicado no Diário da República nº 160 – I Série-A.

2.4. Fileiras e fluxos de resíduos

- ***Eliminação dos PCB (bifenilos policlorados)***

O Decreto-Lei nº 277/99⁴, de 23 de Julho, do Ministério do Ambiente, publicado no Diário da República nº 170, I Série-A, estabelece as regras a que ficam sujeitas a eliminação dos PCB, a descontaminação ou a eliminação de equipamentos que contenham PCB e a eliminação de PCB usados, tendo em vista a destruição total destes.

- ***Gestão de resíduos de amálgama dentária com mercúrio, termómetros de mercúrio e pilhas e acumuladores contendo mercúrio***

A Portaria nº 744-A/99, de 25 de Agosto, dos Ministérios da Saúde e do Ambiente, publicada no Diário da República nº 198 I Série-B, estabelece:

- No Anexo I, regras de gestão para os resíduos de amálgama dentária com mercúrio produzidos em unidades de prestação de cuidados de saúde, com vista a evitar a descarga em colectores sem prévia retenção;
- No Anexo II, regras de gestão para os termómetros de mercúrio com vista à sua progressiva substituição;
- No Anexo III, regras de gestão de resíduos de pilhas e acumuladores contendo mercúrio;
- No Anexo IV, regras de gestão para os resíduos constituído por lâmpadas de descarga contendo mercúrio.

- ***Gestão de resíduos contendo clorofórmio***

A Portaria nº 91/2000, de 19 de Fevereiro, dos Ministérios da Saúde e do Ambiente e do Ordenamento do Território, publicada no Diário da República nº 42 – I Série-B, aprova o programa de acção específico para utilização/rejeição de resíduos de clorofórmio nas UPCS, com vista a evitar a sua descarga em colectores sem o devido tratamento.

- ***Gestão de pilhas e acumuladores***

O Decreto-Lei nº 62/2001, de 19 de Fevereiro, do Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território, publicado no Diário da República nº 42 – I Série-A, que determina o regime jurídico a que fica sujeita a gestão de pilhas e acumuladores e a gestão de pilhas e acumuladores usados.

Neste decreto é assumida como primeira prioridade a prevenção da produção desses resíduos, seguida da reciclagem ou outras formas de valorização, de forma a reduzir a quantidade de resíduos a eliminar.

⁴ Este decreto-lei foi alterado pelo Decreto-Lei nº 72/2007, de 27 de Março, tendo sido revogado o seu artigo 15º.

- **Gestão de óleos novos e óleos usados**

O Decreto-Lei nº 153/2003, de 11 de Julho, do Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente, publicado no Diário da República nº 158, I Série-A, estabelece o regime jurídico a que fica sujeita a gestão de óleos novos e óleos usados, assumindo como objectivo prioritário a prevenção da produção, em quantidade e nocividade, desses resíduos, seguida de regeneração e de outras formas de reciclagem e de valorização, por forma a minimizar os riscos para a saúde pública e para o ambiente.

Na definição de «Óleos Usados» incluem-se os óleos industriais lubrificantes de base mineral, os óleos dos motores de combustão e dos sistemas de transmissão, e os óleos minerais para máquinas, turbinas e sistemas hidráulicos e outros óleos que, pelas suas características, lhes possam ser equiparados, tornados impróprios para o uso a que estavam inicialmente destinados.

- **Gestão de resíduos de equipamentos eléctricos e electrónicos**

O Decreto-Lei nº 230/2004, de 10 de Dezembro, do Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território, publicado no Diário da República nº 208 – I Série-A, estabelece o regime jurídico a que fica sujeita a gestão de resíduos de equipamentos eléctricos e electrónicos (REEE).

É objectivo prioritário deste diploma, prevenir a produção de resíduos de equipamentos eléctricos e electrónicos e, subsequentemente, promover a reutilização, a reciclagem e outras formas de valorização, de forma a reduzir a quantidade e o carácter nocivo de resíduos a eliminar, contribuindo para melhorar o comportamento ambiental de todos os operadores envolvidos no ciclo de vida destes equipamentos.

- **Gestão de embalagens e resíduos de embalagens**

O Decreto-Lei nº 92/2006, de 25 de Maio, do Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional, publicado no Diário da República nº 101 – I Série-A, estabelece os princípios e as normas aplicáveis à gestão de embalagens e resíduos de embalagens, com vista à prevenção da produção desses resíduos, à reutilização de embalagens usadas, à reciclagem e outras formas de valorização de resíduos de embalagens e consequente redução da sua eliminação final, assegurando um elevado nível de protecção do ambiente.

Este diploma altera o Decreto-Lei nº 366-A/97, de 20 de Dezembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 162/2000, de 27 de Julho, transpondo para a ordem jurídica nacional a Directiva nº 2004/12/CE, de 11 de Fevereiro, do Parlamento Europeu e do Conselho, relativa a embalagens e resíduos de embalagens.

3. Universo de Produtores de Resíduos Hospitalares

Na análise efectuada à informação disponível sobre RH verificou-se uma grande falta de coerência entre os vários dados, nomeadamente em relação ao universo de produtores de RH. Constatou-se, mesmo, que não existe informação relativa ao número total de UPCS privadas em Portugal Continental. Deste modo, considerou-se importante integrar neste documento um capítulo que pudesse abordar este assunto, servindo, assim, de base para os cálculos e comparações necessárias a este trabalho.

Como é sabido os serviços do Ministério da Saúde são grandes produtores de RH. Nesse sentido torna-se necessário conhecer o organograma do Ministério da Saúde (Figura 3.1). As UPCS do Ministério da Saúde produtoras de RH são as integradas no SNS e nos Serviços Personalizados.

Contudo, os produtores de RH não se esgotam no Ministério da Saúde, existindo outros produtores, relacionados com cuidados de saúde a seres humanos e a animais, que podem ser serviços da Administração Pública (por exemplo, Faculdade de Medicina Veterinária, Instituto de Medicina Legal) ou serviços privados (como clínicas dentárias ou consultórios veterinários).

3.1. Unidades de prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde

Actualmente o SNS em Portugal Continental engloba as ARS, os centros regionais de saúde pública (onde estão inseridos os laboratórios de saúde pública), os centros regionais de alcoologia, os centros de histocompatibilidade, o Instituto de Genética Médica - Dr. Jacinto de Magalhães e o Instituto de Oftalmologia - Dr. Gama Pinto. Por sua vez, as ARS incluem os centros de saúde, os hospitais e centros/grupos hospitalares e o Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil (centros regionais de Lisboa, Coimbra e Porto) (MS, 2006).

Neste trabalho optou-se por subdividir as UPCS do SNS em três grupos: hospitais, centros de saúde e outras UPCS. Esta opção teve por base diversos documentos publicados pela DGS (e.g. documentos estatísticos, Relatórios de resíduos hospitalares) em que é realizada a divisão em hospitais e centros de saúde.

No grupo dos hospitais são incluídos todos os hospitais e centros/grupos hospitalares, mas também o Instituto de Oftalmologia - Dr. Gama Pinto, o Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil e os centros de alcoologia (Lisboa, Coimbra e Porto), tal como se verifica nos documentos consultados, publicados pela DGS.

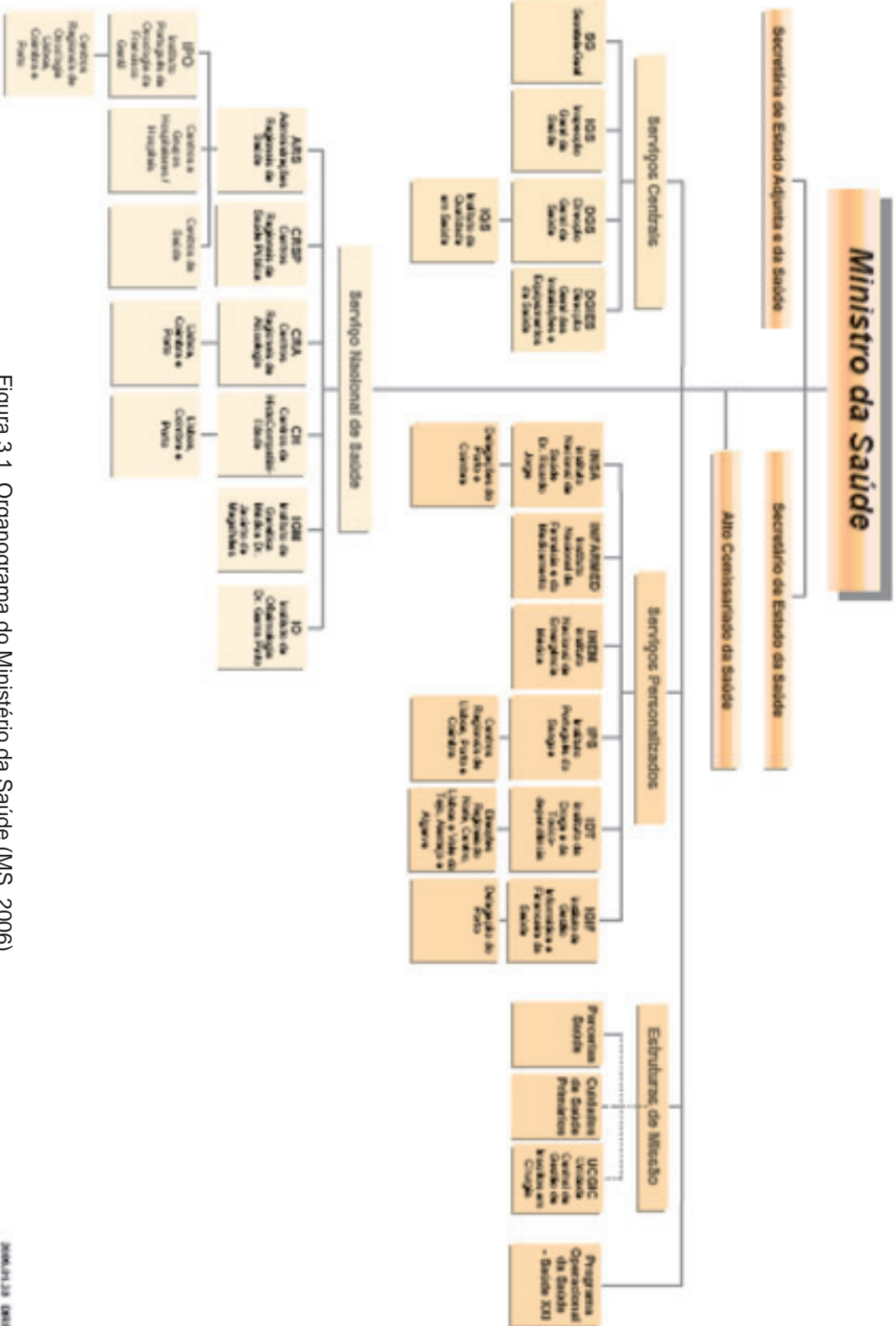


Figura 3.1. Organograma do Ministério da Saúde (MS, 2006).

Em Portugal Continental existem actualmente três centros de histocompatibilidade - Norte, Centro e Sul. Os do Norte e do Sul encontram-se a funcionar dentro dos hospitais, respectivamente, no Hospital de São João e no Hospital Pulido Valente, EPE. O centro de histocompatibilidade do Centro está independente, dependendo da ARS Centro. Neste trabalho, estes centros estão inseridos no grupo dos hospitais, o que se deve ao facto de serem considerados, nos documentos estatísticos da saúde, como pertencentes ao grupo dos hospitais.

O grupo dos centros de saúde é mais restrito, apenas fazendo parte os próprios centros de saúde. Outro grupo de UPCS integrados no Ministério da Saúde engloba os laboratórios de saúde pública (LSP) e o Instituto de Genética Médica - Dr. Jacinto de Magalhães.

Apesar de não ser referido no organograma do Ministério da Saúde, existem armazéns de produtos farmacêuticos ou armazéns de medicamentos, de apoio aos centros de saúde, e que se encontram localizados nas SRS (correspondem aos distritos) das ARS.

3.1.1. Hospitais

Com base nas publicações da DGS¹ entre 1999 e 2005, intituladas - Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e Produção do SNS², foi elaborada a tabela A (Apêndice 1). Nesta tabela é apresentado o número de hospitais por ARS e distrito nos anos em estudo, sendo também discriminado o número de hospitais centrais e distritais e a lotação praticada. Um resumo da informação anterior pode ser visualizado na Tabela 3.1.

Tabela 3.1. Número de hospitais do SNS, por ARS, entre 1999 e 2005 e lotação praticada.

Hospitais do SNS								
ARS	1999		2000		2001		2002	
	Total (nº)	Lot. praticada (nº camas)	Total (nº)	Lot. praticada (nº camas)	Total (nº)	Lot. praticada (nº camas)	Total (nº)	Lot. praticada (nº camas)
Norte	30	7703	30	8094	29	7991	27	7500
Centro	30	7041	32	7353	32	7322	32	7219
LVT	32	9849	33	9805	31	9642	30	9543
Alentejo	5	968	5	1079	5	1095	5	1054
Algarve	3	645	3	787	3	819	3	817
Total	100	26206	103	27118	100	26869	97	26133
ARS	2003		2004		2005			
	Total (nº)	Lot. praticada (nº camas)	Total (nº)	Lot. praticada (nº camas)	Total (nº)	Lot. praticada (nº camas)		
Norte	26	7398	26	7386	26	7399		
Centro	30	7164	30	7213	30	7147		
LVT	28	9559	28	9421	27	9332		
Alentejo	5	1036	5	1027	4	1032		
Algarve	3	786	3	785	2	767		
Total	92	25943	92	25832	89	25677		

Fonte: DGS (2002); DGS (2003a); DGS (2003b); DGS (2004); DGS (2005a); DGS (2005b); DGS (2006).

¹ DGS (2002), DGS (2003a), DGS (2003b), DGS (2004), DGS (2005a), DGS (2005b), DGS (2006).

² A publicação de 1999 tem uma designação diferente: Elementos Estatísticos Saúde / 1999.

Em ambas as tabelas constata-se a variação no decurso do período de tempo em estudo, tanto no número total de hospitais, como na lotação praticada. O maior número de hospitais do SNS regista-se em 2000, sendo também nesse ano que existe uma maior lotação praticada (27.118 camas), correspondendo o menor número a 2005 (89 hospitais), com uma lotação praticada mais baixa (25.677 camas).

Nos documentos estatísticos consultados, é realizada uma divisão dos hospitais, sendo estes subdivididos em centrais e distritais, podendo os hospitais centrais ser gerais ou especializados e os distritais ser gerais ou de nível 1. Na tabela A (Apêndice 1) apresenta-se o respectivo número de hospitais por ARS e distrito. No entanto, é de salientar que nos mesmos documentos³ não são referidas as designações dos hospitais que correspondem, em cada ano, às categorias referidas, não sendo assim possível, em muitos casos, saber quais são, na prática, os hospitais centrais e os distritais.

3.1.2. Centros de Saúde

O universo de centros de saúde do SNS entre 1999 e 2005 é apresentado na tabela B (Apêndice 1), tendo por base os dados das publicações estatísticas, mas também a informação fornecida pelas ARS⁴. Nesta tabela é discriminado o número de centros de saúde por ARS e por SRS, sendo igualmente apresentado o número total de consultas realizadas. Na Tabela 3.2 pode ser visualizado um resumo da informação presente na tabela B (Apêndice 1).

Tabela 3.2. Número de centros de saúde do SNS e de consultas, por ARS, entre 1999 e 2005.

ARS	Centros de Saúde do SNS											
	1999			2000			2001			2002		
	Estat. ¹ CS (n°)	Inf. fornecida ² CS (n°)	Consultas (n°)	Estat. ¹ CS (n°)	Inf. fornecida ² CS (n°)	Consultas (n°)	Estat. ¹ CS (n°)	Inf. fornecida ² CS (n°)	Consultas (n°)	Estat. ¹ CS (n°)	Inf. fornecida ² CS (n°)	Consultas (n°)
Norte	106	102	8263536	106	100	8353992	106	100	8700726	106	100	5729681
Centro	109	108	8500427	109	110	8575136	110	110	9003780	109	109	9406585
LVT	86	87	8612045	86	87	8679928	87	87	8708727	87	87	8999203
Alentejo	44	44	687485	44	44	1946310	44	44	1973095	44	44	1714956
Algarve	16	16	729347	16	16	764953	16	16	792513	16	16	826177
Total	361	357	26792840	361	357	28320319	363	357	29178841	362	356	26676602

ARS	Centros de Saúde do SNS								
	2003			2004			2005		
	Estat. ¹ CS (n°)	Inf. fornecida ² CS (n°)	Consultas (n°)	Estat. ¹ CS (n°)	Inf. fornecida ² CS (n°)	Consultas (n°)	Estat. ¹ CS (n°)	Inf. fornecida ² CS (n°)	Consultas (n°)
Norte	107	100	9471544	91	96	9532979	91	84	7809027
Centro	109	109	9200089	109	109	9190551	109	109	9316729
LVT	87	87	9004166	87	87	8752860	87	87	8957077
Alentejo	44	44	1998551	44	44	2030024	44	44	2044200
Algarve	16	16	840622	16	16	869969	16	16	894669
Total	363	356	30514972	347	352	30376383	347	340	29021702

¹ Informação retirada das Estatísticas da Saúde (DGS, 2002); (DGS, 2003a); (DGS, 2003b); (DGS, 2004); (DGS, 2005a); (DGS, 2005b); (DGS, 2006). ² Informação fornecida pela ARS Norte (com a correcção da SRS Porto), ARS Centro, ARS LVT, ARS Alentejo e ARS Algarve.

³ Com excepção dos Elementos Estatísticos Saúde / 1999 (DGS, 2002).

⁴ Solicitada para a realização deste trabalho.

Pela observação da informação anterior constata-se que o número de centros de saúde referidos nos documentos estatísticos para o período considerado (1999 – 2005) nunca é igual ao número fornecido pelas ARS, registando-se uma maior diferença na zona norte do país, em especial na SRS do Porto.

Neste trabalho optou-se por adoptar o número de centros de saúde fornecidos pelas ARS, facto que se deve às mesmas terem disponibilizado a respectiva designação e assim ser possível relacionar com a informação constante nos mapas de registo de RH. É de salientar que nos documentos estatísticos apenas aparece o número total de centros de saúde por SRS, o número com serviço de atendimento permanente (SAP), o número com unidades de internamento e o total de camas.

Pela observação da Tabela 3.2 constata-se que o número de centros de saúde tem registado algumas alterações nos anos em estudo. Contudo, estas diferenças não parecem ter uma correspondência directa com as alterações legislativas que se têm verificado neste período.

Em 1999, o Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio, estabeleceu o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, estruturou os centros de saúde e associações de centros de saúde em unidades funcionalmente autónomas seguindo critérios geodemográficos. Uma consequência da publicação desta legislação foi, por exemplo, a associação de três centros de saúde do Concelho de Almada num único centro de saúde.

Mais tarde, em 2003, com a publicação do Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril, que cria a rede de cuidados de saúde primários foi revogado o diploma anterior, tendo havido separação dos centros de saúde que entretanto se tinham agregado. Em 2005, o Decreto-Lei nº 88/2005, de 3 de Junho, revogou o Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril, e ripristinou o Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio, que estabelecia anteriormente o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.

Desta forma, os centros de saúde voltam a agrupar-se podendo englobar centros de saúde de mais de um concelho, como é o caso do centro de saúde do Barreiro que engloba os dos Concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, o que está relacionado com a base populacional considerada (de 100000 a 200000 habitantes).

Nos dados apresentados na Tabela 3.2, o maior número de centros de saúde corresponde, nos documentos estatísticos, ao ano de 2002 (363) e o menor número aos anos de 2004 e 2005 (347). Nos dados fornecidos pelas ARS é em 1999 e 2000 que se registam maior número de centros de saúde (357), correspondendo o número mais baixo, 340 centros de saúde, a 2005.

Relativamente ao número total de consultas, nos documentos estatísticos não é referido o seu número, pelo que apenas se apresentam os dados fornecidos pelas

SRS. O menor número de consultas verifica-se em 2002 (26.676.602 consultas) e o maior número em 2003 (30.514.972 consultas).

3.1.3. Outras UPCS

Neste grupo estão incluídas todas as UPCS do SNS não englobadas anteriormente, como os centros regionais de saúde pública (CRSP) que integram os LSP, o Instituto de Genética Médica - Dr. Jacinto de Magalhães e os armazéns de produtos farmacêuticos.

Nos documentos estatísticos anteriormente referidos não aparece qualquer referência, nem aos LSP, nem aos armazéns de produtos farmacêuticos, pelo que se desconhece o seu número total, bem como possíveis alterações verificadas entre 1999 e 2005.

No que se refere aos LSP, desde há longa data que estes existem a nível dos serviços regionais de saúde pública. Com a publicação dos quadros de pessoal das cinco ARS, pela Portaria nº772-B/96 de 31 de Dezembro, pode-se verificar a previsão de técnicos superiores de saúde - ramo laboratório e técnicos de diagnóstico e terapêutica - área de análises clínicas e de saúde pública para estas cinco ARS, técnicos esses que trabalham nos LSP.

É de salientar que a SRS Porto não dispõe de LSP, recorrendo ao Instituto Nacional de Saúde (INSA) Porto. Com a criação dos CRSP, pelo Decreto-Lei nº 286/99, de 27 de Julho (que estabelece a organização dos serviços de saúde pública), os LSP passaram a depender destes serviços. Na verdade, os LSP são os únicos produtores de RH a nível dos CRSP. Assim, pode-se afirmar que existem 17 LSP, não tendo havido alterações entre 1999 e 2005.

Por outro lado e apesar das estatísticas da saúde não os referirem, a mesma Portaria nº 772-B/96, de 31 de Dezembro, que aprova os quadros de pessoal das cinco ARS prevê também técnicos superiores de saúde - ramo farmácia, e técnicos de diagnóstico e terapêutica - área de farmácia, para estas cinco ARS e respectivas SRS, técnicos que trabalham nos armazéns de produtos farmacêuticos. Assim, pressupõe-se que existe em cada uma das 18 SRS um armazém de produtos farmacêuticos ou armazém de medicamentos, que também são produtores de RH.

Na Tabela 3.3 pode ser visualizado um resumo do número de LSP e de armazéns de produtos farmacêuticos do SNS existentes em Portugal Continental, por ARS.

Tabela 3.3. Número de outras UPCS do SNS, por ARS, entre 1999 e 2005.

ARS	1999		2000		2001		2002	
	LSP ¹	Armazém de Produtos Farmacêuticos ¹	LSP ¹	Armazém de Produtos Farmacêuticos ¹	LSP ¹	Armazém de Produtos Farmacêuticos ¹	LSP ¹	Armazém de Produtos Farmacêuticos ¹
Norte	4	5	4	5	4	5	4	5
Centro	6	6	6	6	6	6	6	6
LVT	3	3	3	3	3	3	3	3
Alentejo	3	3	3	3	3	3	3	3
Algarve	1	1	1	1	1	1	1	1
Total	17	18	17	18	17	18	17	18

ARS	2003		2004		2005	
	LSP ¹	Armazém de Produtos Farmacêuticos ¹	LSP ¹	Armazém de Produtos Farmacêuticos ¹	LSP ¹	Armazém de Produtos Farmacêuticos ¹
Norte	4	5	4	5	4	5
Centro	6	6	6	6	6	6
LVT	3	3	3	3	3	3
Alentejo	3	3	3	3	3	3
Algarve	1	1	1	1	1	1
Total	17	18	17	18	17	18

¹ Informação retirada da Portaria nº772-B/96, de 31 de Dezembro.

3.2. Serviços personalizados do Ministério da Saúde

De acordo com o actual organograma do Ministério da Saúde (MS, 2006), fazem parte dos Serviços Personalizados seis institutos, com as respectivas delegações, centros ou direcções regionais. Estes institutos são os seguintes:

- INSA, sediado em Lisboa⁵ e com uma delegação no Porto;
- Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED);
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), com 3 delegações regionais em Faro, Coimbra e Porto;
- Instituto Português do Sangue (IPS), com 3 centros regionais, em Lisboa, Porto e Coimbra;
- Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT), com 5 direcções regionais (Norte, Centro, LVT, Alentejo e Algarve);
- Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), com uma delegação no Porto.

Dos institutos referidos anteriormente, apenas o último, o IGIF, pelas suas funções específicas não produz RH.A Tabela 3.4 indica o número de UPCS integradas nos Serviços Personalizados do Ministério da Saúde, por região, no ano de 2005.

⁵ Engloba o Centro de Estudos de Vectores e Doenças Infecciosas, em Águas de Moura – Palmela.

Tabela 3.4. Número de UPCS integradas nos Serviços Personalizados do Ministério da Saúde, por região, no ano de 2005.

Serviços Personalizados	2005				
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
INSA ¹	1	-	1	-	-
INFARMED ¹	-	-	1	-	-
INEM ²	1	1	1	-	-
IPS ¹	1	1	1	-	-
IDT ¹	1	1	1	1	1
Total	4	3	5	1	1

¹ Informação retirada do organograma do MS (MS, 2006). ² Informação retirada do site do INEM (INEM, 2007)

3.3. Unidades de prestação de cuidados de saúde não dependentes do Ministério da Saúde

Neste grande grupo estão incluídos todos os produtores de RH, sejam eles entidades oficiais (e.g. o Instituto Nacional de Medicina Legal - INML, os estabelecimentos prisionais, os serviços de saúde da Guarda Nacional Republicana) ou entidades privadas.

Relativamente ao Instituto Nacional de Medicina Legal, após consulta do seu site (INML, 2007), pôde-se constatar que está dividido em 3 delegações – Lisboa, Coimbra e Porto, das quais dependem os gabinetes médico-legais. Assim, a Tabela 3.5 refere os gabinetes existentes em Portugal Continental em 2005 e as respectivas delegações. Considerou-se como início de funcionalidade de cada gabinete médico-legal o ano de publicação do diploma que o criou.

Tabela 3.5. Número de gabinetes de medicina legal e delegações do Instituto Nacional de Medicina Legal, por região, no ano de 2005.

Serviços	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve	Total
INML - Delegações	1	1	1			3
Gabinetes médico-legais	8	8	1	3	2	22
Total por Região	9	9	2	3	2	25

■ Não se aplica

AS UPCS privadas que foram consideradas estão indicadas abaixo:

- Unidades privadas de saúde - Unidades privadas com internamento ou sala de recobro; laboratórios de patologia clínica/análises clínicas/laboratórios de anatomia patológica; unidades que utilizem radiações ionizantes, ultra-sons ou campos magnéticos; unidades de medicina física e de reabilitação; unidades de diálise; clínicas e consultórios dentários;
- Postos de enfermagem;
- Outros estabelecimentos onde se efectuem tratamentos médicos (e.g. consultórios médicos);

- Centros de dia e lares de 3ª idade (inclui misericórdias, instituições sociais de solidariedade social e privados);
- Farmácias;
- Outros (tais como *piercings*, tatuagens, acupunctura e salões de beleza).

No entanto, como não existem estatísticas específicas relativamente a este tipo de estabelecimentos, não é possível seguir o mesmo raciocínio utilizado para os hospitais e centros de saúde integrados no SNS. Nesse sentido, tentou-se recorrer a todas as fontes de informação disponíveis, de forma a se obter informação a mais correcta possível.

Relativamente às unidades privadas de saúde, o Decreto-Lei nº 13/93, de 15 de Janeiro, que regula a criação e fiscalização destas unidades, define como entidade licenciadora a DGS. Pelo site da DGS (DGS, 2006c) foi possível retirar as unidades privadas de saúde licenciadas, o que se pode observar na Tabela 3.6. Verificou-se não haver uma única clínica ou consultório dentário referenciado no mesmo site, pelo que se recorreu ao site das Páginas Amarelas onde se pesquisou clínicas dentárias, por distrito, tendo-se retirado a informação contida na Tabela 3.6.

Por outro lado, o Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril, que estabelece o regime de celebração das convenções a que se refere a base XLI da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde, permite que o Ministério da Saúde, através da DGS ou das ARS celebre contratos de adesão (convenção) com as pessoas privadas, singulares ou colectivas, que tenham por objecto a prestação de cuidados de saúde e em articulação com o SNS, integrando-se na rede nacional de prestação de cuidados de saúde.

As ARS também podem estabelecer acordos com as Misericórdias e outras instituições particulares de solidariedade social (IPSS), os quais estão regulados pela Portaria (DR nº 172/88 - 2ª Série), de 27 de Julho, com as alterações introduzidas pela Portaria nº 143/91 (2ª Série), de 2 de Maio.

O SNS tem convenções nas seguintes áreas: análises clínicas, anatomia patológica, cardiologia, diálise, electroencefalografia, endoscopia gastrenterológica, especialidades médico-cirúrgicas (consultas), medicina física e de reabilitação, medicina nuclear, neurofisiologia, otorrinolaringologia (ORL), pneumologia e imunoalergologia, psicologia, radiologia, urologia.

Desta forma, a partir do site da DGS (DGS, 2006c) também foi possível retirar as entidades convencionadas, conforme se pode verificar na tabela C (Apêndice 1). Com o objectivo de colocar na mesma tabela as unidades privadas de saúde e as unidades convencionadas, foi necessário agrupar estas últimas nos mesmos grupos que as unidades privadas de saúde.

Assim, os convencionados em medicina nuclear e radiologia foram integrados no grupo das unidades que utilizam radiações ionizantes, ultra-sons ou campos magnéticos.

E os convencionados em cardiologia, consultas de especialidade, consultas de nefrologia, consultas pneumologia, consultas, electroencefalografia, endoscopia gastroenterológica, neurofisiologia, otorrinolaringologia, pneumologia/imunoalergologia, pneumologia e alergologia, psicologia e oxigenoterapia foram colocados no grupo “outros estabelecimentos onde se efectuem tratamentos médicos (e.g. consultórios médicos)”, por forma a se comparar com a categoria dos licenciados.

Além disso, sempre que nos convencionados aparecia mais que uma vez a mesma sociedade e no mesmo local, só se considerou uma UPCS. Por exemplo, Oliveiras, Catoja & C.^a, Lda., na Rua Luís de Camões, nº 12 – 16, em Ourém, com convenção em medicina física e de reabilitação, entendeu-se que se tratava de uma única UPCS, apesar de eventualmente ter convenções com o SNS para diversas valências dentro da medicina física e de reabilitação. No entanto, quando aparecia em locais diferentes, consideraram-se tantas UPCS quantos os locais (por exemplo: foram contabilizados como 2 produtores, a P. M. V. - POLICLÍNICA, SA, um na Rua João Lino Castro Neves, 55, em Valongo e outro na Praça Carlos Alberto, 123 - Sala 25, no Porto).

Por outro lado, também aparece por vezes na lista da DGS a referência ao convencionado sem indicar a área/serviço da convenção. Nesses casos englobou-se nos “outros estabelecimentos onde se efectuem tratamentos médicos” (por exemplo: Fernando Lopes, Lda., Largo 5 de Outubro, nº 40 - 1.º Dtº, Leiria).

No caso dos laboratórios de análises clínicas considerou-se o laboratório na morada indicada como sede e tudo o resto foi registado como posto de colheita, independentemente de nas listas dos convencionados tal não ser referido (por exemplo: Centro Clínico Diagnóstico Dr.^a Maria Emília Sousa, Lda., o laboratório é no Campo Grande, nº 4, 3.º - Dtº, Lisboa e o posto de colheitas é na Rua Luís Augusto Palmeirim, nº 20, 1.º- Dtº, também em Lisboa).

Nas tabelas D a H (Apêndice 1) encontra-se o número de unidades privadas de saúde e entidades convencionadas com o SNS, por distrito nas 5 regiões. Na Tabela 3.6 é apresentado o número de unidades privadas de saúde e de entidades convencionadas com o SNS, por região, no ano de 2005.

Para além das UPCS já referidas pode pensar-se que, as farmácias, os centros de dia e os lares de 3ª idade também, de uma forma indirecta, são UPCS. Na Tabela 3.7 estão os números totais distritais dos centros de dia e dos lares de 3ª idade, fornecidos pela Instituto de Segurança Social, a pedido da DGS, para esta avaliação.

No que se refere ao número de farmácias não foi fácil obter dados, uma vez que não se encontraram estatísticas oficiais sobre o assunto. Assim, recorreu-se à Associação Nacional de Farmácias (ANF), representando esta associação cerca de 95% das farmácias existentes, e ao site do SAPO. Na tabela I (Apêndice 1) encontra-se o número de farmácias, segundo as duas fontes consultadas, por distrito. A Tabela 3.7 resume, por região, o número de farmácias existentes.

Tabela 3.6. Número de UPCS privadas e convencionadas com o SNS, por região, no ano de 2005.

Serviços / Áreas	ARS Norte		ARS Centro		ARS LVT		ARS Alentejo		ARS Algarve		Total nacional	
	Lic	Conv	Lic	Conv	Lic	Conv	Lic	Conv	Lic	Conv	Lic	Conv
Unidades privadas com internamento ou sala de recobro ¹	8+5*+5**		4+5*+2**		7+10*+8**	1			3+1*		58	1
Laboratórios de Anatomia Patológica/Patologia Clínica / Análises Clínicas ¹	20	122		95	64	161	0	14	14	12	98	404
Postos de colheitas licenciados ¹	200	165		108	290	393		1	91	72	581	739
Unidades que utilizem radiações ionizantes, ultra-sons ou campos magnéticos ²	6	100	45	61	18	179	8	10	13	5	90	355
Unidades de medicina física e de reabilitação ²	95	77	17	26	149	97		2		11	261	213
Unidades de diálise ²	28+1*	16	14	12	30	26	1	1	2+2*	3	78	58
Clínicas e consultórios dentários ^{3***}	882		592		890		91		109		2564	
Outros estabelecimentos onde se efectuem tratamentos médicos (p. ex. consultórios médicos) ²		130		121		253		8		6		518
Total por Região	1250	610	679	423	1466	1110	100	36	235	109	3730	2288

▨ Não existe informação nos dados de base. □ Não se aplica Lic - licenciado Conv - convencionado ¹ Informação retirada do site da DGS (Agosto de 2006) ² Informação retirada do site da DGS (Julho 2006) ³ Informação retirada de PAI (2006) *Em processo de licenciamento **Unidades de Cirurgia de Ambulatório aguardando a definição legislativa ***Não se trata de estabelecimentos licenciados, pois ainda não existe nenhum nessa situação, mas sim os existentes de acordo com o site consultado.

Tabela 3.7. Número de farmácias e de instituições da área de acção social, por região, no ano de 2005.

Serviços / Regiões	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total
Farmácias ^{1 2}	666	629	866	145	107	2413
	779	701	1017	199	112	2808
Lares para a 3ª Idade ³	385	450	390	154	57	1436
Centros de Dia ³	407	719	428	187	58	1799
Total	2237	2499	2701	685	334	8456

¹ Informação retirada do site da ANF (ANF, 2007) ² Informação retirada do SAPO (SAPO, 2006) ³ Informação retirada do ISS, 2006)

Em relação aos postos de enfermagem, não foi possível encontrar nenhuma fonte que os referenciasse, nem mesmo nas Páginas Amarelas, pelo que se desconhece o número existente em Portugal.

Na pesquisa realizada também se recorreu a uma outra fonte de informação, a dos operadores de gestão de RH. A Tabela 3.8 indica o número de privados com os quais os operadores têm contrato. Não foi possível desagregar os dados por sector de actividade uma vez que, não o sendo feito pelo operador, não foi fácil entender qual a classe a que o produtor pertencia (por exemplo: a Cannon Hygiene referia o cliente Nuno Miguel Maria Pires; a Tratospital indicava o cliente Clínica Harmonia III, Lda; SUCH – Serviço de Utilização Comum dos Hospitais referenciava Genzyme). Somente a Ambimed enviou o inventário de RH de 2005 desagregado por sector.

Tabela 3.8. Número de UPCS privadas, por operador de gestão de RH, no ano de 2005.

Sector de actividade	2005 ¹					
	Ambimed	Cannon Hygiene	Tratospital	SUCH		
				Norte	Centro ²	Sul
Clínicas	314					
Consultórios	260					
Dentistas	1712					
Hemodiálises	53					
Laboratórios	323					
Lares de 3ª idade e residências	129					
Unidades hospitalares	36					
Outros produtores	517					
Total	3587	2747	510	91	4	142

▨ Não existe informação nos dados de base

¹ Retirado do inventário de RH 2005 de cada operador ² Considerou-se a Faculdade de Medicina, o INML, o Hospital Militar Região 2 de Coimbra e a Confraria N. Senhora da Nazaré. No entanto, detectou-se que a soma dos RH produzidos por estes 4 produtores está longe das quantidades que o SUCH Centro refere no final da tabela da zona Centro, como sendo dos privados - grupo III: 113949kg e grupo IV: 83537kg.

3.4. Unidades de prestação de cuidados de saúde a animais

Como não houve acesso a estatísticas que contivessem dados referentes ao número de UPCS a animais, foi solicitada informação à Ordem dos Médicos Veterinários que referiu haver 690 centros de atendimento médico-veterinário a nível do país. Desconheceu-se a sua distribuição por região. No entanto, pensa-se que neste número não estão incluídos todos os serviços veterinários existentes nas câmaras municipais⁶.

Por outro lado, tentou-se recorrer a outras fontes de informação como as Páginas Amarelas, tendo-se encontrado alguns dados quer de clínicas veterinárias quer de veterinários. Outra fonte de informação foi os inventários dos operadores de RH. À semelhança dos anteriores produtores, só foi possível desagregar os dados para este



⁶ Uma vez que estes, ao contrário das clínicas veterinárias, não têm obrigatoriedade de registo na Ordem dos Médicos Veterinários.

sector no inventário de RH da Ambimed, uma vez que o de 2005 discriminava este sector.

É de salientar que neste grande grupo de UPCS também estão incluídas as faculdades de medicina veterinária existentes em Portugal Continental, tendo-se recorrido ao site da Associação Nacional dos Estudantes de Medicina Veterinária para obtenção do número exacto de faculdades existentes. Também se considerou o Laboratório Nacional de Investigação Veterinária, sediado em Lisboa e com uma delegação no Concelho de Vila do Conde. Na Tabela 3.9 indica-se o número de UPCS a animais existentes em Portugal Continental, por região.

Tabela 3.9. Número de UPCS a animais, por região.

Serviços / Regiões	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total
Centros de atendimento médico-veterinário ¹						690
Clínicas veterinárias ²	179	116	333		35	664
Veterinários ³						243
Faculdades de medicina veterinária ⁴	2	1	1	1		5
Laboratório Nacional de Investigação Veterinária ²	1		1			2

 Não existe informação nos dados de base  Não se aplica

¹ Informação retirada de OMV (2006) ² Informação retirada de PAI (2006) ³ Inventário de RH 2005 da Ambimed (Ambimed, 2006) ⁴ Informação retirada de ANEMVET (2007)

4. Produção de Resíduos Hospitalares

Para conhecer a quantificação dos RH produzidos em Portugal Continental é necessário recorrer a duas fontes de informação, os mapas de registo, cujo preenchimento é obrigatório desde 1998, e os operadores de gestão de RH, que estão a operar no mercado após 1996.

Com a publicação da Portaria nº 178/97, de 11 de Março, passou a ser obrigatório o preenchimento do mapa de registo por todas as UPCS a seres humanos e a animais, além das unidades de investigação relacionadas. O mapa de registo deve ser remetido anualmente à DGS, até 31 de Janeiro do ano imediato àquele a que se reportem os dados.

No mapa de registo, além da identificação da UPCS, é solicitada informação relativa à respectiva caracterização (e.g. número de trabalhadores, número de camas/consultas), mas sobretudo dados relacionados com a produção de RH, discriminados pelos grupos definidos na legislação, com o destino dos RH e com a recolha selectiva.

Ainda de acordo com a mesma portaria, à DGS compete enviar anualmente ao INR, até 31 de Março do ano imediato àquele a que reportam os dados, o relatório síntese da informação recebida, o qual deve ser remetido pelo INR às entidades responsáveis pela gestão de RSU. Na Tabela 4.1 são apresentados alguns dados referentes aos relatórios de RH publicados para o período em estudo (1999 – 2005).

Tabela 4.1. Informação relativa aos relatórios de RH (síntese).

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Relatório publicado em:	Out. 2000	Julho 2002	Nov. 2002	Julho 2003	Dez. 2004	Março 2007	Julho 2006
Mapas de registo recebidos até:	Não referido	Junho 2001	Set. 2002	30-Abr 2003	15 Out. 2004	Não referido	Não referido
Engloba							
- SNS Hospitais	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Centros de saúde	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Outras UPCS	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim
- UPCS a animais	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não
- UPCS privadas	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não

Fonte: DGS (2000); DGS (2002b); DGS (2002c); DGS (2003c); DGS (2004b); DGS (2006a), DGS (2007).

Como se pode observar não têm sido cumpridos os prazos definidos na Portaria nº 178/97, de 11 de Março, em relação, tanto à data limite de envio dos mapas de registo à DGS (31 de Janeiro), como à entrega ao INR do relatório síntese da informação recebida.

Também, os relatórios realizados não têm incluído toda a informação recebida. Em 1999, 2003, 2004 e 2005 não foram tratados os dados relativos às UPCS privadas, embora tenham sido recebidos bastantes mapas de registo referentes a estas unidades. De igual forma, apenas em 1999 existe informação sobre as UPCS a animais, o mesmo acontecendo com os dados referentes a outras UPCS do SNS (e.g. centros de histocompatibilidade, laboratórios de saúde pública) que só foram apresentados nos relatórios de 2004 e 2005.

Em relação aos operadores de gestão de RH, que no período em estudo correspondem à Ambimed, à Cannon Hygiene, ao SUCH e à Tratospital, solicitaram-se os dados de produção de RH por produtor. Estes valores permitem efectuar a comparação com os dados dos mapas de registo, o que se reveste de grande importância para a avaliação do período em estudo. Na Tabela 4.2 apresenta-se a informação disponibilizada por cada um dos operadores.

Tabela 4.2. Informação recebida pelos operadores de gestão de RH e respectiva discriminação.

		Operadores de gestão de RH						
		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Enviou informação relativa à produção de RH								
Ambimed								
Cannon H.		n.d.	n.d.	n.d.				
SUCH								
Tratospital								
Informação discriminada por tipo de produtor de RH								
Ambimed								
Cannon H.		n.d.	n.d.	n.d.	a)	a)	a)	a)
SUCH Norte				a) b)	c)	a)	a)	a)
Centro		a) b) c)	a) b) c)	a) c)	a) c)	a) c)	a) c)	a) c)
Sul		b)	b)	c)				
Tratospital								
Informação engloba recolhas selectivas								
Ambimed		d)	d)	d)	d)			
Cannon H.		n.d.	n.d.	n.d.	e)	f)	f)	f)
SUCH Norte								
Centro								
Sul				d)	d)			
Tratospital								

☐ Não respondeu; ☑ Sim; ☒ Não; n.d. Dados não disponíveis.

a) Sem ordenação nem agrupamento por tipo de instituição. b) Quantitativos dos grupos III e IV juntos.

c) Excepto outros produtores, como as UPCS privados. d) Apenas resíduos líquidos perigosos. e) Apenas amálgamas. f) Apenas amálgamas e líquidos de revelação/fixação

Como se pode observar na Tabela 4.2, um dos operadores não respondeu – a Tratospital, os restantes três operadores enviaram a informação em suporte digital, embora na maior parte dos casos não agrupada por tipo de instituição, nem ordenada, o que dificulta a sua utilização. A excepção verificou-se com os dados de produção por grupos de RH enviados pela Ambimed, estando estes subdivididos por tipo de

instituição, ou seja, em hospitais (públicos e privados), SRS (com discriminação dos centros de saúde) e outros produtores¹.

Além disso, nos primeiros anos em estudo (1999, 2000 e 2001) e em algumas situações, os RH dos grupos III e IV não foram quantificados separadamente o que induz diversas imprecisões. Também, em muitos casos não são discriminados os outros produtores, nomeadamente os produtores privados, e, quando o são, não é referida a actividade que realizam, mas simplesmente a respectiva designação (e.g. OLYMPUS – Diagnóstica ou A. Reis Valle).

Relativamente aos quantitativos de RH recolhidos selectivamente pelas UPCS e geridos pelos operadores de gestão de RH, embora existam alguns dados (Tabela 4.2), estes englobam um número reduzido de UPCS, especialmente nos primeiros anos em estudo.

Apesar do anteriormente referido, foi possível reunir um conjunto bastante significativo de informação, sobretudo referente ao SNS e dentro deste, aos hospitais e centros de saúde, pelo que estes dois tipos de UPCS são tratados com bastante pormenor. Contudo, o mesmo não se verifica para os restantes grupos de UPCS, sendo escassa a informação disponível e a existente bastante dispersa. No entanto, também nestes casos há a preocupação de apresentar os dados existentes.

Além disso, sempre que foi possível obter informação sobre o universo de produtores de RH (Capítulo 3.1.), esta é utilizada para avaliar a representatividade dos dados de produção conseguidos através dos mapas de registo ou dos operadores de gestão de RH.

4.1. Unidades de prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde

4.1.1. Hospitais

Como se constata no Capítulo 3 – Universo de produtores de RH, o número de hospitais do SNS tem variado ao longo dos anos em estudo. Na Tabela 4.3 é apresentada uma comparação entre o número de hospitais do SNS e o número de mapas de registo anualmente recebidos pela DGS, tendo como base, respectivamente, os documentos estatísticos consultados e os dados fornecidos pela DGS.

Como se pode verificar, o total de mapas de registo recebido nunca coincide com o número total de hospitais do SNS, embora em 2005 a diferença seja muito pequena

¹ Os dados de 2005 da Ambimed em vez dos três grupos referidos, estão subdivididos em dez grupos.

(apenas um hospital não enviou o respectivo mapa). Também deve ser salientado que nos anos 2000 e 2001 o número de mapas de registo recebidos na DGS é bastante baixo, não atingindo em 2000 os 50%. Uma análise mais detalhada é efectuada na Tabela J (Apêndice 2), onde são apresentados os dados por distrito.

Tabela 4.3. Número de hospitais do SNS e mapas de registo recebidos, por ARS, entre 1999 e 2005.

ARS	Hospitais do SNS											
	1999			2000			2001			2002		
	Total (nº)	Mapa Registo (nº)	(%)	Total (nº)	Mapa Registo (nº)	(%)	Total (nº)	Mapa Registo (nº)	(%)	Total (nº)	Mapa Registo (nº)	(%)
Norte	30	29	96,7	30	17	56,7	29	22	75,9	27	24	88,9
Centro	30	28	93,3	32	12	37,5	32	12	37,5	32	26	81,3
LVT	32	31	96,9	33	14	42,4	31	29	93,5	30	29	96,7
Alentejo	5	5	100,0	5	2	40,0	5	4	80,0	5	5	100,0
Algarve	3	3	100,0	3	1	33,3	3	0	0,0	3	3	100,0
Total	100	96	96,0	103	46	44,7	100	67	67,0	97	87	89,7

ARS	2003			2004			2005		
	Total (nº)	Mapa Registo (nº)	(%)	Total (nº)	Mapa Registo (nº)	(%)	Total (nº)	Mapa Registo (nº)	(%)
	Norte	26	25	96,2	26	25	96,2	26	26
Centro	30	29	96,7	30	27	90,0	30	30	100,0
LVT	28	28	100,0	28	25	89,3	27	26	92,6
Alentejo	5	5	100,0	5	4	80,0	4	4	100,0
Algarve	3	3	100,0	3	3	100,0	2	2	100,0
Total	92	90	97,8	92	84	91,3	89	88	97,8

Fonte: DGS (2000); DGS (2002b); DGS (2002c); DGS (2003c); DGS (2004b); DGS (2006a), DGS (2007).
Bases de dados fornecidas pela DGS relativas aos mapas de registo recebidos

Na Tabela 4.4 observa-se o número total de hospitais, de acordo com os documentos estatísticos consultados, e o número total de hospitais referidos nos “Relatórios de RH”. Verifica-se uma falta de coerência em relação ao número total de hospitais do SNS por ano, tendo sido esta diferença que motivou a elaboração do capítulo relativo ao Universo de produtores de RH (Capítulo 3).

Como se pode constatar, apenas em 2003 o valor apresentado no Relatório de RH coincide com o referido nos documentos estatísticos, facto que leva a diversas imprecisões aquando da interpretação dos dados. Deve-se salientar que a precisão no número de hospitais é de grande importância na determinação da representatividade da informação tratada.

É igualmente por este motivo que se optou por não efectuar na presente avaliação a divisão dos hospitais em centrais e distritais, embora esta divisão surja em todos os “Relatórios de RH” publicados. Este facto prende-se com a dificuldade de saber, com precisão, que hospitais são considerados, em cada ano, como centrais ou como distritais, uma vez que nos documentos estatísticos apenas aparece o número total de hospitais, por distrito², para cada uma destas categorias.

² Com excepção da publicação “Elementos Estatísticos da Saúde/1999” (DGS, 2002), em que são discriminados os hospitais que englobam cada categoria.

Na legislação consultada, não foi igualmente encontrada informação que suportasse uma classificação clara e objectiva, até porque nos diplomas legais a classificação dos hospitais em centrais e distritais é efectuada para efeitos de facturação. Na Tabela L (Apêndice 2) são discriminados os casos em que não foi possível fazer a correspondência entre o número de hospitais centrais e distritais retirados dos documentos estatísticos e o número de mapas de registo, por distrito. Como se pode observar englobam ainda bastantes situações.

Tabela 4.4. Comparações entre diferentes fontes de informação, do número total de hospitais do SNS e do número de mapas de registo enviados, entre 1999 e 2005.

Hospitais do SNS															
1999				2000				2001				2002			
Estat.	Relatórios RH		DGS	Estat.	Relatórios RH		DGS	Estat.	Relatórios RH		DGS	Estat.	Relatórios RH		DGS
H.	H.	MR	MR	H.	H.	MR	MR	H.	H.	MR	MR	H.	H.	MR	MR
(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)
100	97	97	96	103	107	47	46	100	102	68	67	97	90	90	87

2003				2004				2005			
Estat.	Relatórios RH		DGS	Estat.	Relatórios RH		DGS	Estat.	Relatórios RH		DGS
H.	H.	MR	MR	H.	H.	MR	MR	H.	H.	MR	MR
(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)
92	92	91	90	92	93	93	84	89	94	93	88

■ Não existe informação nos dados de base.

Fonte: DGS (2000); DGS (2002b); DGS (2002c); DGS (2003c); DGS (2004b); DGS (2006a), DGS (2007). Bases de dados fornecidas pela DGS relativas aos mapas de registo recebidos. Relatórios de RH (DGS, 2000; DGS, 2002b; DGS, 2002c; DGS, 2003d; DGS, 2004c; DGS, 2006).

Na Tabela 4.4, além da comparação entre o número total de hospitais, é possível também comparar o número de mapas de registo recebidos em cada ano, tendo por base os “Relatórios de RH” e a informação tratada no âmbito desta avaliação. Como se pode observar o número nunca coincide, embora as diferenças sejam geralmente pequenas. Estas divergências devem-se, em muitas situações, a reclassificações dos hospitais (e.g. agrupamento entre hospitais, alteração de designação), embora por vezes não sejam referidas nos mapas de registo.

Nos sub-capítulos seguintes apenas são referidos os números de mapas de resíduos que correspondem ao resultado do tratamento efectuado no âmbito desta avaliação, não sendo feitas comparações com os números que constam nos “Relatórios de RH”.

4.1.1.1. Por grupos de resíduos hospitalares definidos na legislação

Com base nos dados fornecidos pela DGS, na informação relativa aos mapas de registo de 1999 a 2005, e nos dados enviados pelos operadores de gestão de RH,

complementada pela legislação e por informação dos documentos estatísticos, foram construídas as 18 tabelas que se apresentam no Apêndice 3.

Cada tabela corresponde a um distrito, sendo referido o historial dos hospitais do SNS entre 1999 e 2005, tanto em termos de designação e de lotação praticada (ou número de camas), como em relação à produção de RH. A elaboração destas tabelas com o grau de pormenor referido pretende colmatar algumas lacunas encontradas, mas também possibilitar uma avaliação mais integrada da informação disponível.

Com a realização destas tabelas (Apêndice 3) pretende-se juntar num mesmo documento todos os dados de produção de RH disponíveis para os hospitais de cada distrito, no período em estudo (1999 e 2005). Além disso, estas tabelas têm também como objectivo apresentar a evolução do número e da designação dos hospitais por distrito.

Todas as alterações que se verificaram nas designações dos hospitais estão assinaladas com códigos cromáticos. Sempre que se regista o desaparecimento de alguma designação de um hospital, ou por agrupamento com outro ou porque encerrou, o hospital aparece com o código de cor verde no ano em que se verifica essa mudança. Quando há alteração de designação aparece esta com o código de cor vermelha, cor que também pode indicar o surgimento de um novo hospital (ou centro hospitalar), muitas vezes por agregação de vários.

É de salientar que em 2005 as designações apresentadas não são as que constam no documento estatístico desse ano (DGS, 2006) mas sim as referidas no Decreto-Lei nº 93/2005, de 7 de Junho. Este decreto-lei transforma em entidades públicas empresariais (E.P.E.) as anteriores sociedades anónimas (S.A.), de acordo com uma lista publicada no respectivo anexo, facto que não é referido no documento estatístico (DGS, 2006).

Nas 18 tabelas e nas colunas seguintes é referida a lotação praticada, informação retirada dos documentos estatísticos, e o número de camas, dados fornecidos pelos hospitais quando preenchem os mapas de registo de RH. A comparação entre estes dois valores permite constatar as grandes discrepâncias existentes, o que vai influenciar o cálculo de certos indicadores, como, por exemplo, o cálculo da capitação.

Os dados referentes à produção de RH têm por base duas fontes de informação, a proveniente dos mapas de registo e a fornecida pelos operadores de gestão de RH, sendo mencionado o nome do respectivo operador de gestão.

Para facilitar a leitura das tabelas, optou-se por preencher as células com um padrão (ponteadado preto) sempre que não existe informação sobre aquele hospital nos documentos base. As células em branco (sem valores) ficaram para as situações em que nos documentos base também estão em branco.

Para alguns hospitais e, em especial, para os primeiros anos em estudo, aparece nas tabelas um outro padrão (riscas horizontais pretas) nos dados fornecidos pelos operadores de gestão. Esta simbologia surge quando são referidos valores conjuntos para os RH dos grupos III e IV, sendo estes dados colocados na coluna correspondente ao grupo IV, uma vez que o método de tratamento é obrigatoriamente a incineração.

Nos dados de produção dos operadores, aparecem, por vezes, também alguns hospitais com valores provenientes de dois operadores de gestão diferentes, informação que se encontra em duas linhas e é salientada com a cor rosa. Tratam-se de situações em que os hospitais mudaram, nesse ano, de operador de gestão tendo cada operador fornecido os valores referentes aos RH que geriram.

Nas restantes colunas das tabelas são apresentados alguns cálculos que têm como objectivo possibilitar uma análise simples e imediata dos dados apresentados, permitindo igualmente detectar possíveis erros. É calculada a capitação em relação à lotação praticada, informação retirada dos documentos estatísticos, e a percentagem de produção por cada grupo de RH definido na legislação em vigor³. Estas percentagens não foram calculadas sempre que faltava pelo menos um valor de produção correspondente a um dos grupos de RH, para não induzir erros em posteriores comparações.

De uma forma global, a informação apresentada nas tabelas referidas permite acompanhar a evolução que se tem verificado, tanto na disponibilização de dados e na forma como são fornecidos (e.g. valores conjuntos para os grupos III e IV), como em relação à sua veracidade, nomeadamente através da análise dos cálculos efectuados. Além disso, a apresentação dos quantitativos provenientes dos mapas de registo e dos operadores de gestão de RH permite realizar algumas comparações, o mesmo acontecendo com os dados da lotação praticada e do número de camas.

Pode-se afirmar que uma análise detalhada dos dados constantes nas 18 tabelas apresentadas no Apêndice 3 possibilita uma noção mais objectiva da realidade em termos de produção de RH nos hospitais do SNS. Trata-se mesmo de uma situação em que a própria observação das tabelas transmite informação pormenorizada sobre a evolução que se tem verificado nos últimos 7 anos nos hospitais do SNS, pelo que apenas são realizados alguns comentários específicos sobre a informação que consta das tabelas referidas.

Um dos aspectos a salientar está relacionado com a comparação, que é possível realizar, entre as produções por hospital e por ano para os grupos III e IV, retiradas dos mapas de registo e fornecidas pelos operadores de gestão. Observam-se

³ Quando os dados de base são os mapas de registo, são considerados os grupos I e II (quantificados conjuntamente), o grupo III e o IV, no entanto, quando a informação é fornecida pelos operadores de gestão apenas são referidos os grupos III e IV.

divergências acentuadas, fundamentalmente nos primeiros anos com valores disponíveis.

Também, sobretudo em 1999 e 2000, observam-se bastantes situações em que nos mapas de registo os valores das produções estão separados por grupo de RH, mas os dados fornecidos pelos operadores de gestão (que neste caso é sempre o SUCH) são referidos em conjunto para os grupos III e IV. Estas situações levantam dúvidas quando à fidelidade do preenchimento dos mapas de registo.

Um outro facto importante tem haver com a quantificação dos grupos I e II, que, como se sabe, não tem sido realizada da melhor forma originando diversos erros, muitos por excesso (cerca de 50 casos), mas também alguns por defeito. O cálculo da capitação permite, de uma forma simples, visualizar estas incorrecções.

De igual forma, o cálculo das percentagens por grupo de RH possibilita também observar que, em muitos casos, os dados dos mapas de registo são pouco fiáveis, muitas vezes devido à imprecisão dos valores referentes aos grupos I e II, até porque estes valores interferem com o cálculo das percentagens dos grupos III e IV.

Em relação às percentagens construídas com base nos dados dos operadores de gestão de RH, constatam-se valores bastante elevados para o grupo IV, sobretudo nos primeiros anos em que há valores, embora também, para algumas situações, nos anos mais recentes. Deve-se igualmente salientar que entre 1999 e 2001 em muitos casos não foi possível calcular estas percentagens para os dados dos operadores, ou por não estarem disponíveis ou por juntarem a produção dos grupos III e IV.

Uma questão a destacar está relacionada com a diversidade de UPCS que estão englobadas neste grupo denominado hospitais, tanto em termos de especialidade (e.g. hospitais psiquiátricos, IPO, CRA), como de valências e mesmo de dimensão (desde 20 camas a mais de 1000). Este facto deve, igualmente, ser tido em consideração na interpretação dos dados caso a caso, uma vez que a produção de RH por grupo varia, também, com as características das UPCS.

Com base nas 18 tabelas apresentadas no Apêndice 3 foi construída a Tabela M (Apêndice 4), sendo a informação anterior, por hospital, agrupada por distrito e por cada ano em avaliação, de 1999 a 2005.

Nesta tabela acrescentou-se alguma informação da Tabela J (Apêndice 4), como o número total de hospitais do SNS e o número de mapas de registo recebidos, sendo também contabilizado o número de hospitais com dados dos operadores de gestão de RH. Esta informação pretende complementar a relativa às produções de RH, possibilitando induzir sobre a sua representatividade.

Na Tabela M (Apêndice 4) os quantitativos de produção de RH são apresentados em quilogramas ou em litros, consoante é referido nos documentos base, tal como aconteceu nas 18 tabelas anteriores. Para possibilitar a junção de toda a informação, converteram-se os litros em quilogramas. Para tal utilizaram-se os factores de conversão apresentados, a partir de 2001, nos “Relatórios de RH” publicados pela DGS (DGS, 2006a; DGS, 2004b; DGS, 2003c; DGS, 2002c).

Nestes mesmos relatórios é referida a utilização dos factores de conversão resultantes da média de três operadores de gestão de RH, sendo este facto justificado por não existirem factores de conversão convencionados para a realização das conversões entre quilogramas e litros para os grupos III e IV. Os valores utilizados pelos três operadores de gestão de RH e os adoptados pela DGS apresentam-se na Tabela 4.5.

Tabela 4.5. Factores de conversão utilizados pelos operadores de gestão de RH e pela DGS.

Operadores de gestão	RH		
	Grupos I e II	Grupo III	Grupo IV
Ambimed		0,10	0,20
Cannon Hygiene		0,16	0,05
SUCH		0,04	0,40
DGS	0,40	0,10	0,21

Fonte: (DGS, 2006a); (DGS, 2004b); (DGS, 2003c); (DGS, 2002c).

Com base nestes factores de conversão, os dados em litros apresentados na Tabela M (Apêndice 4) foram convertidos para quilogramas e somados aos restantes. A Tabela N (Apêndice 4) é em tudo idêntica à anterior (Tabela M), apenas se diferenciando porque toda a informação surge em quilogramas, o que permite efectuar comparações e tratamento gráfico.

As duas tabelas anteriores têm duas colunas finais denominadas observações/comentários. A criação destas colunas teve como objectivo auxiliar a interpretação dos dados. Na coluna “observações” é referido o número de vezes que em cada distrito não existem valores, por grupo de RH, nos dados de base, mas também as situações em que a produção dos grupos III e IV é fornecida em conjunto. Na coluna “comentários” são assinaladas as situações em que se detectaram erros explícitos no cálculo das captações, alertando, assim, para o facto de que alguns valores apresentados não devem estar correctos.

Ao observar a Tabela N (Apêndice 4) constata-se que na ARS Norte existem poucos dados de produção dos operadores de gestão de RH, tanto em 1999 como em 2000, correspondendo, respectivamente, apenas a 10 e a 30% dos hospitais dessa região. Este facto deve-se ao SUCH Norte não ter disponibilizado informação da produção de RH por UPCS, para estes anos, o que tem especial importância

uma vez que o SUCH era nessa altura o principal operador de gestão de RH nesta região.

Além disso, nestes dois anos verifica-se que os operadores de gestão fornecem para muitos hospitais valores conjuntos dos grupos III e IV, estando nesta situação 5 distritos em 1999 e 6 distritos em 2000. Consultando as 18 tabelas apresentadas no Apêndice 2, constata-se que todos estes casos correspondem também ao SUCH, visto que nesta altura este operador fornecia dados conjuntos para os resíduos perigosos (grupos III e IV).

Em relação aos dados retirados dos mapas de registo, em 2000 existem 2 distritos que não enviaram informação da produção de RH dos respectivos hospitais do SNS, tendo esta situação em 2001 passado para 3 distritos. Nos restantes anos em estudo não se voltaram a verificar distritos sem produções de RH. Para facilitar a interpretação da informação presente na Tabela N (Apêndice 4) construiu-se a Tabela 4.6 onde são salientados alguns aspectos da tabela anterior.

Tabela 4.6. Alguns aspectos da informação de base relativa à produção de RH.

	Hospitais do SNS													
	1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)
Mapas de registo														
recebidos	96	96,0	46	44,7	67	67,0	87	89,7	90	97,8	84	91,3	88	97,8
células em branco														
RH - grupos I e II	5	5,2	3	6,5	3	4,5	8	9,2	7	7,8	10	11,9	16	18,2
RH - grupo III							2	2,3	1	1,1				
RH - grupo IV	23	24,0	3	6,5					1	1,1				
capitação - incorrecções														
RH - grupos I e II	6	6,3	10	21,7	10	14,9	9	10,3	10	11,1	11	13,1	7	8,0
intervalos de valores	0,01 - 34,16		0,00 - 60,39		7,53 - 36,38		0,00 - 81,90		0,00 - 78,71		0,02 - 133,63		0,00 - 21,04	
Operadores gestão RH														
informação recebida	64	64,0	75	72,8	89	89,0	87	89,7	87	94,6	88	95,7	84	94,4
RH - grupos III e IV juntos	43	67,2	48	64,0	18	20,2	1	1,1						

Fonte: informação retirada da Tabela N (Apêndice 4).

Como anteriormente referido, o menor número de mapas de registo recebidos corresponde ao ano 2000 (45%), embora em 2001 também a respectiva percentagem seja inferior a 70%.

Nestes dois anos as baixas taxas de resposta estão presentes em todas as ARS, embora em 2001 se verifiquem menores percentagens de envio na ARS Centro (porque 2 distritos não enviaram informação) e na ARS Algarve (o único distrito não enviou informação). Nos restantes anos em estudo a percentagem de hospitais do SNS que enviaram mapas de registo é sempre igual ou superior a 90%.

A informação disponibilizada pelos operadores de gestão de RH, embora em 1999 apenas correspondesse a 64% dos hospitais do SNS, tem vindo progressivamente

a aumentar, rondando nos últimos anos os 95%, o que permite uma visão bastante abrangente da situação nacional.

Um facto curioso que é salientado na Tabela 4.6 está relacionado com as células em branco, ou seja, o mapa de registo é preenchido mas não na totalidade ficando alguns valores de produção por completar. Este aspecto pode originar imprecisões, em especial se a sua percentagem for elevada, uma vez que a produção total de RH não corresponde, assim, à produção de todos os hospitais.

Em 1999, 24% dos hospitais não preencheram nos mapas de registo a produção do grupo IV, tendo possivelmente colocado esta produção no grupo III. Este facto pode estar relacionado com a quantificação conjunta dos resíduos dos grupos III e IV por parte do SUCH, o que é de alguma forma confirmado na mesma tabela, uma vez que em 67% dos dados fornecidos pelos operadores de gestão de RH a produção destes dois grupos é dada em conjunto.

No entanto, é de salientar que observando em pormenor as tabelas apresentadas no Apêndice 2, verificam-se situações bastante díspares, principalmente até 2002, não correspondendo muitas vezes os dados enviados pelos operadores de gestão com os referidos nos mapas de registo, como anteriormente foi salientado. Contudo, constata-se uma melhoria nos anos mais recentes, não se detectando problemas em 2004 e 2005, nem em relação à falta de dados nos mapas de registo, nem ao fornecimento conjunto de valores, isto para os grupos III e IV.

Em relação aos grupos I e II a situação é bastante diferente. Neste caso não foi possível confrontar os valores dos mapas de registo com os fornecidos pelos operadores de gestão de RH, uma vez que estes últimos não realizam, de forma sistemática, a gestão destes RH. Como se pode observar na Tabela 4.6, a percentagem de células não preenchidas nos mapas de registo dos grupos I e II tem tendencialmente aumentado desde 1999, tendo também a percentagem de incorrecções observadas na respectiva capitação sido bastante elevada.

Em 2005, 18% dos hospitais do SNS que enviaram mapas de registo não preencheram o valor correspondente à produção dos grupos I e II. Neste mesmo ano 8% das capitações calculadas em quilogramas para estes grupos de RH apresentaram valores bastante incongruentes. Na mesma tabela são apresentados os intervalos, por ano, das capitações encontradas, pelo que se constata que em 2005 esta variou entre 0,00 e 21,04kg/cama*dia. Registando-se o valor mais elevado em 2004 na ARS Centro, 133,63kg/cama*dia.

Tanto a informação presente na Tabela 4.6, como a da Tabela N (Apêndice 4) e a das tabelas apresentadas no Apêndice 2, permitem verificar bastantes incongruências e faltas de precisão nos dados de produção dos hospitais do SNS. Contudo, deve-se

também assinalar que nos últimos anos se têm registado maiores preocupações com a fidelidade desta informação.

Apesar das incorrecções verificadas nos dados de base, muitas referidas anteriormente, optou-se por tratar graficamente os valores apresentados, mas de forma agregada até para minorar os problemas mencionados. Também se optou por tratar com maior pormenor os anos mais recentes, entre 2002 e 2005, por existir mais consistência nestes dados.

Na Figura 4.1 e na Figura 4.2 pode ser visualizada a evolução da produção de RH, por grupo, entre 1999 e 2005, tendo por base a informação dos mapas de registo. É de salientar que nos anos 2000 e 2001 a percentagem de mapas de registo recebidos foi bastante baixa, especialmente em 2000, o que torna pouco fiável a respectiva generalização.

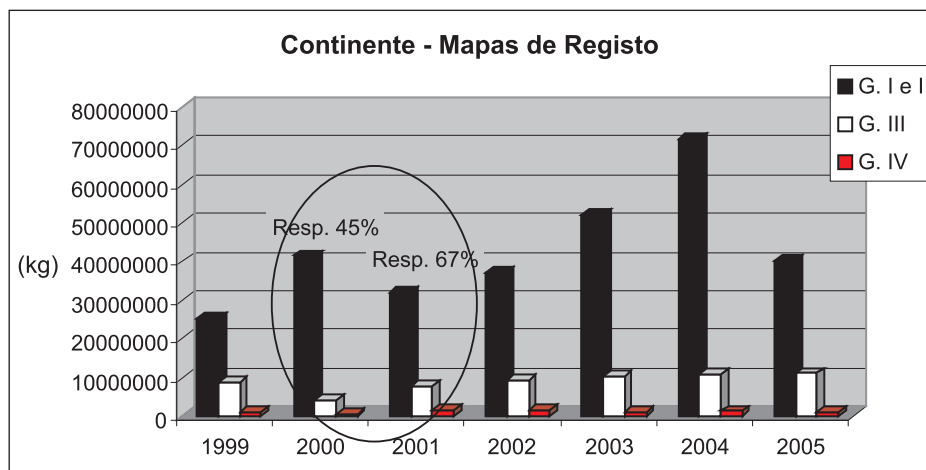


Figura 4.1 Produção de RH, por grupos, em quilogramas, entre 1999 e 2005 (mapas de registo).

Na Figura 4.1 a informação é apresentada em quilogramas, o que permite constatar a grande variação dos quantitativos de RH dos grupos I e II, em especial nos anos de 2003 e 2004. Na Figura 4.2 a produção surge em percentagem, o que possibilita a comparação entre grupos.

Em 1999, a percentagem de RH do grupo III parece proporcionalmente mais elevada, verificando-se uma tendência ao longo dos anos para o seu decréscimo, embora em 2005 o seu valor volte a aumentar. É de referir que estas variações em percentagem estão também bastante relacionadas com os quantitativos dos restantes grupos, em especial dos grupos I e II. A diminuição no ano 2000 não é comentada, uma vez que são pouco representativos os respectivos dados de base.

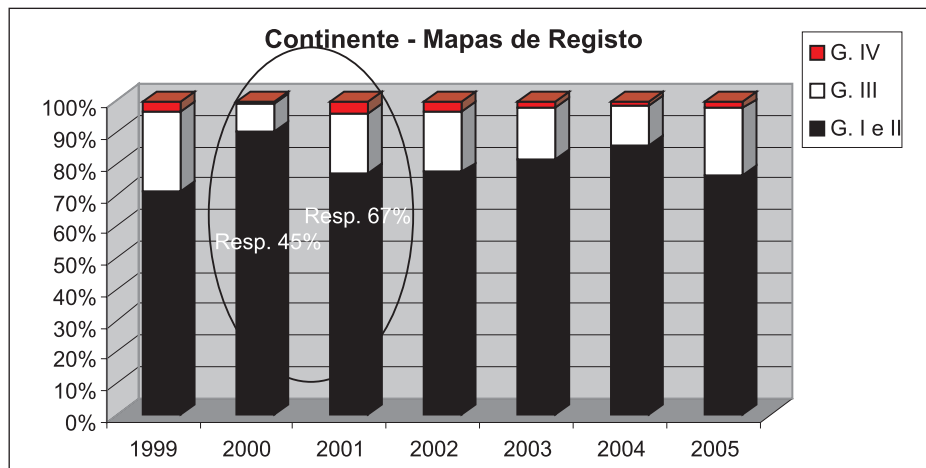


Figura 4.2. Produção de RH por grupos, em percentagem, entre 1999 e 2005 (mapas de registo).

Uma outra representação da produção de RH, por grupos e por ano, é apresentada na Figura 4.3. De um modo geral, observa-se alguma constância nas percentagens de cada grupo de RH, com exceção das relativas ao ano 2000, que por não serem representativas do universo dos hospitais do SNS não são comentadas.

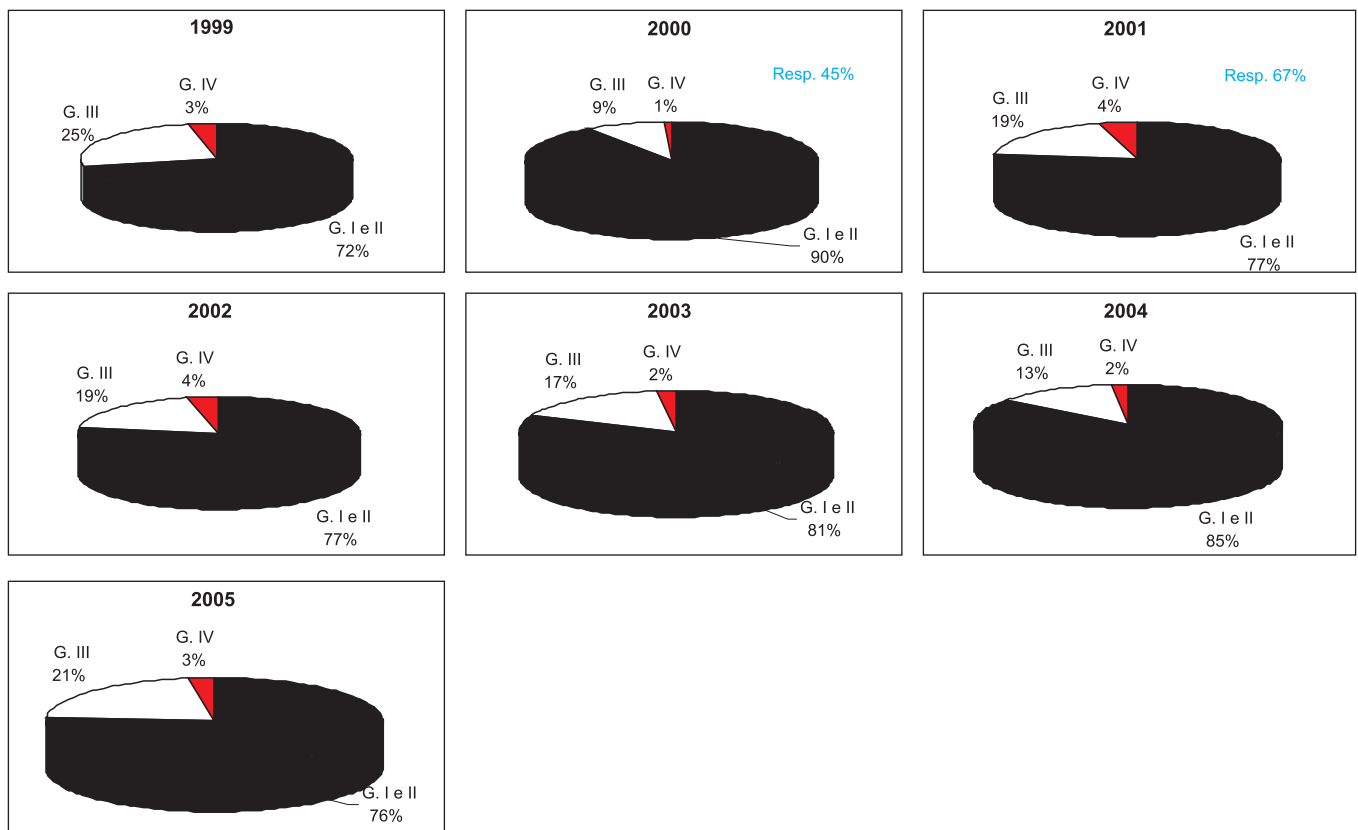


Figura 4.3. Percentagem de RH produzidos por grupos, de 1999 a 2005 (mapas de registo).

Em termos percentuais não se encontram variações superiores a 8%, constatando-se que os grupos I e II variam entre 72 e 85%, o grupo III entre 13 e 25% e o grupo IV entre 2 e 4%. Como é desejável as maiores percentagens de produção correspondem aos RH não perigosos (grupos I e II, de acordo com a legislação em vigor).

Uma comparação entre a produção em quilogramas dos grupos III e IV, ao longo dos 7 anos em estudo, é apresentada na Figura 4.4. De uma forma geral, a produção do grupo III tem aumentado ao longo dos anos, verificando-se um ligeiro decréscimo dos quantitativos do grupo IV. Pelos motivos referidos anteriormente, não são comentados os dados referentes ao ano 2000, mas também a 2001, por corresponderem a um número reduzido de mapas de registo preenchidos.

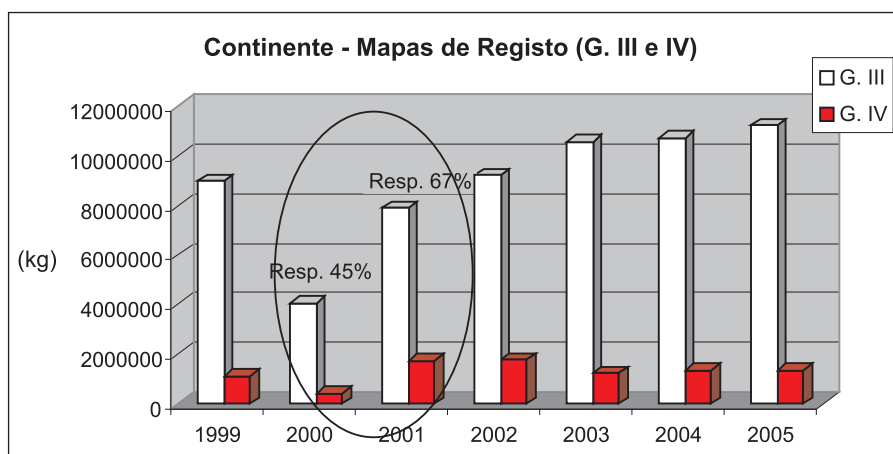


Figura 4.4. Produção de RH dos grupos III e IV, em quilogramas, entre 1999 e 2005 (mapas de registo).

Com base na informação fornecida pelos operadores de gestão de RH construiu-se a Figura 4.5, onde se apresenta a produção de RH dos grupos III e IV nos hospitais do SNS entre 1999 e 2005. Nos dois primeiros anos em estudo, 1999 e 2000, os dados disponibilizados, além de englobarem um menor número de hospitais, respectivamente 68% e 73%, são em muitas situações fornecidos em conjunto, grupo III associado ao grupo IV.

Este registo conjunto é bem visível nos elevados quantitativos do grupo IV, uma vez que se optou por colocar neste grupo todos os valores quantificados desta forma, por este ser o método de tratamento realizado. Como referido anteriormente (Tabela 4.6), em 1999 a quantificação conjunta representou 67% dos dados fornecidos e em 2000, 64%.

Em 2001, os operadores de gestão de RH ainda quantificaram em conjunto os grupos III e IV em 20% das situações, o que justifica o valor elevado do grupo IV, como se pode visualizar na Figura 4.5. Após 2001, observa-se uma certa constância dos valores globais do grupo IV e um aumento da produção do grupo III.

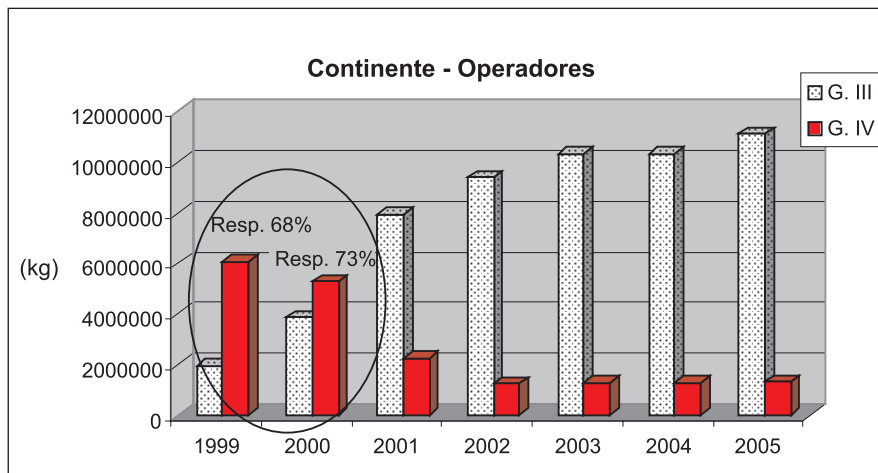


Figura 4.5. Produção de RH dos grupos III e IV, em quilogramas, entre 1999 e 2005 (operadores de gestão de RH).

Devido a existir uma maior consistência nos dados disponíveis entre 2002 e 2005, optou-se, como referido anteriormente, por apenas efectuar algumas análises mais pormenorizadas para estes anos, uma vez que permitem efectuar comparações mais reais.

Esta opção teve como fundamento o facto da informação relativa a estes 4 anos representar pelos menos 90% do universo dos hospitais do SNS, tanto na inerente aos mapas de registo, como na fornecida pelos operadores de gestão de RH, além de neste período os valores dos grupos III e IV surgirem desagregados.

Na Figura 4.6 é realizada a comparação entre as capitações por grupos de RH, mas apenas para estes 4 últimos anos. Como se pode observar, onde se verificam maiores divergências é nos grupos I e II, facto que deve estar relacionado com os métodos de quantificação utilizados para estes grupos, que originam as incorrecções anteriormente referidas, mas também, com a falta de valores. Facto que é mais notório em 2005, em que 18% dos hospitais do SNS que enviaram mapas de registo não preencheram o valor correspondente à produção dos grupos I e II (Tabela 4.6).

Relativamente ao grupo III, a captação média do Continente varia entre 1,03kg/cama*dia, em 2002, e 1,20kg/cama*dia, em 2005, registando-se um ligeiro incremento de ano para ano. No entanto, o mesmo não se verifica em relação à captação do grupo IV, constatando-se, em 2002, uma média de 0,20kg/cama*dia e nos anos seguintes um decréscimo para 0,14kg/cama*dia.

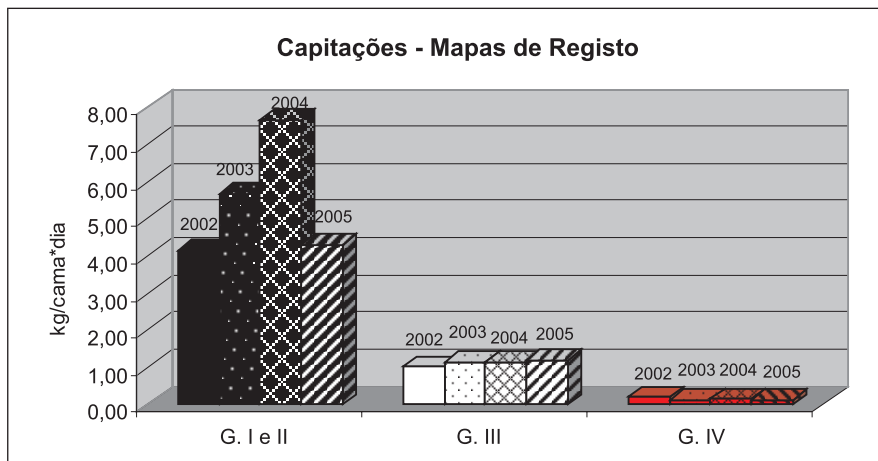


Figura 4.6. Capitações de RH por grupos, comparação entre 2002 e 2005 (mapas de registo).

Comparando os valores das capitações retiradas dos mapas de registo e dos dados fornecidos pelos operadores de gestão de RH (Figura 4.7), observam-se ligeiras diferenças. Em 2002, a capitação dos mapas de registo para o grupo III é ligeiramente inferior à dos operadores, facto que não pode ser explicado pelo número de hospitais abrangidos por cada uma das fontes de informação, uma vez que é exactamente o mesmo (87 hospitais). Neste ano, verifica-se o oposto em relação ao grupo IV, um valor mais elevado na capitação dos mapas de registo.

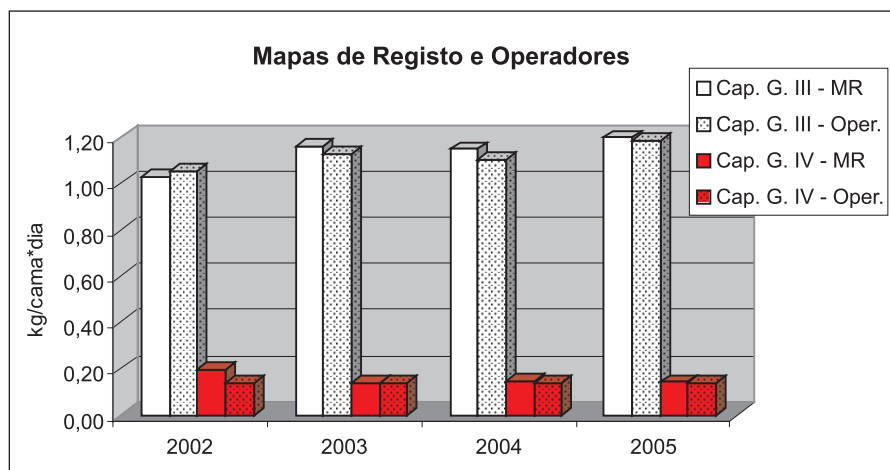


Figura 4.7. Comparações das capitações de RH dos grupos III e IV, entre 2002 e 2005 (mapas de registo e operadores de gestão de RH).

Para 2003 e 2004, as capitações do grupo III são mais elevadas nos dados provenientes dos mapas de registo e também em 2005, embora neste ano se observe um aumento em ambas as capitações do grupo III (mapas de registo e operadores de gestão de RH). Em relação às capitações do grupo IV, em 2003 e 2005, os seus valores foram iguais nas duas fontes de informação.

Na Figura 4.8 podem ser observadas as variações, em percentagem, da produção de RH por grupos para cada ARS, nos 4 últimos anos em estudo. De ano para ano, as diferenças são bastante acentuadas, verificando-se mesmo percentagens baixas para os grupos III e IV, tanto na ARS Alentejo, em 2003, como na ARS Centro, em 2004. Valores mais elevados para estes dois grupos registam-se nos 4 anos em estudo na ARS Algarve, mas também na ARS Norte, em 2002 e 2005.

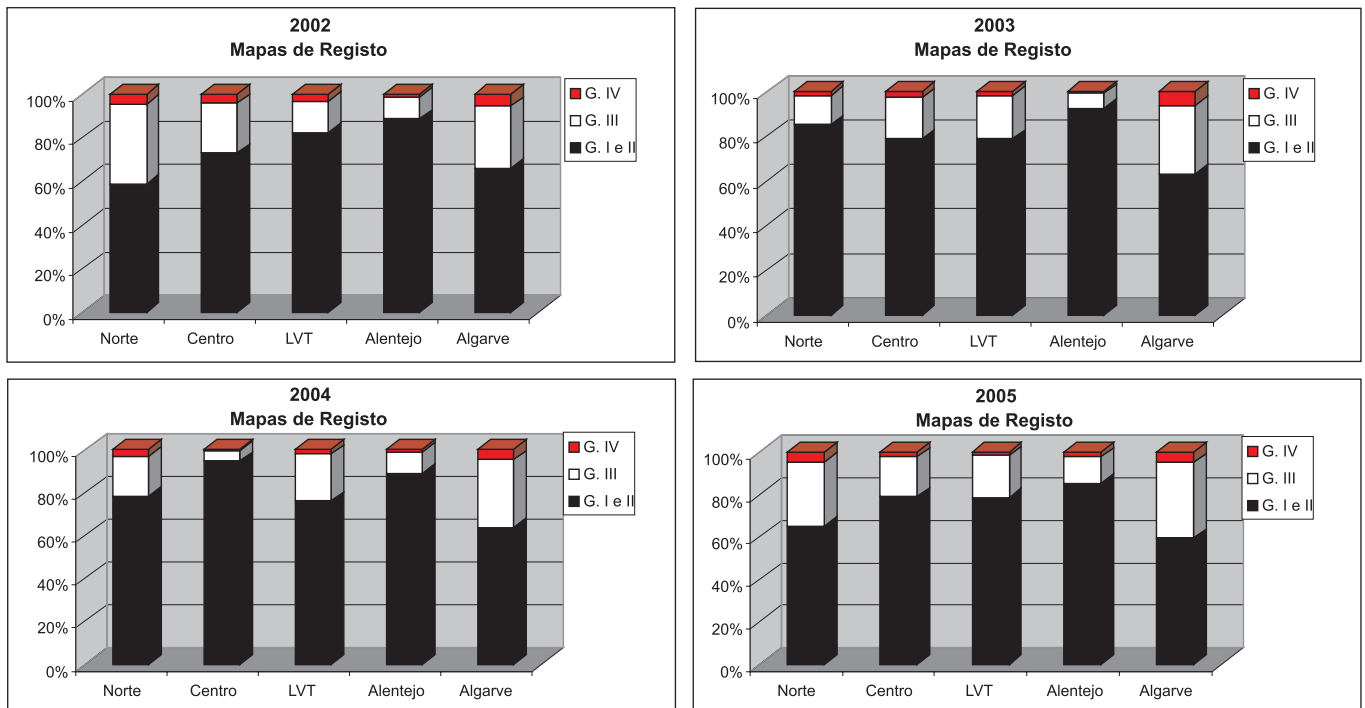


Figura 4.8. Produção de RH por grupos e por ARS, em percentagem, entre 2002 e 2005 (mapas de registo).

Uma possível explicação para as variações observadas na Figura 4.8 pode ser a sua relação com a falta de precisão na quantificação dos RH dos grupos I e II. As divergências verificadas na quantificação destes grupos, por ARS e ano, podem ser visualizadas na Figura 4.9.

Em todas as ARS verificam-se diferenças nas produções dos grupos I e II de ano para ano, sendo mais notórias graficamente na ARS Centro e na ARS Norte. Em 2004, por exemplo, na ARS Centro a redução da percentagem dos grupos III e IV (Figura 4.8) deve-se a um grande aumento da produção dos grupos I e II (Figura 4.9). Este valor pode estar relacionado também com algumas incorrecções observadas nesta ARS, como o facto do CHCoimbra ter referido uma produção de 31.118.950kg, o que corresponde a uma capitação de 133,63kg/cama*dia.

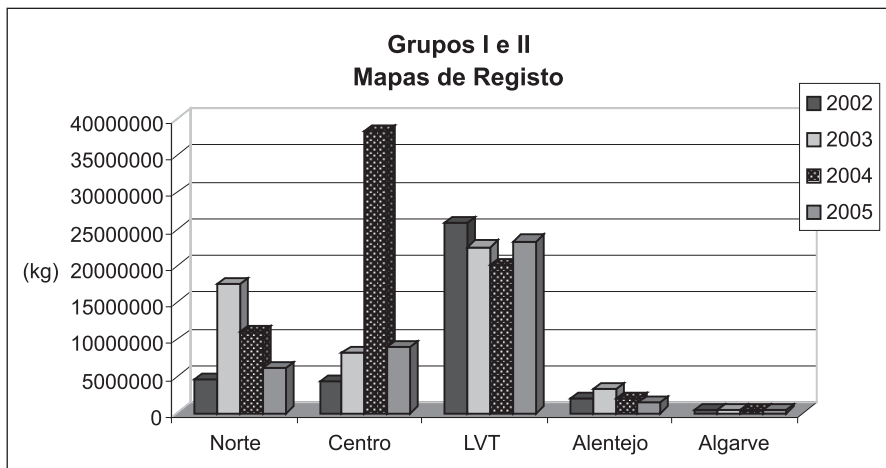


Figura 4.9. Comparação da produção de RH dos grupos I e II por ARS, em quilogramas, entre 2002 e 2005 (mapas de registo).

A mesma representação gráfica é realizada para o grupo III (Figura 4.10) e para o grupo IV (Figura 4.11). Nestes casos tem interesse efectuar a respectiva comparação com os dados enviados pelos operadores de gestão de RH.

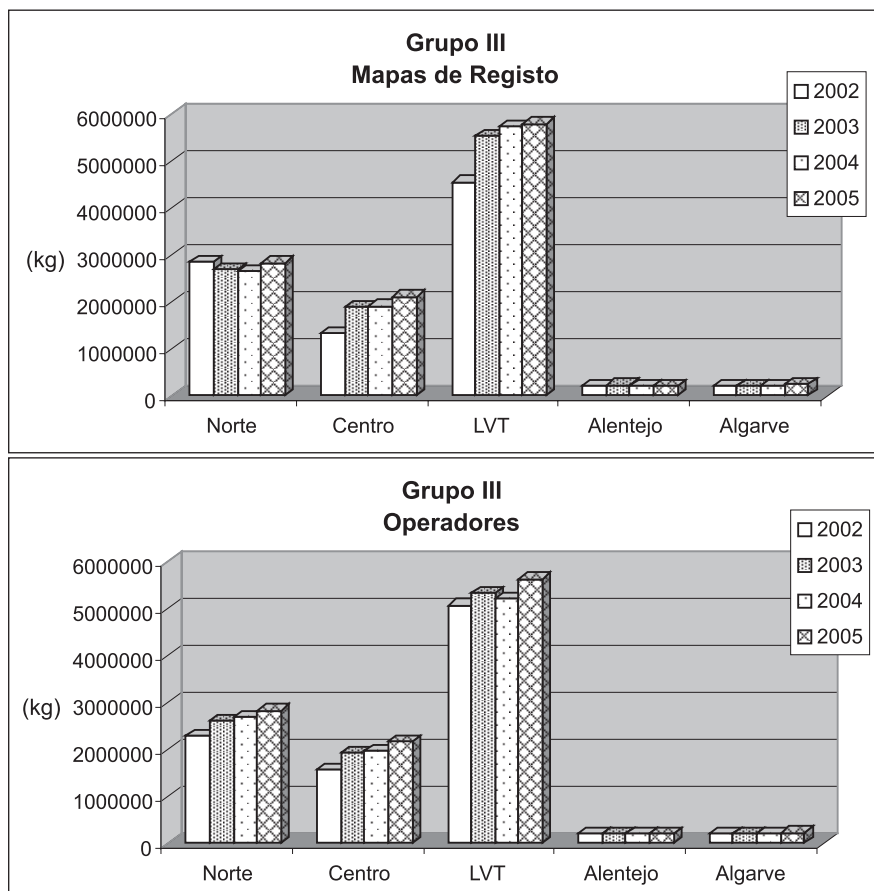


Figura 4.10. Comparação da produção de RH do grupo III por ARS, em quilogramas, entre 2002 e 2005 (mapas de registo e operadores de gestão de RH).

Como se pode observar, as variações registadas para os grupos III e IV são menos acentuadas que para os grupos I e II, o que possivelmente está relacionado com estes grupos serem geridos pelos operadores de gestão de RH e consequentemente quantificados, para que seja cobrado o respectivo serviço.

Comparando os dados retirados dos mapas de registo e os fornecidos pelos operadores de gestão para o grupo III (Figura 4.10), verifica-se que as diferenças vão diminuindo nos anos mais recentes, sobretudo em 2005.

Na Figura 4.11 é apresentada a produção dos RH do grupo IV por ARS e para os 4 últimos anos em estudo. Tal como sucede para os RH do grupo III, existem diferenças entre os dados dos mapas de registo e os fornecidos pelos operadores de gestão, embora tendam a diminuir nos anos mais recentes.

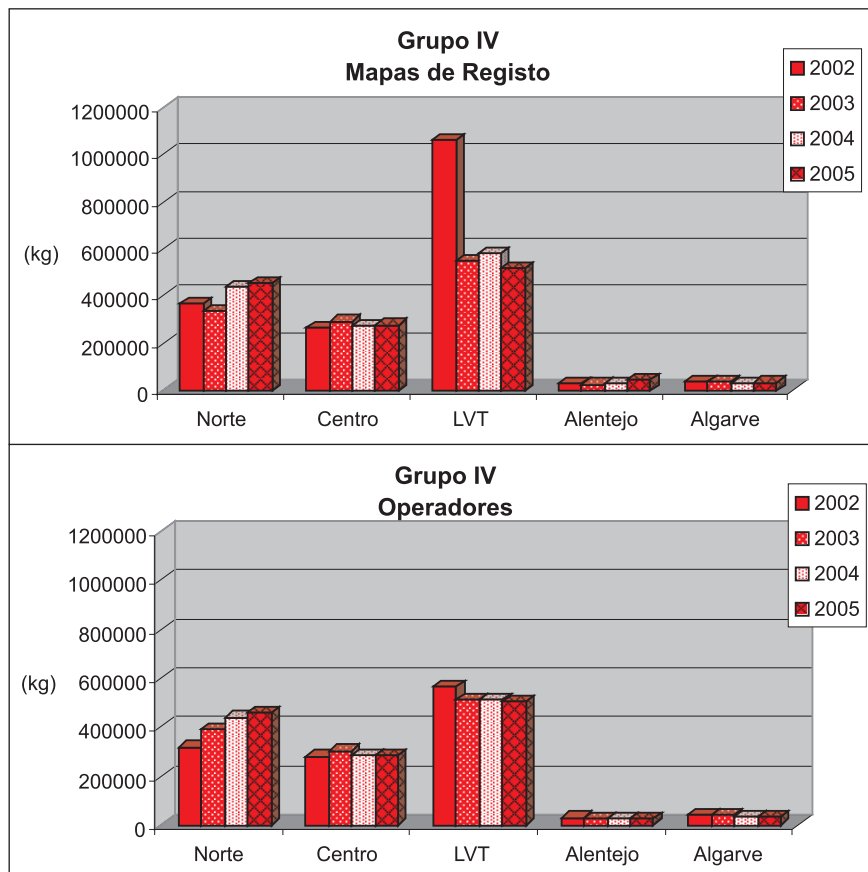


Figura 4.11. Comparação da produção de RH do grupo IV por ARS, em quilogramas, entre 2002 e 2005 (mapas de registo e operadores de gestão de RH).

No entanto, é de salientar que em 2002 e na ARS Lisboa e Vale do Tejo existe uma diferença acentuada, o valor global dos mapas de registo para o grupo IV é bastante superior ao apresentado pelos operadores de gestão de RH, apesar dos mapas de

registo apenas incluírem mais um hospital que os fornecidos pelos operadores de gestão. Esta divergência acentua a importância da comparação entre as duas fontes de informação e da falta de exactidão dos dados, mesmo quando é realizada uma análise em termos globais.

Na Figura 4.12 é apresentada uma comparação mais pormenorizada do grupo III e do grupo IV, mas colocando lado a lado os dados dos mapas de registo e dos operadores de gestão de RH, por ARS e ano. Confirma-se o referido anteriormente, existe uma maior concordância nos valores nos últimos anos em estudo, embora com algumas excepções, como por exemplo na ARS Alentejo em 2005.

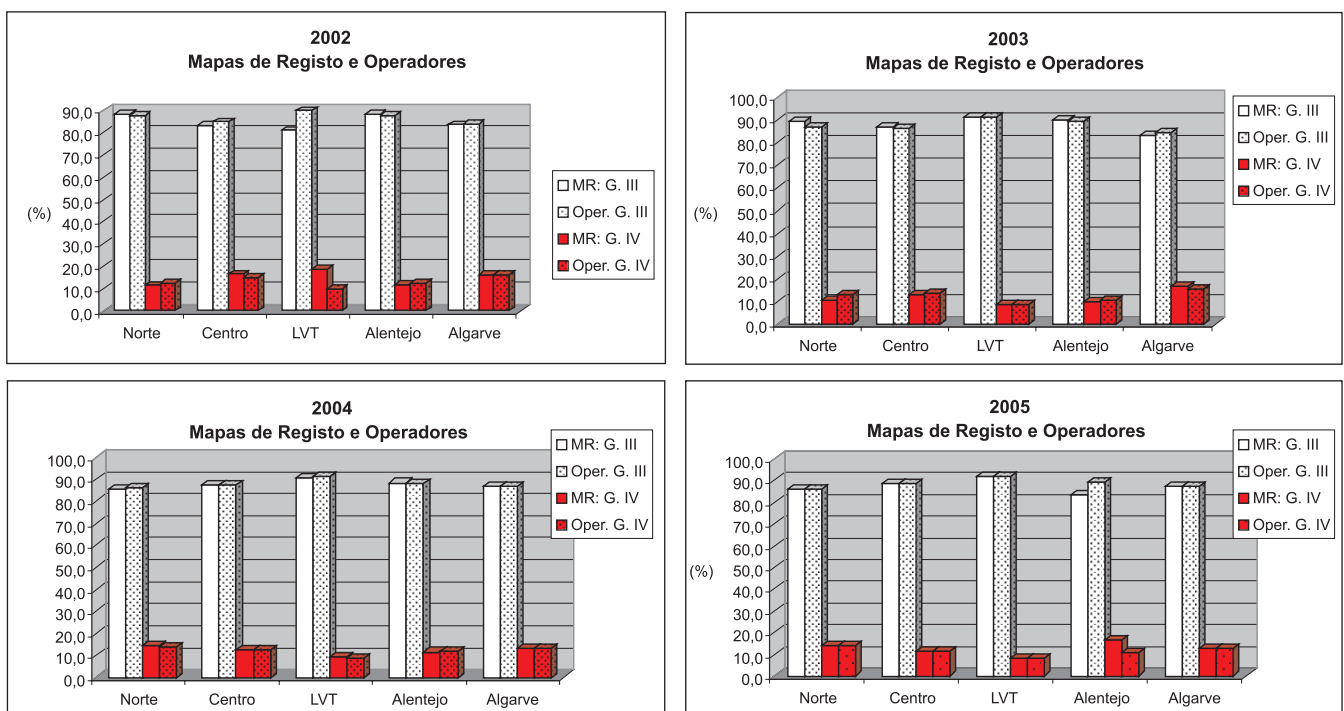


Figura 4.12. Comparação da produção de RH dos grupos III e IV por ARS, em percentagem, entre 2002 e 2005 (mapas de registo e operadores de gestão de RH).

Com base na análise efectuada para a produção de RH dos hospitais do SNS, reforçada pela apresentação gráfica, embora esta bastante global, é possível afirmar que existe uma tendência acentuada para a melhoria dos dados apresentados, ao que se associa uma maior convergência entre as duas fontes de informação utilizadas.

4.1.1.2. *Por outros tipos de resíduos hospitalares separados selectivamente*

Tal como efectuado para a informação relativa à produção de RH por grupos, também para os dados referentes às separações selectivas de RH foram construídas 18 tabelas que se apresentam no Apêndice 5.

Cada tabela corresponde a um distrito de Portugal continental. E tal como nas 18 tabelas com as produções globais de RH, também nestas é apresentada a evolução da designação dos hospitais do SNS no período em estudo, 1999 a 2005. Para o preenchimento dos quantitativos de RH recolhidos selectivamente e apresentados nestas tabelas, recorreu-se aos dados fornecidos pela DGS, relativos aos mapas de registo, e à informação disponibilizada pelos operadores de gestão de RH.

Nestas 18 tabelas optou-se, igualmente, por preencher as células com um padrão (pontos pretos), sempre que não existe informação sobre aquele hospital nos documentos base. As células em branco (sem valores) correspondem às situações em que nos documentos base também não existem valores, ou seja, foram deixadas em branco.

A primeira parte das tabelas tem dados retirados dos mapas de registo e a segunda dos operadores de gestão de RH, sendo igualmente referida a designação do respectivo operador. Consideraram-se os 8 tipos de resíduos dos “Relatórios de RH”: cartão/papel, vidro, películas de raio X, pilhas e acumuladores, mercúrio, metais ferrosos e não ferrosos, plástico e outros. Destes tipos de RH, os 6 primeiros constam do mapa de registo de RH (Portaria nº 178/97, de 11 de Março).

Para os dados relativos aos operadores de gestão de RH, optou-se por acrescentar aos 8 tipos de RH anteriores, mais uma categoria, os resíduos líquidos perigosos, uma vez que estes são os resíduos com recolha selectiva geridos preferencialmente por estes operadores.

Tal como para as produções globais de RH, também nestas 18 tabelas mantiveram-se as unidades que originalmente constam dos documentos base, quilogramas e litros. Acrescentaram-se duas colunas com a designação “observações”, uma para os dados dos mapas de registo e outra para os dos operadores de gestão de RH, por forma a registar toda a informação que possa complementar os valores apresentados.

A construção destas tabelas teve como objectivo conhecer a evolução da separação selectiva dos RH, por hospital e distrito, entre 1999 e 2005. Além disso, possibilitam, apenas pela sua observação, aceder a informação pormenorizada do que se tem verificado nos últimos 7 anos. Estas tabelas permitem também conhecer, com maior detalhe, o que actualmente já é encaminhado para tratamento adequado, nomeadamente quais os resíduos líquidos perigosos que são separados selectivamente.

Deve-se salientar que para os RH com recolha selectiva não é possível efectuar comparações, entre os dados dos mapas de registo e os dos operadores de gestão de RH, uma vez que estes operadores normalmente apenas gerem uma pequena parte destes RH. Os restantes resíduos separados selectivamente nos hospitais, mas que não são geridos pelos operadores de gestão de RH, são encaminhados para as câmaras municipais ou para outros operadores de gestão de resíduos.

É de referir que, embora no mapa de registo de RH (Portaria nº 178/97, de 11 de Março) seja solicitada a designação, tanto do transportador, como do destinatário destes RH recolhidos selectivamente, esta informação não aparece tratada nos dados fornecidos pela DGS, pelo que não foi possível avaliar o destino destes RH.

Em relação aos resíduos líquidos perigosos separados selectivamente, a sua quantificação tem aumentado nos últimos anos, registando-se também um acréscimo na separação de diferentes resíduos líquidos. Em muitos hospitais já se separam, além de revelador e fixador, também solventes não halogenados, solventes halogenados, corantes, ácidos, bases, soluções com metais e compostos metálicos. Contudo, ainda aparecem, por vezes, quantitativos conjuntos, correspondentes à designação de “produtos químicos de laboratório” ou de “solventes”.

Nos dados dos operadores de gestão de RH surge, igualmente, o mercúrio separado selectivamente, correspondendo este a resíduos com mercúrio (e.g. lâmpadas fluorescentes) e/ou a soluções/compostos de mercúrio.

Uma outra categoria que aparece com alguma frequência nos RH geridos por estes operadores é a denominada “outros”, onde são englobados, por exemplo, os REEE, os óleos lubrificantes, os óleos alimentares e as poeiras⁴.

Como anteriormente referido, na primeira parte das 18 tabelas (Apêndice 5) é apresentada a informação dos mapas de registo, fornecida pela DGS. Pela observação das tabelas pode-se afirmar que a recolha selectiva realizada nos hospitais é bastante diversificada, tanto em termos de categorias de RH, como de quantitativos.

Em certos casos parece mesmo haver algumas imprecisões, como por exemplo na quantidade de pilhas e acumuladores usados recolhidos selectivamente. Por vezes são apresentados valores muito elevados, como se verifica em quatro hospitais da ARS Norte, em que o valor anual varia entre 2.876kg e 337.200kg, mas também em dois hospitais da ARS Centro e em quatro da ARS Lisboa e Vale do Tejo.

Na informação proveniente dos mapas de registo, a coluna com a designação “outros” engloba uma grande diversidade de RH, que vão desde alguns resíduos

⁴ Apenas surge a designação “poeiras”, não sendo referida informação mais específica.

líquidos perigosos separados selectivamente, até aos tinteiros e *tonners*, aos resíduos argentíferos⁵, aos óleos lubrificantes e óleos alimentares, entre outros resíduos.

Como sucedeu em relação às 18 tabelas inerentes às produções globais de RH, construíram-se também tabelas síntese, que foram complementadas com a informação referente ao número total de hospitais do SNS, por ano em estudo. Estas tabelas são apresentadas no Apêndice 6. A Tabela O é relativa aos dados provenientes dos mapas de registo, dados fornecidos pela DGS, e a Tabela P à informação disponibilizada pelos operadores de gestão de RH.

Nas tabelas anteriores e para cada ano, distrito e tipo de resíduo, foi contabilizado o número de hospitais que separam esse resíduo, para assim se conhecer o número de hospitais a que correspondem os quantitativos recolhidos selectivamente. Situações em que nos hospitais é referida a separação de um determinado resíduo, mas não a sua quantificação, foi igualmente assinalada (e discriminada nas observações), uma vez que esses hospitais não contribuem para as quantidades de RH apresentadas.

Também se contabilizou o número de hospitais, por distrito e ano, que referiram efectuar a separação de pelo menos um tipo de RH, tanto para os dados dos mapas de registo, como dos operadores de gestão de RH. Esta informação permite aferir sobre a respectiva representatividade, além de dar uma noção da importância da recolha selectiva nos hospitais.

Um resumo da informação presente na Tabela O (Apêndice 6) é apresentado na Tabela 4.7, sendo no entanto esta informação complementada com o total de mapas de registo recebidos e com o número total de hospitais do SNS, por ano e por ARS. Desta forma, é possível efectuar um paralelismo entre os dados anteriores e o número de mapas de registo em que foram assinaladas recolhas selectivas.

Pela observação da Tabela 4.7, verifica-se que apenas em 1999, 2004 e 2005 a percentagem de mapas de registo onde surgem assinaladas recolhas selectivas iguala ou ultrapassa os 70%. Nos restantes anos as percentagens são inferiores, rondando os 50% em 2001 e 2002 e sendo de 64% em 2003. Contudo, o registo mais baixo de recolhas selectivas corresponde ao ano 2000 (17%), embora este também seja o ano com menos mapas de registo recebidos (45%).

De um modo geral, mas sobretudo após 2001, observa-se uma tendência para um aumento dos hospitais que referem realizar, pelo menos, uma recolha

⁵ A designação “resíduos argentíferos” (- resíduos com prata) surge em alguns mapas de registo, no entanto, não é a expressão mais correcta por não se perceber se é relativa às películas ou ao fixador.

selectiva de RH. Esta tendência está presente também ao analisar os dados por cada ARS.

Tabela 4.7. Mapas de registo com recolhas selectivas nos hospitais, por ARS e ano.

ARS	Hospitais SNS																			
	1999					2000					2001				2002					
	H. SNS Total (nº)	Mapas Registo Recebidos (nº) (%) c/ rec. select. (nº) (%)				H. SNS Total (nº)	Mapas Registo Recebidos (nº) (%) c/ rec. select. (nº) (%)				H. SNS Total (nº)	Mapas Registo Recebidos (nº) (%) c/ rec. select. (nº) (%)			H. SNS Total (nº)	Mapas Registo Recebidos (nº) (%) c/ rec. select. (nº) (%)				
Norte	30	29	96,7	18	60,0	30	17	56,7	7	23,3	29	22	75,9	17	58,6	27	24	88,9	17	63,0
Centro	30	28	93,3	24	80,0	32	12	37,5	5	15,6	32	12	37,5	8	25,0	32	26	81,3	12	37,5
LVT	32	31	96,9	25	78,1	33	14	42,4	2	6,1	31	29	93,5	21	67,7	30	29	96,7	18	60,0
Alentejo	5	5	100,0	2	40,0	5	2	40,0	2	40,0	5	4	80,0	3	60,0	5	5	100,0	2	40,0
Algarve	3	3	100,0	1	33,3	3	1	33,3	1	33,3	3	0	0,0	0	0,0	3	3	100,0	3	100,0
Total	100	96	96,0	70	70,0	103	46	44,7	17	16,5	100	67	67,0	49	49,0	97	87	89,7	52	53,6

ARS	2003					2004					2005				
	H. SNS Total (nº)	Mapas Registo Recebidos (nº) (%) c/ rec. select. (nº) (%)				H. SNS Total (nº)	Mapas Registo Recebidos (nº) (%) c/ rec. select. (nº) (%)				H. SNS Total (nº)	Mapas Registo Recebidos (nº) (%) c/ rec. select. (nº) (%)			
	Norte	26	25	96,2	17	65,4	26	25	96,2	19	73,1	26	26	100,0	22
Centro	30	29	96,7	13	43,3	30	27	90,0	21	70,0	30	30	100,0	24	80,0
LVT	28	28	100,0	25	89,3	28	25	89,3	24	85,7	27	26	92,6	22	81,5
Alentejo	5	5	100,0	2	40,0	5	4	80,0	4	80,0	4	4	100,0	4	100,0
Algarve	3	3	100,0	2	66,7	3	3	100,0	3	100,0	2	2	100,0	2	100,0
Total	92	90	97,8	59	64,1	92	84	91,3	71	77,2	89	88	97,8	74	83,1

Fonte: DGS (2000); DGS (2002b); DGS (2002c); DGS (2003c); DGS (2004b); DGS (2006a), DGS (2007).
Bases de dados fornecidas pela DGS relativas aos mapas de registo

Na informação proveniente dos mapas de registo e em três dos anos em avaliação (1999, 2004 e 2005), foram consideradas também as respostas que, apesar de não apresentarem quantitativos de recolha selectiva, referiam que essa separação era efectuada no hospital. A Tabela 4.8 permite visualizar, nesses três anos, o número de respostas com ou sem valores de quantificação de RH recolhidos selectivamente.

Tabela 4.8. Mapas de registo com recolhas selectivas nos hospitais, por ARS e ano, discriminando quando os quantitativos são ou não referidos.

ARS	Hospitais do SNS														
	1999					2004					2005				
	Inf. Total (nº)	Mapas de registo c/ rec. select. quantidades (nº) (%) quant. ND (nº) (%)				Inf. Total (nº)	Mapas de registo c/ rec. select. quantidades (nº) (%) quant. ND (nº) (%)				Inf. Total (nº)	Mapas de registo c/ rec. select. quantidades (nº) (%) quant. ND (nº) (%)			
		(nº)	(nº)	(%)	(nº)		(%)	(nº)	(nº)	(%)		(nº)	(nº)	(%)	(nº)
Norte	30	18	60,0	0	0,0	26	19	73,1	2	7,7	26	22	84,6	3	11,5
Centro	30	24	80,0	4	13,3	30	21	70,0	7	23,3	30	24	80,0	6	20,0
LVT	32	25	78,1	5	15,6	28	24	85,7	0	0,0	27	22	81,5	1	3,7
Alentejo	5	2	40,0	0	0,0	5	4	80,0	2	40,0	4	4	100,0	2	50,0
Algarve	3	1	33,3	0	0,0	3	3	100,0	1	33,3	2	2	100,0	0	0,0
Total	100	70	70,0	9	9,0	92	71	77,2	12	13,0	89	74	83,1	12	13,5

Fonte: DGS (2000); DGS (2006a), DGS (2007).
Bases de dados fornecidas pela DGS relativas aos mapas de registo. ND. Quantidades não determinadas.

A percentagem de hospitais que, apesar de não quantificarem, referem que separam selectivamente pelo menos um tipo de RH é elevada. Verifica-se um aumento progressivo nos anos em que essa informação foi tratada pela DGS, sendo em 1999 de 9% e passando em 2005 para 14%, em relação ao total de hospitais do SNS. É de salientar que a inclusão destes dados nestes três anos é suficiente para que as respectivas percentagens de recolha selectiva tenham valores iguais ou superiores a 70%.

A contribuição dos RH não quantificados mas assinalados pelos hospitais como recolhidos selectivamente, por tipo de RH separado, é apresentada na Tabela 4.9, para os três anos referidos anteriormente.

Como se pode observar, nestes três anos existem muitas situações em que os RH não são quantificados, facto que se verifica para praticamente todos os tipos de RH. Além disso, comparando os últimos dois anos, verifica-se em 2005 um aumento das percentagens relativas à falta de quantificação, para quase todos os RH considerados.

Como se pode observar na Tabela 4.9, o vidro é o resíduo menos quantificado, em 2004, 29% dos hospitais que assinalam recolher selectivamente este resíduo não apresentam quantidades e em 2005, 34%. As pilhas e acumuladores, tal como o plástico, têm também percentagens elevadas de não quantificação. O mesmo sucede com o mercúrio, passando o número de vezes que é referido a sua recolha sem a apresentação de quantidades para o dobro, 9% em 2004 para 18% em 2005.

Na mesma tabela também é possível constatar que o cartão/papel é o RH mais assinalado como separado selectivamente, para todos os anos em estudo, com excepção de 2005. Neste ano, 71 hospitais referem a separação de pilhas e acumuladores enquanto 64 a separação de cartão e papel.

Na Tabela 4.9 também são, de igual forma, apresentadas as quantidades totais de RH recolhidas selectivamente, por ano e por tipo de resíduo. Embora se denote uma tendência para um aumento global, uma comparação anual e por tipo de RH é bastante difícil. Isto deve-se ao facto da quantificação ser realizada em duas unidades diferentes, quilogramas e litros, mas também porque percentagens elevadas de RH recolhidos selectivamente não são quantificadas.

Dois aspectos inerentes a esta falta de quantificação devem ser salientados. Um diz respeito a este registo não ter sido efectuado para todos os anos, mas apenas para três (1999, 2004 e 2005). O outro aspecto está relacionado com a tendência para apenas ser assinalado nos mapas de registo os RH para os quais existem quantidades, não sendo incluídos os outros resíduos separados, mas para os quais não há valores.

Tabela 4.9. Mapas de registo com recolhas selectivas, por ARS e ano, discriminando quando os quantitativos são ou não referidos.

Hospitais SNS																
Ano	Cartão/Papel				Vidro				Películas RX				Pilhas/Acum.			
	nº resp.		(kg)	(l)	nº resp.		(kg)	(l)	nº resp.		(kg)	(l)	nº resp.		(kg)	(l)
(nº)	(%)	(nº)			(%)	(nº)			(%)	(nº)			(%)	(nº)		
1999	54	82	635802,5		26	72	161476,0		43	81	49609,0	900,0	29	78	8199,5	
	12	18	ND		10	28	ND		10	19	ND		8	22	ND	
2000	12	100	180492,7		4	100	15719,8		5	100	5423,5		4	100	69,0	
2001	41	100	830630,0		18	100	105210,0		15	100	52330,0		13	100	4025,0	
2002	45	100	1665905,0	1613040,0	19	100	103584,0	83400,0	16	100	38744,0		16	100	3627,0	9,0
2003	51	100	1905453,0	2652864,0	21	100	134084,0	136700,0	21	100	47187,0		26	100	356293,0	13200,0
2004	66	83	3990283,5	1696400,0	37	71	160576,0	174704,0	29	78	31841,2	7300,0	51	73	8689,8	
	14	18	ND		15	29	ND		8	22	ND		19	27	ND	
2005	49	77	3207276,2	2867420,0	45	66	141856,0	211140,0	31	78	35543,0		50	70	6642,6	
	15	23	ND		23	34	ND		9	23	ND		21	30	ND	
Ano	Mercúrio				Metais f/ e ñ f/				Plástico				Outros			
	nº resp.		(kg)	(l)	nº resp.		(kg)	(l)	nº resp.		(kg)	(l)	nº resp.		(kg)	(l)
(nº)	(%)	(nº)			(%)	(nº)			(%)	(nº)			(%)	(nº)		
1999	10	71	0,3		23	85	75600,0		5	71	7660,0		10	77	3046,5	
	4	29	ND		4	15	ND		2	29	ND		3	23	ND	
2000	1	100	251,5		5	100	6528,5		2	100	252,4		6	100	4836,9	
2001	1	100	5,0		11	100	64721,0		6	100	17560,0		16	100	423282,0	
2002	1	100	30,0		14	100	113429,0	16000,0	13	100	34069,0		15	100	37116,0	30820,0
2003	6	100	2922,0		15	100	200589,0	16000,0	15	100	37194,0		15	100	32476,0	37860,0
2004	10	91	71680,6		24	77	89933,0	204,0	22	79	83761,5	1200,0	20	91	168202,3	18380,0
	1	9	ND		7	23	ND		6	21	ND		2	9	ND	
2005	23	82	4634,5	20,0	24	77	188017,6		21	70	64664,0	12000,0	24	92	117313,4	60019,4
	5	18	ND		7	23	ND		9	30	ND		2	8	ND	

¹ Mapas de Registo recebidos pela DGS e onde surge preenchida a parte correspondente à recolha selectiva.

Células em branco/sem valores na informação base.

A Tabela O (Apêndice 6) permite uma análise mais detalhada, tanto dos tipos de RH recolhidos selectivamente, como das respectivas quantidades. Constata-se um crescimento das recolhas selectivas, em especial nos últimos anos, verificando-se uma maior diversidade de RH recolhidos. Não se denotam grandes divergências para um mesmo ano entre ARS, embora as diferenças sejam importantes de ano para ano.

Ao longo do período em estudo, alguns distritos não apresentam valores, facto que acontece em 2000, para 4 distritos, em 2001, para 3 distritos, mas também em 1999 e em 2004, para o distrito de Viana do Castelo.

Além disso, em algumas situações os quantitativos apresentados são demasiadamente elevados o que levanta dúvidas quanto à veracidade dos dados de base. Um exemplo, já anteriormente referido, é o que se verifica com as pilhas e acumuladores, observando-se sempre valores muito altos, com excepção do ano 2000.

Na Tabela P (Apêndice 6) é igualmente apresentada uma síntese da informação que consta das 18 tabelas do Apêndice 5, mas desta vez referente à disponibilizada pelos operadores de gestão de RH. Como foi referido anteriormente, não é possível fazer comparações entre as duas fontes de informação, mapas de registo e operadores de gestão de RH, uma vez que muitos dos resíduos recolhidos selectivamente nos hospitais não são encaminhados para estes operadores de gestão de RH.

Pela observação da tabela anterior (Tabela P - Apêndice 6), contacta-se que entre 1999 e 2005 houve um aumento progressivo dos RH recolhidos selectivamente e geridos por estes operadores. Em 1999 apenas um hospital entregou estes RH a estes operadores de gestão, em 2000 foram entregues por 7 hospitais, em 2001 por 30, em 2002 por 43 hospitais, passando em 2003 a ser 46, em 2004 para 59 e em 2005 atingiu-se o valor mais elevado, 67 hospitais (75% dos hospitais do SNS) recolheram selectivamente pelo menos um tipo de RH e entregaram-no aos operadores de gestão de RH.

Preferencialmente, estes operadores de gestão de RH são responsáveis pelos resíduos líquidos perigosos. Ao longo dos anos verifica-se, tanto um aumento da respectiva quantidade gerida, como do número de hospitais abrangidos, embora também da diversidade das tipologias de resíduos líquidos perigosos (18 tabelas do Apêndice 5).

O mercúrio também é, em muitos casos, encaminhado para estes operadores de gestão de RH, tal como sucede com outros tipos de resíduos, nomeadamente com o cartão/papel, as pilhas e acumuladores, o plástico, o vidro ou mesmo as películas radiográficas.

Actualmente, nos mapas de registo de RH (Portaria nº 178/97, de 11 de Março) não existe qualquer referência aos resíduos líquidos perigosos recolhidos selectivamente. Além disso, nos “Relatórios de RH” da DGS também estes resíduos não são tratados separadamente, sendo apenas incluídos, algumas vezes, na categoria “outros” resíduos. Este facto não permite conhecer, com precisão, a separação que muitos hospitais efectuam, em relação a estes RH perigosos.

Da análise efectuada, consta-se que no período em estudo houve uma evolução positiva, tanto no número de hospitais que realiza recolha selectiva, como na diversidade de RH separados. Esta melhoria observa-se, tanto nos dados retirados dos mapas de registo, como nos fornecidos pelos operadores de gestão de RH. Contudo, muito poderia ainda ser melhorado para que fosse possível conhecer, com mais exactidão, a situação nacional em termos de gestão de RH nos hospitais do SNS.

4.1.2. Centros de saúde

Tal como com os hospitais do SNS, também o número de centros de saúde tem variado ao longo dos anos. No capítulo correspondente ao Universo de produtores – Capítulo 3 é abordado este assunto com pormenor, tendo sido referida a opção por adoptar o número de centros de saúde fornecidos pelas ARS, em vez do número referido nos documentos estatísticos.

Esta opção está relacionada com o facto das ARS terem disponibilizado a designação dos centros de saúde e assim ser possível fazer a correspondência com a informação constante nos mapas de registo de RH.

Na Tabela 4.10 é apresentado um resumo, por ARS, tanto do número de centros de saúde, como de mapas de registo recebidos, permitindo conhecer a respectiva representatividade. Informação mais pormenorizada pode ser consultada na Tabela Q (Apêndice 7).

De uma forma global observa-se uma tendência para um crescimento do número de centros de saúde que enviam em cada ano mapas de registo, registando-se em 2005 o valor mais elevado, quase 100% dos centros de saúde apresentam dados.

Tabela 4.10. Número de centros de saúde do SNS e mapas de registo recebidos, por ARS, entre 1999 e 2005.

ARS	Centros de saúde do SNS											
	1999			2000			2001			2002		
	Inf. Forn. ¹ (nº)	Mapa Registo ² (nº) (%)		Inf. Forn. ¹ (nº)	Mapa Registo ² (nº) (%)		Inf. Forn. ¹ (nº)	Mapa Registo ² (nº) (%)		Inf. Forn. ¹ (nº)	Mapa Registo ² (nº) (%)	
Norte	102			100	10	10,0	100	45	45,0	100	51	51,0
Centro	108			110	50	45,5	110	41	37,3	109	72	66,1
LVT	87			87	20	23,0	87	78	89,7	87	86	98,9
Alentejo	44			44	14	31,8	44	28	63,6	44	23	52,3
Algarve	16			16	0	0,0	16	16	100,0	16	16	100,0
Total	357			357	94	26,3	357	208	58,3	356	248	69,7

ARS	2003			2004			2005		
	Inf. Forn. ¹ (nº)	Mapa Registo ² (nº) (%)		Inf. Forn. ¹ (nº)	Mapa Registo ² (nº) (%)		Inf. Forn. ¹ (nº)	Mapa Registo ² (nº) (%)	
Norte	100	88	88,0	96	43	44,8	84	81	96,4
Centro	109	46	42,2	109	62	56,9	109	110	100,9
LVT	87	85	97,7	87	57	65,5	87	87	100,0
Alentejo	44	38	86,4	44	42	95,5	44	44	100,0
Algarve	16	16	100,0	16	16	100,0	16	16	100,0
Total	356	273	76,7	352	220	62,5	340	338	99,4

¹ Informação fornecida pela ARS Norte (com a correcção da SRS Porto), ARS Centro, ARS Alentejo e ARS Algarve.

² Bases de dados fornecidas pela DGS relativas aos mapas de registo recebidos.

É de salientar que o número de mapas de registo da Tabela 4.10 teve por base a consulta das bases de dados fornecidas pela DGS, construídas para a elaboração

dos “Relatórios de RH”, e não os dados que constam nos referidos Relatórios. Esta ressalva prende-se com o facto de existirem divergências nos números totais, tanto de centros de saúde, como de mapas de registo recebidos pela DGS. Estas diferenças podem ser observadas na Tabela 4.11.

A primeira diferença surge no número total de centros de saúde, não coincidindo os referidos nos “Relatórios de RH” com os que constam da informação fornecida pelas ARS. Além disso, comparando também com os totais dos documentos estatísticos (Capítulo 3 – Universo de produtores de RH) continuam a se verificar divergências, para todos os anos em estudo.


Relativamente ao número total de mapas de registo referido nos “Relatórios de RH” (na Tabela 4.11: Relatórios RH – MR) e ao contabilizado no tratamento que se efectuou no âmbito desta avaliação (que teve por base a informação dos mapas de registo fornecida pela DGS: na Tabela 4.11: DGS – MR), os valores também não coincidem. Contudo, para estas diferenças é possível encontrar algumas explicações, até porque estes dois resultados têm origem nas mesmas bases de dados, construídas pela DGS para a elaboração dos “Relatórios de RH”.

Algumas diferenças prendem-se com o facto de terem sido incluídos no número total de mapas de registo dos centros de saúde, também algumas extensões destes centros de saúde. Isto sucedeu em 2000, 2001 e 2002. Em 2000, embora não esteja referido no respectivo “Relatório de RH”, pode-se confirmar este procedimento pelas observações das tabelas apresentadas no anexo do Relatório (Anexo A).

Tabela 4.11. Comparações entre diferentes fontes de informação, do número total de hospitais do SNS e do número de mapas de registo enviados, entre 1999 e 2005.

Hospitais do SNS															
1999				2000				2001				2002			
Inf. fornecida	Relatórios RH		DGS	Inf. fornecida	Relatórios RH		DGS	Inf. fornecida	Relatórios RH		DGS	Inf. fornecida	Relatórios RH		DGS
CS	CS	MR	MR	CS	CS	MR	MR	CS	CS	MR	MR	CS	CS	MR	MR
(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)
357				357	359	148	94	357	359	252*	208	356	359	235**	248

2003				2004				2005			
Inf. fornecida	Relatórios RH		DGS	Inf. fornecida	Relatórios RH		DGS	Inf. fornecida	Relatórios RH		DGS
CS	CS	MR	MR	CS	CS	MR	MR	CS	CS	MR	MR
(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)
356	361	261	273	352		289	220	340	346	343	338

* Inclui extensões. No mesmo Relatório de RH vem igualmente referido que 391 centros de saúde e extensões enviaram mapa de registo. ** Inclui extensões.  Não existe informação nos dados de base.

Fontes de informação: Informação fornecida pela ARS Norte (com a correcção da SRS Porto), ARS Centro, ARS Alentejo e ARS Algarve. Bases de dados fornecidas pela DGS relativas aos mapas de registo recebidos. Fonte: DGS (2000); DGS (2002b); DGS (2002c); DGS (2003c); DGS (2004b); DGS (2006a), DGS (2007).

Em 2003 e 2005 as diferenças são menos acentuadas, mas também estão relacionadas com a inclusão de algumas extensões ou então com alterações nos centros de saúde

(e.g. agrupamento, alteração de designação) e que são referidas nos dados enviados pelas ARS. Em 2004, a principal diferença prende-se com o facto de terem sido contabilizados no Relatório de RH os centros de saúde que, embora constem da base de dados, não apresentam quaisquer valores. Esses mapas de registo em branco não foram contados como mapas de registo preenchidos, no tratamento de dados efectuado para o presente trabalho.

Nos sub-capítulos seguintes apenas é apresentada a informação tratada no âmbito deste trabalho, não sendo efectuadas comparações, nem com os documentos estatísticos, nem com os “Relatórios de RH” publicados. Por este motivo, o universo de centros de saúde utilizado corresponde à informação fornecida pelas ARS e o número de mapas de resíduos recebidos é o referido nas últimas colunas de cada ano, na Tabela 4.11, ou seja, é o valor que resulta do tratamento efectuado no âmbito desta avaliação.

4.1.2.1. Por grupos de resíduos hospitalares definidos na legislação

Como foi realizado para os hospitais do SNS, também para os centros de saúde foram construídas 18 tabelas que se apresentam no Apêndice 8. Estas tabelas tiveram por base os dados fornecidos pela DGS relativos aos mapas de registo de 1999 a 2005 e a informação disponibilizada pelos operadores de gestão de RH, complementada pela legislação e por informação dos documentos estatísticos.

A construção destas tabelas seguiu o mesmo formato e os mesmos princípios utilizados para as tabelas dos hospitais, tendo estes procedimentos sido descritos, com detalhe, no sub-capítulo relativo aos hospitais do SNS. Por este motivo apenas serão salientadas as diferenças existentes entre estes dois grupos de tabelas.

Tal como sucede nas tabelas dos hospitais, a primeira parte é referente à caracterização dos centros de saúde. Esta informação inclui o número de centros de saúde, quais têm internamento (discriminando o número de camas) e qual o número de consultas por centro de saúde. Esta informação foi disponibilizada pelas ARS, após solicitação prévia.

Em complemento, nas tabelas também está uma coluna onde é solicitado, uma vez mais, o número de consultas, embora neste caso a fonte de informação sejam os mapas de registo. O objectivo desta duplicação é a possibilidade de realizar comparações.

Em cada tabela, ou seja, por SRS e no final de cada ano surge uma linha com a designação “Estatísticas da Saúde”. Na coluna correspondente ao número de centros de saúde é colocado o número total de centros de saúde referidos nos documentos estatísticos como existentes naquele ano para aquela SRS. Além desta informação, também a coluna ao lado é preenchida com o respectivo número de camas referido nos

documentos estatísticos. Estes valores permitem comparar, caso a caso, a informação fornecida pelas ARS e a que consta dos documentos estatísticos.

Nestas 18 tabelas (Apêndice 8), e também por SRS e ano, foram ainda acrescentados os laboratórios de saúde pública e os armazéns de produtos farmacêuticos (ou armazéns de medicamentos), por estarem englobados no SNS e serem geradores de RH.

Tal como para os hospitais, é calculada a capitação e as percentagens de produção por grupo de RH, de acordo com a legislação em vigor. Estes cálculos são realizados tanto para a informação proveniente dos mapas de registo, como para a disponibilizada pelos operadores de gestão de RH. No caso da capitação, esta é calculada com base no número de consultas, sendo expressa em g/consulta*dia ou em ml/consulta*dia, consoante os dados são apresentados em quilogramas ou em litros.

Para o cálculo das capitações recorreu-se ao número de consultas fornecido pelas ARS, uma vez que esta informação nos mapas de registo nem sempre surge preenchida. Tal como sucede com o número de camas nos hospitais, também para os centros de saúde verificam-se grandes divergências entre o número de consultas das duas fontes de informação, sendo mesmo difícil encontrar centros de saúde com valores semelhantes.

As 18 tabelas apresentadas no Apêndice 8 permitem, por SRS, acompanhar a evolução do número e das designações dos centros de saúde ao longo do período em estudo (1999 a 2005). Além disso, possibilitam observar as alterações da produção de RH, de acordo com os grupos definidos na legislação, e comparar os dados que constam nos mapas de registo com os fornecidos pelos operadores de gestão de RH.

A junção desta informação nestas 18 tabelas tem também como objectivo permitir colmatar algumas lacunas encontradas, nomeadamente em relação à falta de consistência nos dados de base e ao facto de serem efectuadas poucas comparações, por exemplo, entre fontes de informação. Estas tabelas possibilitam ainda e com base nos cálculos efectuados, aferir relativamente a possíveis erros nos dados de base.

A opção por este formato permite uma avaliação mais integrada dos RH nos centros de saúde, por SRS. E tal como sucedia nos hospitais, a própria observação das tabelas relativas aos centros de saúde transmite informação pormenorizada sobre a evolução que se tem verificado nos últimos sete anos. Por esta razão apenas são efectuados alguns comentários específicos sobre a informação que consta nas 18 tabelas.

Um aspecto a salientar está relacionado com o facto de um dos operadores de gestão de RH, o SUCH, apenas apresentar os quantitativos dos grupos III e IV por SRS e não

por centro de saúde⁶. Este procedimento dificulta comparações com os valores dos mapas de registo, além de impossibilitar determinados cálculos, como da capitação ou das percentagens de produção.

Além disso, também este operador de gestão de RH fornece, nos dois primeiros anos em estudo (1999 e 2000), valores conjuntos para os RH dos grupos III e IV. Nas tabelas optou-se por colocar estes quantitativos no grupo IV, uma vez que neste caso o método de tratamento é obrigatoriamente a incineração.

Sempre que as produções de RH são discriminadas por centro de saúde e que existem valores provenientes dos mapas de registo e dos operadores de gestão de RH, pode ser efectuada a respectiva comparação. Nestas situações e apesar de certas divergências, verificam-se alguns valores coincidentes.

Este facto poderá estar relacionado com a prática de alguns operadores de gestão de RH, que disponibilizam os mapas de registo semi-preenchidos (e.g. com as produções dos grupos III e IV) aos seus clientes, tendo estes apenas que os complementar e enviar à DGS.

Tal como sucedia nos hospitais do SNS, a quantificação das produções dos RH dos grupos I e II nem sempre é efectuada e quando o é, muitas vezes realiza-se por estimativa. Esta situação origina produções pouco fiáveis que, indirectamente, vão também influenciar o cálculo das percentagens dos grupos III e IV.

Toda a informação presente nestas 18 tabelas (Apêndice 8) foi agrupada na Tabela R (Apêndice 9), passando a ser apresentada por SRS e por cada ano em avaliação. Esta tabela foi complementada com informação da Tabela Q (Apêndice 7), como o número total de centros de saúde e o número de mapas de registo recebidos. Nesta tabela surge, ainda, o número de centros de saúde com dados dos operadores de gestão de RH, possibilitando, assim, aferir sobre a representatividade dos mesmos.

Na Tabela R (Apêndice 9) as produções de RH são apresentadas em quilogramas ou em litros, consoante é referido nos documentos base, tal como acontece nas 18 tabelas do Apêndice 8. Para possibilitar juntar toda esta informação, converteram-se os litros em quilogramas. Para tal utilizaram-se os factores de conversão apresentados, a partir de 2001, nos “Relatórios de RH” publicados pela DGS (DGS, 2006; DGS, 2004b; DGS, 2003c; DGS, 2002c). Estes factores de conversão podem ser visualizados na Tabela 4.5.

Com base nestes factores de conversão, os dados em litros apresentados na Tabela R (Apêndice 9) foram convertidos para quilogramas e somados aos restantes. A Tabela S

⁶ Apenas existe uma excepção, na SRS de Portalegre o SUCH apresenta as produções de RH discriminadas por centros de saúde, entre 2001 e 2004.

(Apêndice 9) é em tudo idêntica à anterior (Tabela R), tendo apenas toda a informação em quilogramas, o que permite efectuar comparações e tratamento gráfico.

Para o ano de 1999, não está disponível nos dados de base informação relativa ao número de centros de saúde que enviaram o mapa de registo, por SRS, pelo que não é possível conhecer a representatividade das produções de RH desse ano. No entanto e pela observação da Tabela S (Apêndice 9), é possível afirmar que em 1999 todas as SRS enviaram dados, embora nem sempre de todos os grupos de RH (4 SRS não enviaram dos grupos I e II, além de uma não ter preenchido o grupo III e outra o grupo IV).

Nos restantes anos em estudo, conhece-se sempre o número de mapas de registo recebidos, tendo o seu envio globalmente aumentado de ano para ano. Contudo, em alguns anos existem SRS que não enviam qualquer mapa de registo. Este facto acontece em 2000 com 7 SRS, em 2001 com 3 SRS, em 2002 com 2 SRS e em 2003 com apenas uma, tendo em 2004 e 2005 todas as SRS enviado mapas de registo.

Ainda em relação à informação proveniente dos mapas de registo, um outro aspecto a realçar está relacionado com as células em branco, ou seja, o mapa de registo é preenchido mas não na totalidade, ficando alguns valores de produção por completar. A Tabela 4.12 permite salientar este aspecto, além de outros pormenores interessantes.

Tabela 4.12. Algumas particularidades da informação de base relativa à produção de RH.

	Centros de Saúde do SNS													
	1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)
Mapas de registo recebidos			94	26,3	208	58,3	248	69,7	273	76,7	220	62,5	338	99,4
células em branco														
- RH grupos I e II:			22	23,4	41	19,7	66	26,6	96	35,2	79	35,9	111	32,8
ARS Norte			1	10,0	2	4,4	3	5,9	37	42,0	6	14,0	18	22,2
ARS Centro			12	24,0	2	4,9	7	9,7	3	6,5	26	41,9	42	38,2
ARS LVT			4	20,0	30	38,5	47	54,7	45	52,9	33	57,9	51	58,6
ARS Alentejo			5	35,7	6	21,4	9	39,1	11	28,9	14	33,3		
ARS Algarve					1	6,3								
- RH grupo III:			1	1,1										
- RH grupo IV:			9	9,6			3	1,2	2	0,7			9	2,7
Operadores gestão RH														
informação recebida aprox. ¹	280	78,4	292	81,8	340	95,2	286	80,3	330	92,7	351	99,7	324	95,3
c/ valores e c/ nº resp. ²	156	43,7	166	46,5	174	48,7	177	49,7	181	50,8	186	52,8	170	50,0
c/ valores, mas s/ nº resp. ²	124	34,7	126	35,3	166	46,5	109	30,6	149	41,9	165	46,9	154	45,3
RH - grupos III e IV juntos	168*	47,1	153**	42,9	40***	11,2								

¹ No caso do operador SUCH como não refere o número de CS, mas apenas as SRS, foi considerado que a respectiva recolha de RH abrangia todos os CS em cada uma das SRS referidas. ² Discrimina-se os casos em que foram apresentados valores de produção de RH quando é fornecido o número de CS (c/ nº de respostas) e quando não o é, ou seja, quando é efectuada a aproximação referida anteriormente (s/ nº de respostas), pois apenas são fornecidas as SRS.

* Compreende 9 SRS e 6 centros de saúde da SRS de Setúbal. ** Compreende 8 SRS e 6 centros de saúde da SRS de Setúbal. *** Compreende 1 SRS.

Fonte: Informação retirada das 18 tabelas do Apêndice 8 e da Tabela S (Apêndice 9).

Como se pode observar mesma tabela, as produções referentes aos grupos I e II são as que registam mais células em branco, facto que seria de esperar, uma vez que estes RH são normalmente avaliados apenas de forma aproximada. De um modo geral, verifica-se ao longo dos anos um aumento do número de centros de saúde que não preenchem estes quantitativos, ultrapassando mesmo os 30%, após 2003.

Na Tabela 4.12 também se observa que esta falta de quantificação não é igual em todas as ARS, sendo mais notória, por exemplo, na ARS de Lisboa e Vale do Tejo, em que após 2002 mais de 50% dos centros de saúde, que enviaram o mapa de registo, não referiram a produção dos grupos I e II. Em oposição, outras ARS apresentam quase sempre valores para estes RH, como acontece com a ARS Algarve. O facto dos centros de saúde não conhecerem com exactidão a produção dos RH dos grupos I e II⁷, induz a que não possam avaliar a forma como a respectiva triagem está a ser realizada.

Algumas células em branco, sem valores de produção de RH, surgem também para o grupo IV, especialmente no ano 2000, correspondendo estas a 10% dos mapas de registo recebidos. Este valor pode estar relacionado com a quantificação conjunta (grupos III e IV) que nesse ano foi efectuada em alguns centros de saúde pelos operadores de gestão de RH, podendo levar a que estes dados no mapa de registo tenham sido colocados no grupo III.

Relativamente aos dados disponibilizados pelos operadores de gestão de RH, é importante referir o facto de que em muitos casos não se sabe o número de centros de saúde a que correspondem os dados de produção. Isto verifica-se na maior parte das situações em que o SUCH é o operador de gestão, uma vez que apenas disponibiliza os quantitativos de RH por SRS e não por centro de saúde.

Esta falta de informação não possibilita que se conheça, com exactidão, a representatividade dos valores de produção de RH, dificultando assim as comparações com os dados dos mapas de registo.

Para se conseguir valores aproximados do número de centros de saúde abrangidos pelas produções fornecidas pelos operadores de gestão de RH, optou-se por considerar todos os centros de saúde de cada região referida pelos operadores como produtora de uma determinada quantidade de RH. Desta forma, na Tabela 4.12 apresenta-se separadamente, o número de centros de saúde com produções de RH e a estimativa efectuada com base nas SRS. Ao juntar os dois valores verifica-se que a percentagem de centros de saúde abrangidos é bastante elevada, ultrapassando mesmo os 90%, em 4 dos anos em estudo (2001, 2003, 2004 e 2005).

⁷ Porque na maior parte das situações colocam os RH dos grupos I+II nos contentores camarários, como qualquer cidadão comum.

Um outro aspecto a referir em relação aos dados dos operadores de gestão de RH está relacionado com a disponibilização conjunta das produções dos grupos III e IV. Esta quantificação conjunta foi realizada pelo SUCH, sobretudo em 1999 e 2000. Tal como anteriormente, pode ser feita uma aproximação entre a referência às SRS e o número de centros de saúde englobados em cada uma, sendo na Tabela 4.12 apresentados os resultados.

Nos dois primeiros anos em avaliação mais de 40% dos RH perigosos dos centros de saúde foram quantificados em conjunto, sendo em 2001 ainda quantificada desta forma a SRS do Porto, o que corresponde a 11% do total dos centros de saúde de Portugal Continental. Estas percentagens, embora aproximadas, mostram que o preenchimento dos mapas de registo nem sempre se guiou pelos dados fornecidos pelos operadores de gestão de RH, uma vez que em 2000 apenas em 11% dos casos foi apresentado um único valor para os grupos III e IV, sendo nas restantes situações referidos valores separados para estes dois grupos de RH.

Tal como para os hospitais, optou-se por tratar graficamente a informação apresentada, embora de forma agregada, até para minorar possíveis faltas de rigor nos dados de base. Na Figura 4.13 é apresentada a produção de RH, em quilogramas e por grupos, nos anos em estudo, tendo como fonte de informação os mapas de registo.

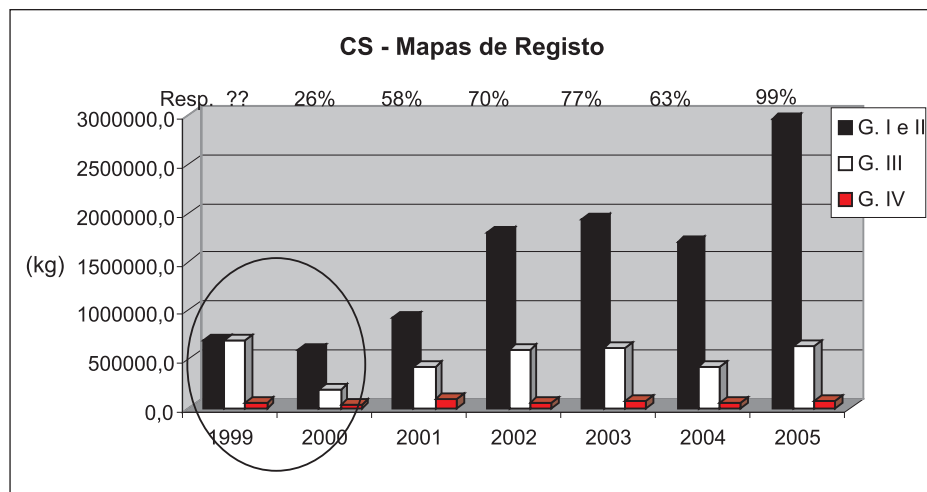


Figura 4.13. Produção de RH, por grupos, em quilogramas, nos centros de saúde entre 1999 e 2005 (mapas de registo).

Na Figura 4.13 são referidos, em percentagem, os mapas de registo recebidos por ano, possibilitando assim aferir sobre a representatividade dos dados. Assinalados com um círculo surgem os dois primeiros anos, o que se deve à percentagem de respostas em 2000 ser muito baixa (26%) e ao facto em 1999 não se ter conhecimento do número

de mapas de registo recebidos⁸. Nos restantes anos as produções apresentadas correspondem a mais de 50% dos centros de saúde, estando em 2005 praticamente todos os centros de saúde representados.

As maiores variações observadas na Figura 4.13 são referentes aos grupos I e II, tendo nos últimos quatro anos quantidades bastante superiores aos três primeiros anos em avaliação. Desde 2002 que se verifica alguma proporcionalidade em relação ao número de respostas, ou seja, quanto maior a percentagem de mapas de registo recebidos, maior a produção assinalada para os grupos I e II.

O grupo III também apresenta algumas variações na Figura 4.13, contudo uma comparação mais efectiva é efectuada na Figura 4.14, em que as produções de RH estão expressas em percentagem. Como se pode observar, tendencialmente verifica-se um decréscimo da percentagem do grupo III e também do grupo IV, aumentando nos últimos anos a percentagem dos grupos I e II. É de referir que o ano 2000, pelo escasso número de respostas, não se deve considerar representativo das quantidades produzidas.

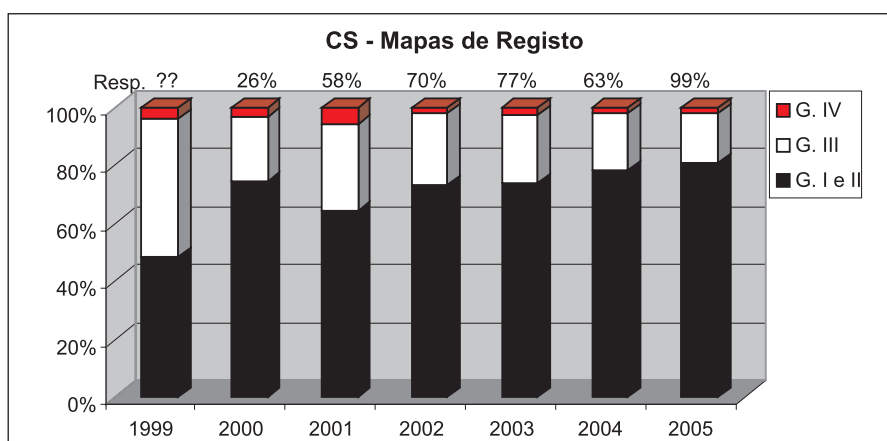


Figura 4.14. Produção de RH por grupos, em percentagem, nos centros de saúde entre 1999 e 2005 (mapas de registo).

Na Figura 4.15 é realizada uma nova comparação em relação à produção de RH, por grupos, nos 7 anos em estudo. Esta representação gráfica reforça o anteriormente referido, a tendência para a diminuição dos grupos III e IV e para o aumento proporcional dos RH não perigosos (grupos I e II).

Pode-se observar na Figura 4.15 que em 1999 a percentagem de RH do grupo III igualava a percentagem dos grupos I e II, ambas com 48%. Contudo, essa semelhança não se voltou a verificar, tendo em 2001⁹ os RH do grupo III diminuído para 30% e

⁸ Contudo, consultando a tabela J (Apêndice 8) constata-se que todas as SRS enviaram informação neste ano, pelo que a percentagem de respostas deverá ser bastante superior à do ano 2000.

⁹ Não se refere o ano 2000 pela pouca representatividade dos respectivos dados.

continuando a decrescer nos anos seguintes, verificando-se em 2005, ano com maior percentagem de respostas, que o grupo III representa 17% dos RH produzidos nos centros de saúde.

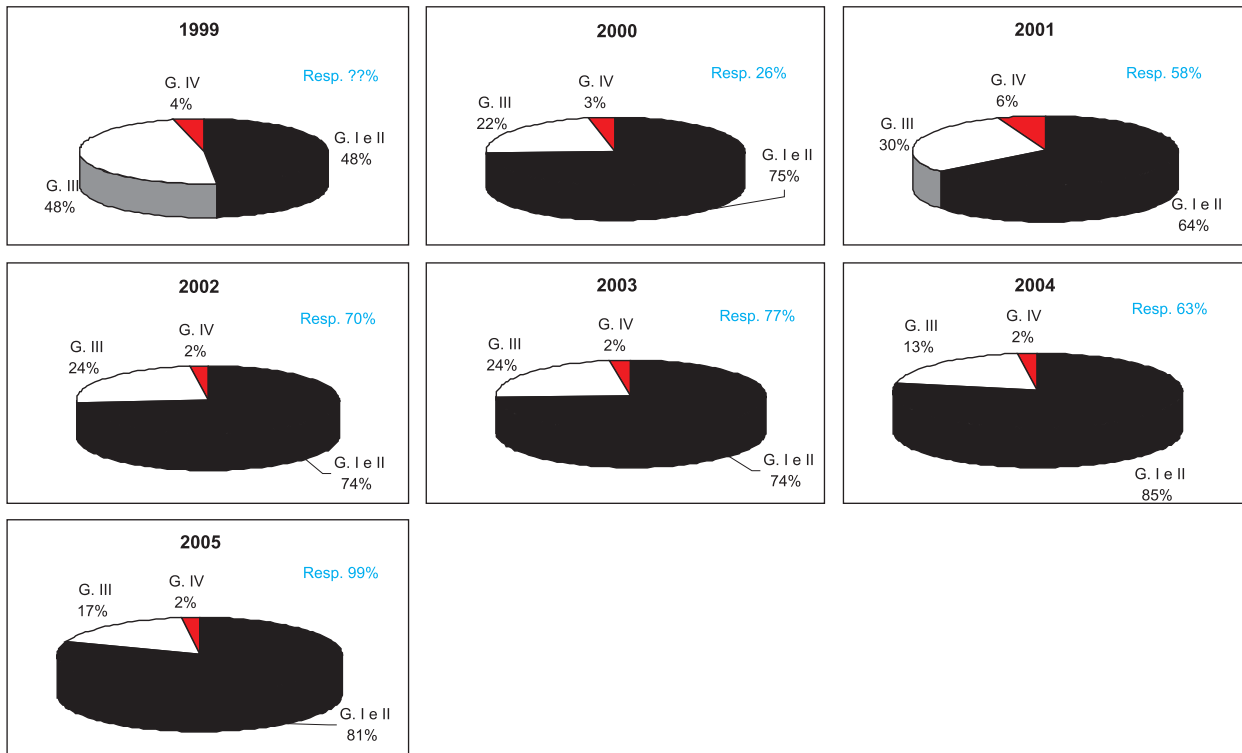


Figura 4.15. Percentagem de RH produzidos por grupos, nos centros de saúde entre 1999 e 2005 (mapas de registo).

Relativamente aos RH dos grupos I e II, as percentagens têm aumentado após 2001⁶, atingindo em 2005, 81% dos RH produzidos. A percentagem do grupo IV, diminuiu até 2002, mantendo-se a partir desse ano constante, em 2%.

Uma comparação mais pormenorizada das produções dos grupos III e IV pode ser visualizada na Figura 4.16. Estes dados são apresentados em quilogramas, o que permite uma melhor percepção das variações ao longo dos anos, mas também da sua relação com o número de respostas. Contudo, como se pode observar, nem todas as alterações podem ser explicadas pela percentagem de mapas de registo recebidos.

Uma comparação entre os dados dos mapas de registo e a informação disponibilizada pelos operadores de gestão de RH pode ser realizada através da comparação entre a Figura 4.16 e a Figura 4.17. Como se pode observar, embora a escala seja a mesma, existem grandes diferenças, em especial nos anos de 1999 e 2000. Algumas destas divergências podem ter origem nas diferentes percentagens de respostas, mas outras deverão estar relacionadas com as quantificações dos RH dos grupos III e IV.

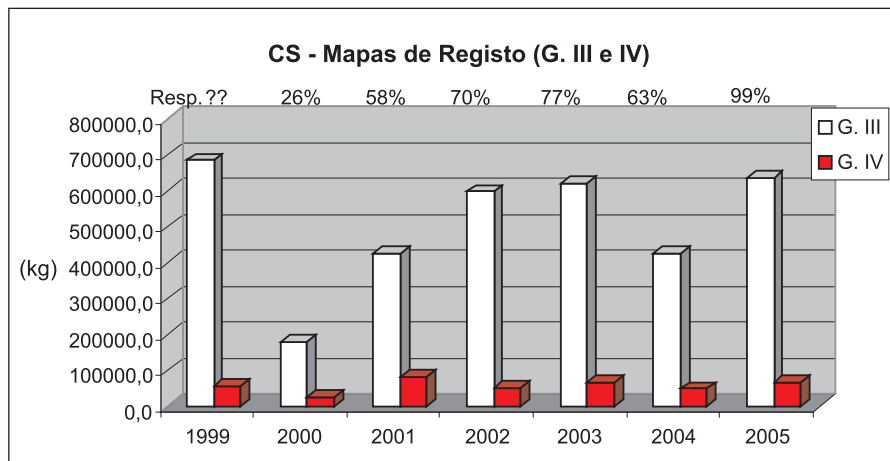


Figura 4.16. Produção de RH dos grupos III e IV, em quilogramas, nos centros de saúde entre 1999 e 2005 (mapas de registo).

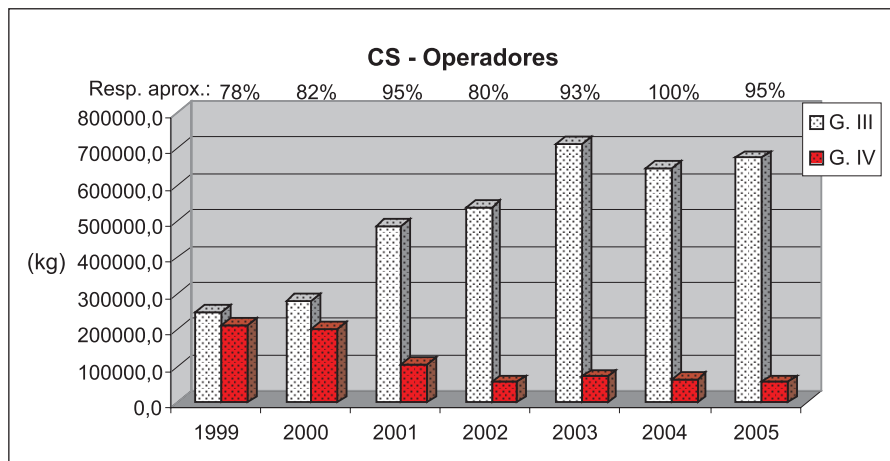


Figura 4.17. Produção de RH dos grupos III e IV, em quilogramas, nos centros de saúde entre 1999 e 2005 (operadores de gestão de RH).

Na Figura 4.17, as elevadas produções do grupo IV nos dois primeiros anos devem-se, como anteriormente referido, a um dos operadores de gestão de RH não separar nesses anos os quantitativos dos grupos III e IV. Por este motivo, optou-se nesta avaliação por colocar estes valores no grupo IV, porque o método de tratamento é, pela legislação em vigor, a incineração.

O motivo pelo qual a Figura 4.16 apresenta diferenças em relação a estes anos prende-se com o facto de no preenchimento dos mapas de registo raramente surgirem estes quantitativos juntos, e quanto surgem serem colocados no grupo III. Muitas destas situações podem ser observadas nas 18 tabelas apresentadas no Apêndice 7.

Para os restantes anos (2001 – 2005), as produções seguem, na globalidade, tendências semelhantes, embora correspondam a diferentes percentagens de respostas. Deve-se salientar que estas percentagens de respostas para os dados dos operadores de

gestão de RH correspondem a valores apenas aproximados, como anteriormente referido.

Uma comparação também possível, em relação aos dados dos mapas de registo, pode ser realizada através dos valores das capitações, estas calculadas em função do número global de consultas¹⁰. Como se pode observar na Figura 4.18 as diferenças de ano para ano são bastante acentuadas.

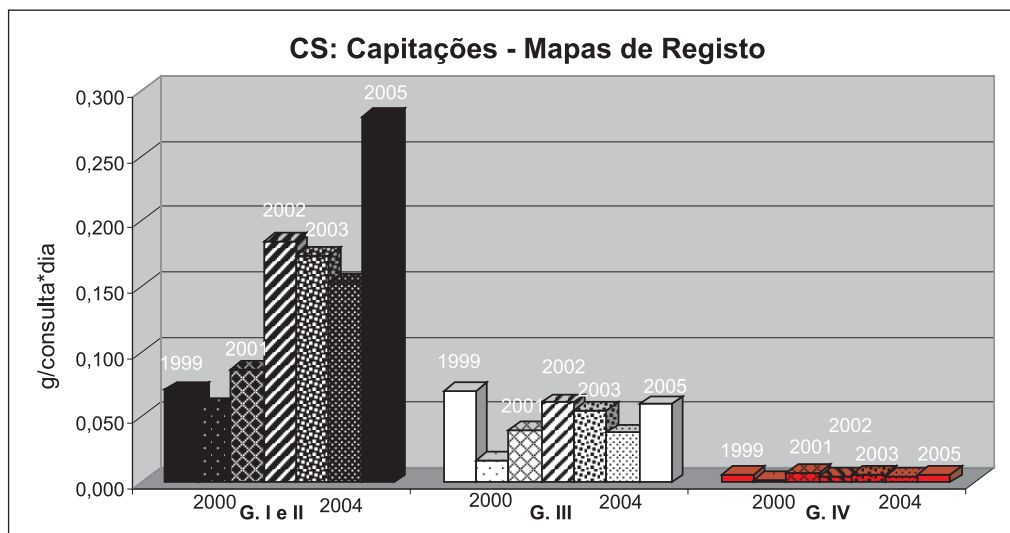


Figura 4.18. Capitações de RH por grupos nos centros de saúde, comparação entre 1999 e 2005 (mapas de registo).

Em relação aos grupos I e II verifica-se um aumento significativo da produção destes RH por consulta nos últimos 4 anos, especialmente em 2005. É importante referir que também é nestes últimos anos que um maior número de centros de saúde não preenche nos mapas de registo a produção relativa a estes grupos (Tabela 4.12).

A capitação do grupo III também não tem globalmente decrescido, tendo mesmo em 2005 (ano em que existe uma maior percentagem de respostas) registado um valor mais elevado que nos dois anos anteriores (0,060 g/consulta*dia). O mesmo sucede em relação ao valor da capitação do grupo IV, rondando este os 0,006 g/consulta*dia, valor superior ao registado no ano anterior.

Uma observação mais pormenorizada das capitações dos grupos III e IV, além da comparação entre as capitações calculadas com os dados fornecidos pelos mapas de registo e pelos operadores de gestão de RH, é apresentada na Figura 4.19.

As diferenças são bastante acentuadas, facto também relacionado com a representatividade das fontes de informação e dos valores em cada ano. Pelas

¹⁰ O número de consultas foi fornecido pelas respectivas ARS.

observações anteriores, as diferenças nos primeiros anos em avaliação são, de alguma forma de esperar, nomeadamente devido à pouca representatividade dos dados do ano 2000 provenientes dos mapas de registo, mas também à quantificação conjunta efectuada por um dos operadores de RH.

No entanto, mesmo em 2005, onde o número de centros de saúde ultrapassa em ambas as fontes de informação os 95%, os valores das capitações diferem. A capitação do grupo III é mais elevada para os operadores de gestão de RH (0,064g/consulta*dia comparativamente com 0,060g/consulta*dia nos mapas de registo), verificando-se o oposto em relação ao grupo IV (operadores de gestão de RH – 0,005g/consulta*dia e mapas de registo – 0,004g/consulta*dia).

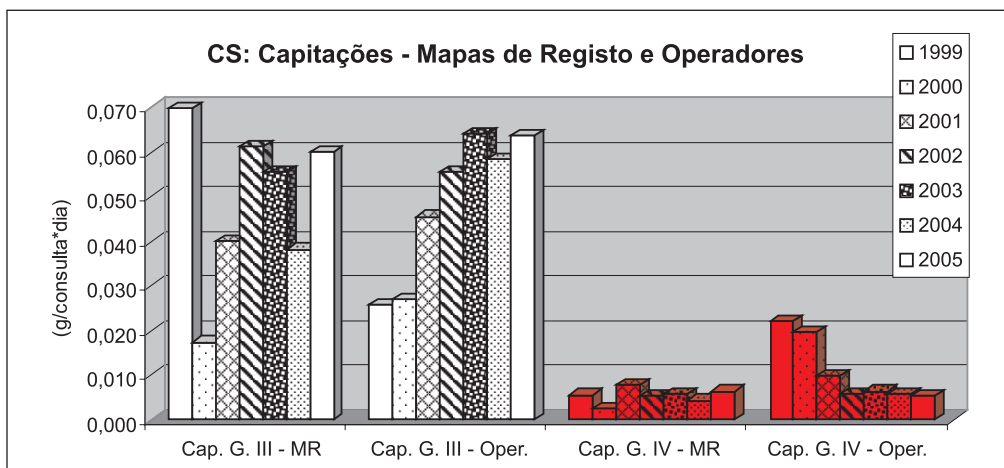


Figura 4.19. Capitações de RH por grupos nos centros de saúde, comparação entre 1999 e 2005 (operadores de gestão de RH).

Na Figura 4.20 apresentam-se as variações, em percentagem, da produção de RH por grupos para cada ARS, nos 7 anos em avaliação. Como se pode observar, em cada ARS e de ano para ano, as diferenças são acentuadas.

Os casos que chamam mais a atenção verificam-se, nomeadamente, em 1999 na ARS de Lisboa e Vale do Tejo, em que praticamente não foram assinalados RH dos grupos I e II, mas também na ARS Alentejo. Neste caso, a percentagem de RH do grupo III é bastante elevada, facto que se observa em praticamente todos os anos, ultrapassando mesmo, em algumas situações, a percentagem de RH dos grupos I e II. Uma possível explicação para estas constatações pode estar relacionada com os métodos de quantificação (ou a falta deles) dos RH dos grupos I e II.

Algumas explicações para as diferenças observadas na Figura 4.20 podem ser encontradas na Figura 4.21, na Figura 4.22 e na Figura 4.23, onde se apresentam as variações das produções de RH por grupos, ARS e anos em avaliação.

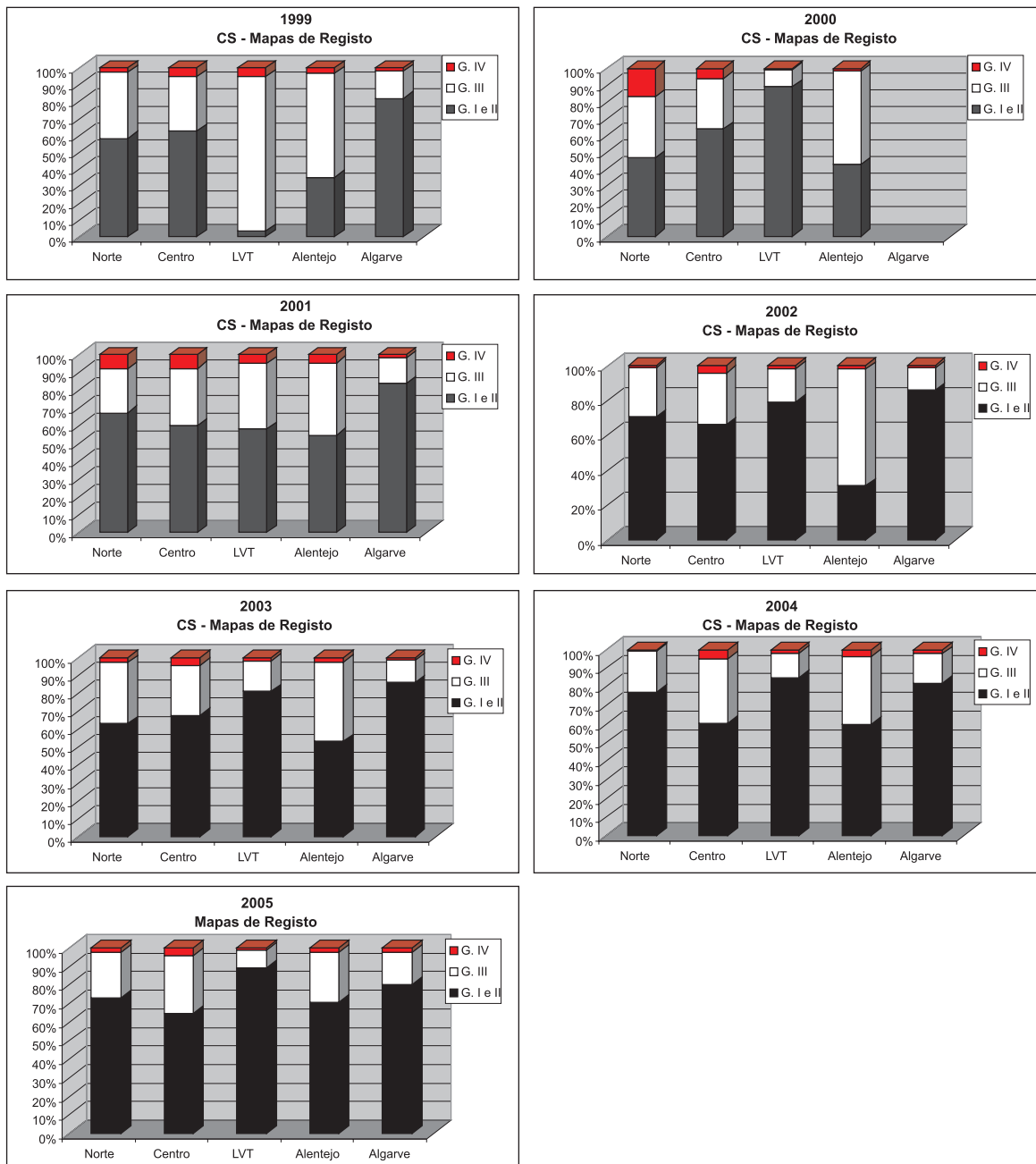


Figura 4.20. Produção de RH por grupos e por ARS, em percentagem, nos centros de saúde entre 1999 e 2005 (mapas de registo).

Na Figura 4.21 são apresentadas as produções, em quilogramas, dos RH dos grupos I e II. Como se pode observar, em todas as ARS verificam-se, ao longo dos anos, variações nos valores de produção, constatando-se um aumento dos quantitativos em 2005, fundamentalmente na ARS de Lisboa e Vale do Tejo e na ARS Norte. É de salientar que os dados apresentados na Figura 4.21 demonstram, mais uma vez, a falta de rigor que tem acompanhado a quantificação dos RH não perigosos (grupos I e II), nos anos em avaliação.

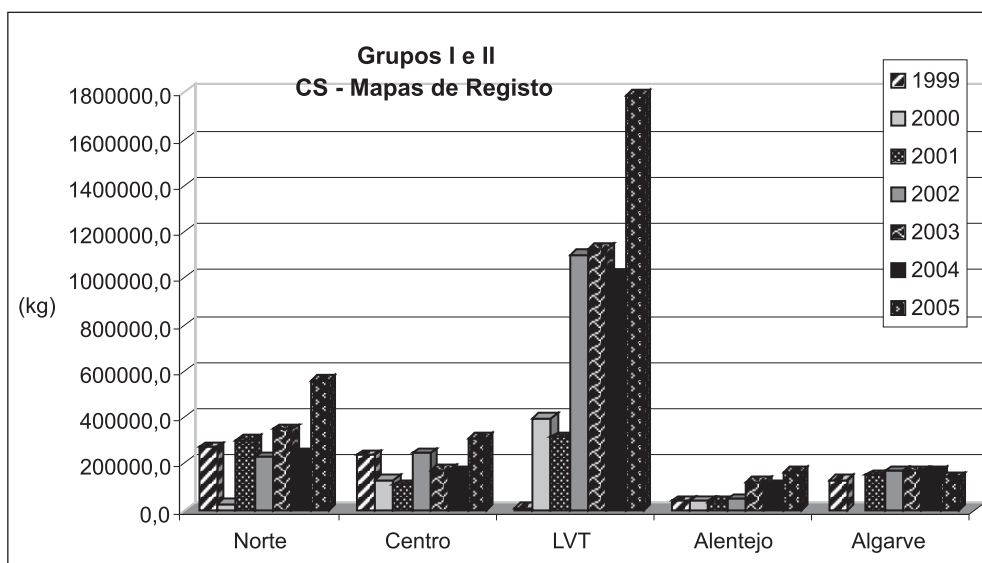


Figura 4.21. Comparação da produção de RH dos grupos I e II por ARS, em quilogramas, nos centros de saúde entre 1999 e 2005 (mapas de registo).

Relativamente a um dos casos salientados sobre a Figura 4.20, inerente à elevada percentagem de RH do grupo III, em 1999, na ARS de Lisboa e Vale do Tejo, facilmente se compreende que uma das razões prende-se com o facto de em 1999 (Figura 4.21) os quantitativos de produção de RH dos grupos I e II declarados nos mapas de registo serem praticamente inexistentes.

Na Figura 4.22 são apresentadas as produções, em quilogramas, para os RH do grupo III, tanto com origem nos mapas de registo, como as disponibilizadas pelos operadores de gestão de RH.

Também para este grupo de RH, as variações por ARS, observadas nos dados dos mapas de registo, são acentuadas, mesmo para os últimos anos em avaliação. É de referir que em relação aos dados de 2004 se questiona se todos os mapas de registo recebidos na DGS foram incluídos nos dados tratados, uma vez que, por exemplo, a totalidade da informação da SRS de Setúbal não aparece nas respectivas tabelas, apesar desta ter sido enviada. Este facto pode ter acontecido com outras SRS.

Relativamente à informação dos operadores de gestão de RH regista-se uma maior homogeneidade ao analisar os valores de cada ARS, para os vários anos. Além disso, a correspondência entre os dados dos mapas de registo e dos operadores de gestão de RH é, na globalidade, pouco acentuada, embora haja uma tendência para uma maior aproximação entre os valores destas duas fontes de informação. É de referir que uma das razões para estas divergências está relacionada com a diferente representatividade dos dados de base.

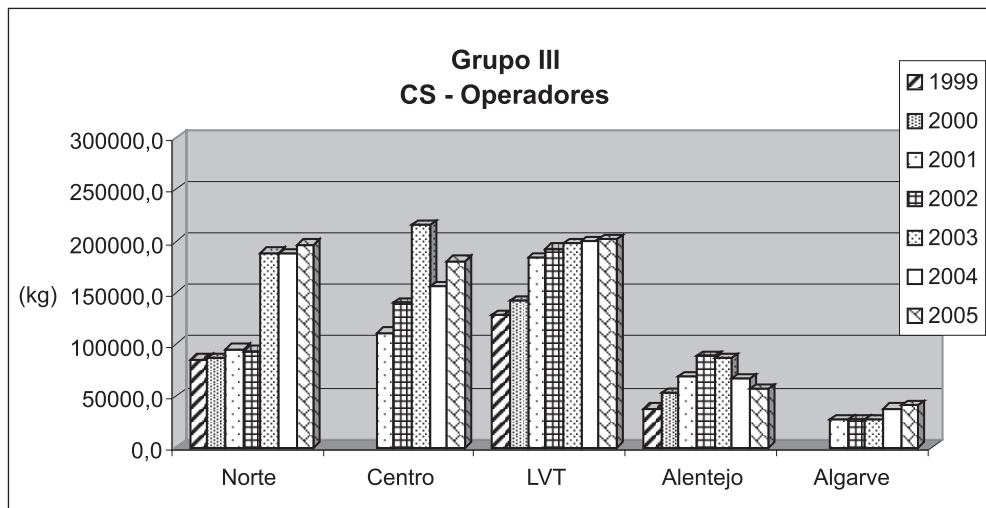
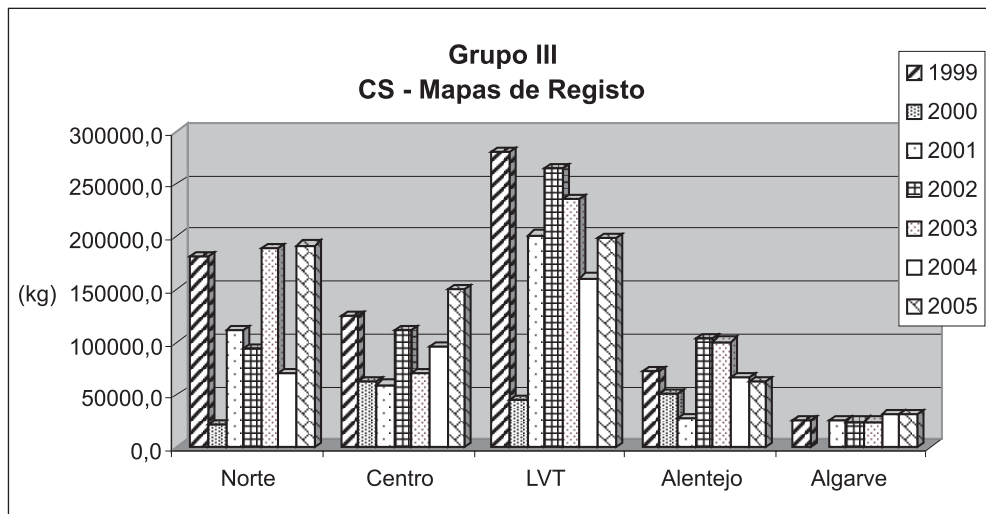


Figura 4.22. Comparação da produção de RH do grupo III por ARS, em quilogramas, nos centros de saúde entre 1999 e 2005 (mapas de registo e operadores de gestão de RH).

Na Figura 4.23 é apresentada a comparação por ARS e ano dos RH do grupo IV. Neste caso houve necessidade de apresentar diferentes escalas¹¹ para os vários anos, devido às diferenças existentes nas produções de RH dos operadores de gestão, entre os primeiros três anos (1999 a 2001) e os últimos 4 anos (após 2002).

As maiores divergências surgem nos três primeiros anos, sobretudo na comparação entre os valores dos mapas de registo e os fornecidos pelos operadores de gestão de RH. Tal como anteriormente, esta divergência deverá estar relacionada com o diferente número de centros de saúde abrangidos por uma e outra fonte de informação, mas também com a quantificação conjunta dos RH dos grupos III e IV

¹¹ A escala correspondente aos três primeiros anos é 10 vezes inferior à escala referente aos quatro últimos anos.

pelos operadores de gestão de RH. Estes valores dos grupos III e IV quantificados em conjunto foram, como se referiu anteriormente, registados no grupo IV.

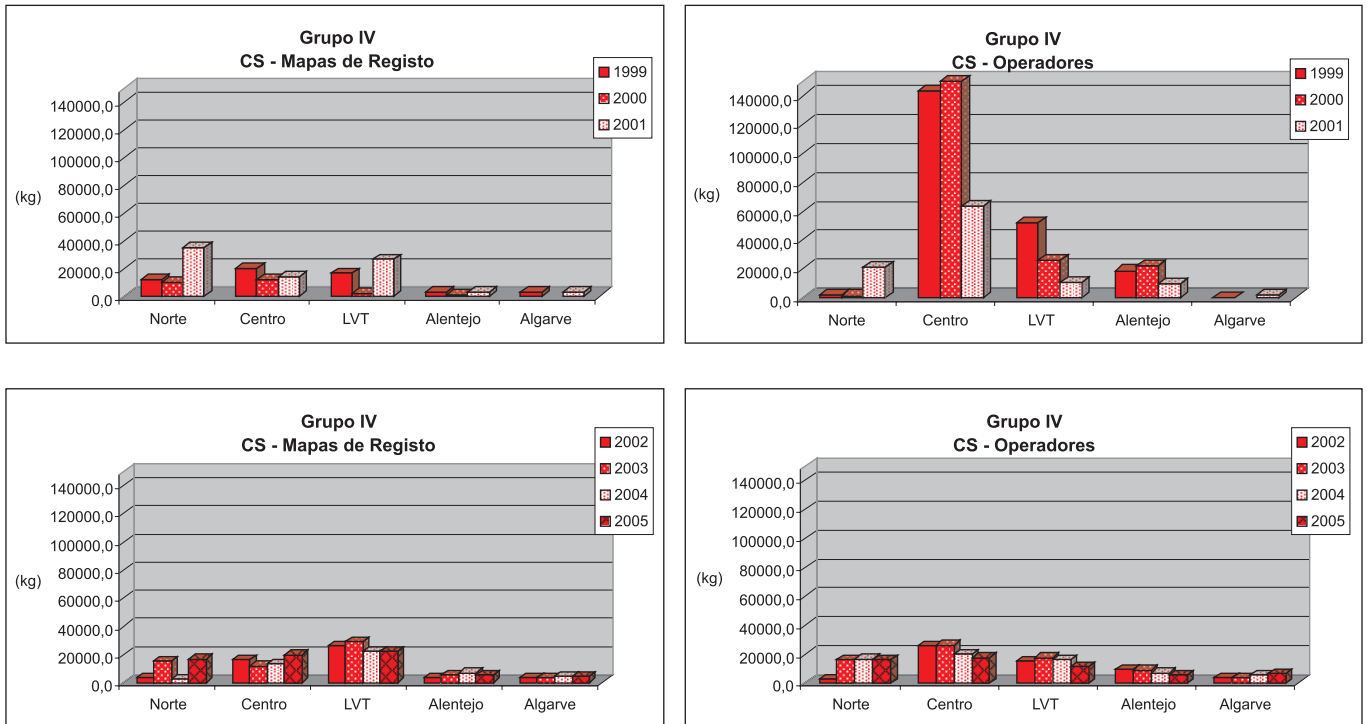


Figura 4.23. Comparação da produção de RH do grupo IV por ARS, em quilogramas, nos centros de saúde entre 1999 e 2005 (mapas de registo e operadores de gestão de RH).

A ARS com maiores valores de RH do grupo IV é a ARS Centro, tanto em 1999, como em 2000, o que facilmente se compreende, visto nestes anos não existirem para esta SRS valores para os RH do grupo III (Figura 4.22). Além disso, a quantificação conjunta foi nestes anos efectuada em todas as SRS da ARS Centro, como se pode constatar na Tabela R (Apêndice 9).

Uma comparação mais real entre os dados dos grupos III e IV fornecidos pelos mapas de registo e pelos operadores de gestão de RH é apresentada na Figura 4.24. Como os valores estão em percentagem são ultrapassadas algumas questões referidas em relação às figuras anteriores, como por exemplo a diferente representatividade, por ano, da informação de cada uma das fontes de informação.

Apesar das grandes diferenças que se observam nos três primeiros anos em avaliação e que já foram comentadas anteriormente, após 2002 as diferenças percentuais entre a informação presente nos mapas de registo e a fornecida pelos operadores de gestão de RH é pouco acentuada, em todas as ARS. Esta tendência para a homogeneidade pode também estar relacionada com a quantificação que é realizada a estes RH pelos

operadores de gestão, para efeitos de faturação, e com a disponibilização destes dados aos centros de saúde.

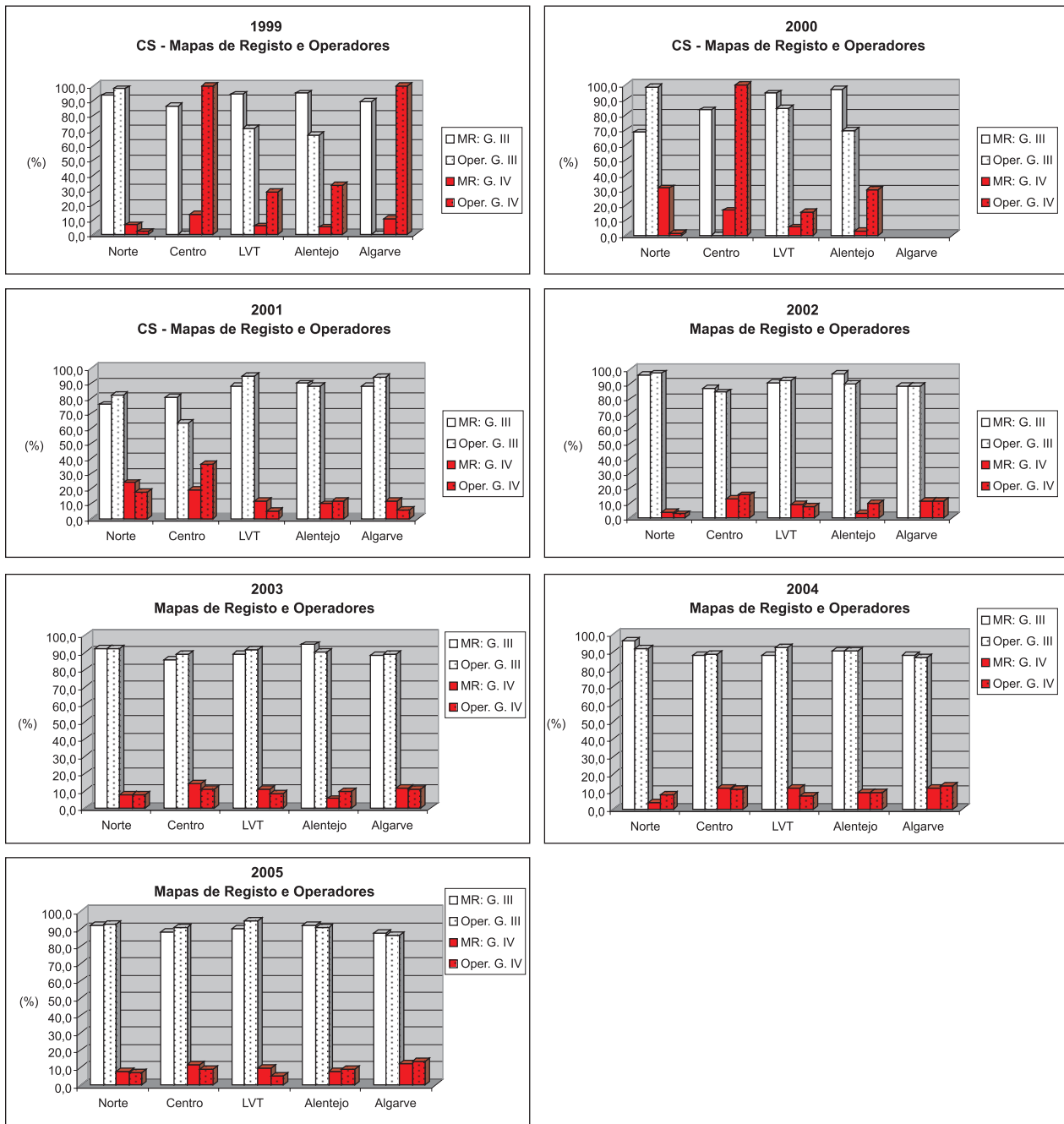


Figura 4.24. Comparação da produção de RH dos grupos III e IV por ARS, em percentagem, nos centros de saúde entre 1999 e 2005 (mapas de registo e operadores de gestão de RH).

4.1.2.2. Por outros tipos de resíduos hospitalares separados selectivamente

Tal como para os hospitais do SNS, também foram construídas 18 tabelas para os dados referentes às recolhas selectivas de RH nos centros de saúde, entre 1999 e 2005. Estas tabelas, uma por cada SRS, apresentam-se no Apêndice 10. Os dados de base foram fornecidos pela DGS, relativamente aos mapas de registo, e pelos operadores de gestão de RH.

Seguindo a mesma estratégia utilizada nas tabelas referentes aos hospitais, optou-se, também, nestas 18 tabelas por preencher as células com um padrão (pontos pretos), sempre que não existe informação sobre aquele centro de saúde nos documentos base. As células em branco (sem valores) correspondem às situações em que nas fontes de informação não tinham igualmente valores.

Na primeira parte das tabelas os dados foram retirados dos mapas de registo e na segunda, dos operadores de gestão de RH. Consideraram-se, também, os 8 tipos de resíduos dos “Relatórios de RH”. Nos dados relativos aos operadores de gestão de RH acrescentou-se mais outra categoria de RH - os resíduos líquidos perigosos, visto serem os resíduos com recolha selectiva geridos preferencialmente por estes operadores de gestão.

Tal como para as produções globais de RH e, nos hospitais, para as separações selectivas de RH, mantiveram-se nestas 18 tabelas as unidades que originalmente constam dos documentos base, quilogramas e litros.

A construção destas tabelas permite conhecer, com maior detalhe, o que actualmente já é encaminhado para reciclagem/valorização e a quantidade de resíduos líquidos perigosos que vão para tratamento adequado. Além disso, estas 18 tabelas possibilitam aceder a informação pormenorizada e acompanhar a evolução da separação selectiva dos RH, por centro de saúde e SRS, entre 1999 e 2005.

Da mesma forma que acontecia para os hospitais, também para a recolha selectiva dos centros de saúde não é possível efectuar comparações, entre os dados dos mapas de registo e os dos operadores de gestão de RH. Este facto deve-se a que estes operadores normalmente apenas gerem uma pequena parte destes RH separados selectivamente, habitualmente encaminhados para as câmaras municipais ou para outros operadores de gestão de resíduos.

Como anteriormente referido, na primeira parte das 18 tabelas (Apêndice 10) é apresentada a informação proveniente dos mapas de registo. Pode-se afirmar que a recolha selectiva realizada nos centros de saúde é, entre 2000 e 2005, bastante diversificada, tanto em termos de tipos de RH, como de quantitativos. Para o ano de 1999 não há dados disponíveis.

De um modo geral, é nos últimos anos que se observa um aumento dos RH recolhidos selectivamente nos centros de saúde. Nestas UPCS, a coluna com a designação “outros”, quando preenchida, engloba uma grande diversidade de RH, como resíduos argentíferos¹² ou prata¹³, tinteiros e *tonners*, consumíveis informáticos e resíduos líquidos perigosos.

Na segunda parte das 18 tabelas (Apêndice 10), onde são apresentadas as recolhas selectivas efectuadas pelos operadores de gestão de RH, os dados são bastante menos frequentes, estando apenas preenchida a coluna correspondente aos resíduos líquidos perigosos, e somente para alguns centros de saúde.

Como sucedeu para os hospitais, foram construídas tabelas síntese, complementadas com a informação referente ao número total de centros de saúde do SNS, por ano em estudo. A Tabela T (Apêndice 11) é relativa aos dados provenientes dos mapas de registo, fornecidos pela DGS, e a Tabela U (Apêndice 11) à informação disponibilizada pelos operadores de gestão de RH.

Nestas tabelas e para cada ano, SRS e tipo de resíduo, foi contabilizado o número de centros de saúde que separam esse resíduo, para assim se conhecer o número de centros de saúde a que correspondem os quantitativos recolhidos selectivamente. Situações em que é referida a separação de um determinado resíduo, mas não a sua quantificação, foi igualmente assinalada (e discriminada nas observações), uma vez que esses centros de saúde não contribuem para as quantidades de RH apresentadas.

Também se contabilizou o número de centros de saúde, por SRS e ano, que referiram efectuar a separação de pelo menos um tipo de RH, tanto para os dados dos mapas de registo, como dos operadores de gestão de RH. Esta informação permite aferir sobre a respectiva representatividade, além de dar uma noção da importância da recolha selectiva nos centros de saúde.

É de salientar que algumas SRS não apresentam valores, como se pode visualizar na Tabela T (Apêndice 11). Em 2000, 8 SRS não disponibilizaram dados, em 2001, este número baixa para 3 SRS e em 2002 para 2 SRS. Tanto em 2003, como em 2004, apenas Leiria não apresenta informação, passando todas as SRS a estarem representadas em 2005. Para o ano de 1999 não há informação disponível sobre recolha selectiva, proveniente dos mapas de registo.

¹² A designação “resíduos argentíferos” (- resíduos com prata) surge em alguns mapas de registo, no entanto, não é a expressão mais correcta por não se perceber se é relativa às películas ou ao fixador.

¹³ A designação “prata” surge igualmente nos mapas de registo, não sendo também discriminado o tipo de resíduos associados.

Na Tabela 4.13 é apresentado um novo resumo da informação presente na Tabela T (Apêndice 11), complementada com o total de mapas de registo recebidos e com o número total de centros de saúde do SNS, por ano e por ARS. Esta tabela permite efectuar um paralelismo entre estes dados e o número de mapas de registo em que foram assinaladas recolhas selectivas.

Tabela 4.13. Mapas de registo com recolhas selectivas nos centros de saúde, por ARS e ano.

Centros de Saúde do SNS																				
ARS	1999					2000					2001				2002					
	Inf. fornecida ² (nº)	Mapas Registo Recebidos (nº) (%)		c/ rec. select. (nº) (%)		Inf. fornecida ² (nº)	Mapas Registo Recebidos (nº) (%)		c/ rec. select. (nº) (%)		Inf. fornecida ² (nº)	Mapas Registo Recebidos (nº) (%)		c/ rec. select. (nº) (%)		Inf. fornecida ² (nº)	Mapas Registo Recebidos (nº) (%)		c/ rec. select. (nº) (%)	
Norte	102					100	10	10,0	2	2,0	100	45	45,0	21	21,0	100	51	51,0	17	17,0
Centro	108					110	50	45,5	23	20,9	110	41	37,3	28	25,5	109	72	66,1	45	41,3
LVT	87					87	20	23,0	5	5,7	87	78	89,7	3	3,4	87	86	98,9	21	24,1
Alentejo	44					44	14	31,8	4	9,1	44	28	63,6	8	18,2	44	23	52,3	7	15,9
Algarve	16					16	0	0,0	0	0,0	16	16	100,0	8	50,0	16	16	100,0	15	93,8
Total	357					357	94	26,3	34	9,5	357	208	58,3	68	19,0	356	248	69,7	105	29,5

ARS	2003					2004					2005				
	Inf. fornecida ² (nº)	Mapas Registo Recebidos (nº) (%)		c/ rec. select. (nº) (%)		Inf. fornecida ² (nº)	Mapas Registo Recebidos (nº) (%)		c/ rec. select. (nº) (%)		Inf. fornecida ² (nº)	Mapas Registo Recebidos (nº) (%)		c/ rec. select. (nº) (%)	
Norte	100	88	88,0	20	20,0	96	43	44,8	21	21,9	84	81	96,4	53	63,1
Centro	109	46	42,2	30	27,5	109	62	56,9	21	19,3	109	110	100,9	84	77,1
LVT	87	85	97,7	16	18,4	87	57	65,5	0	0,0	87	87	100,0	49	56,3
Alentejo	44	38	86,4	10	22,7	44	42	95,5	21	47,7	44	44	100,0	42	95,5
Algarve	16	16	100,0	11	68,8	16	16	100,0	14	87,5	16	16	100,0	16	100,0
Total	356	273	76,7	87	24,4	352	220	62,5	77	21,9	340	338	99,4	244	71,8

Fonte: DGS (2000); DGS (2002b); DGS (2002c); DGS (2003c); DGS (2004b); DGS (2006a), DGS (2007).

Bases de dados fornecidas pela DGS relativas aos mapas de registo

Pela observação da Tabela 4.13, constata-se que a percentagem de mapas de registo em que surgem referenciados valores de recolhas selectivas é bastante baixa, sendo até 2004 sempre inferior a 30% em relação aos mapas de registo recebidos. Apenas em 2005, a percentagem é mais representativa, 72%. Além disso, o número de mapas de registo em que é assinalada pelo menos uma recolha selectiva não aumenta gradualmente ao longo dos anos.

Ao analisar os dados por ARS, verificam-se diferentes representatividades. Proporcionalmente, a ARS Algarve é após 2001 sempre a mais representada, sendo a ARS Centro a que apresenta uma menor percentagem de respostas, tanto em 2001, como entre 2003 e 2005.

Na informação disponibilizada pela DGS, proveniente dos mapas de registo, foram também consideradas as respostas que, apesar de não apresentarem quantitativos de recolha selectiva, referiam que essa separação era efectuada no centro de saúde. Esta informação apenas foi disponibilizada para dois dos anos em avaliação (2004 e 2005). Na Tabela 4.14 é apresentado o número de respostas com e sem valores de quantificação de RH recolhidos selectivamente.

Em 2005, 16% dos centros de saúde, apesar de não quantificarem os RH recolhidos selectivamente, referem que separam pelo menos um tipo de RH. No entanto, este valor em 2004 não atinge os 2%. Deve-se salientar que a inclusão destes dados, especialmente em 2005, é suficiente para que a percentagem de recolha selectiva ultrapasse os 70%.

Tabela 4.14. Mapas de registo com recolhas selectivas nos centros de saúde, por ARS e ano, discriminando quando os quantitativos são ou não referidos.

2004							2005							
Inf. fornecida ² (nº)	Recebidos		Mapas Registo c/ rec. select.				Inf. fornecida ² (nº)	Recebidos		Mapas Registo c/ rec. select.				
	(nº)	(%)	quantidades		quant. ND			(nº)	(nº)	(%)	quantidades		quant. ND	
			(nº)	(%)	(nº)	(%)					(nº)	(%)	(nº)	(%)
96	43	44,8	19	19,8	2	2,1	84	81	96,4	50	59,5	3	3,6	
109	62	56,9	18	16,5	3	2,8	109	110	100,9	59	54,1	25	22,9	
87	57	65,5	0	0,0	0	0,0	87	87	100,0	49	56,3	27	31,0	
44	42	95,5	21	47,7	0	0,0	44	44	100,0	42	95,5	0	0,0	
16	16	100,0	14	87,5	0	0,0	16	16	100,0	16	100,0	0	0,0	
352	220	62,5	72	20,5	5	1,4	340	338	99,4	216	63,5	55	16,2	

Fonte: DGS (2006a), DGS (2007). Bases de dados fornecidas pela DGS relativas aos mapas de registo
ND. Quantidades não determinadas.

Na Tabela 4.15 apresenta-se, por ano, as quantidades totais para cada tipo de RH recolhido selectivamente, bem como o número de centros de saúde a que correspondem esses quantitativos. Esta tabela permite igualmente conhecer a contribuição dos RH não quantificados mas assinalados pelos centros de saúde como recolhidos selectivamente, nos dois anos em que existe essa informação.

Como se pode observar na mesma tabela, em 2005 o número de RH não quantificados é bastante elevado, facto que se verifica para praticamente todos os tipos de RH. Comparando com 2004, observa-se em 2005 um aumento bastante acentuado do número de RH não quantificados.

Na Tabela 4.15 também é possível constatar que o cartão/papel é o RH mais assinalado como separado selectivamente, para todos os anos em estudo, tal como sucedia para os hospitais. Bastante referidos como recolhidos selectivamente também se encontram o vidro, as pilhas e acumuladores e o plástico. As películas radiográficas são igualmente separadas selectivamente num grande número de centros de saúde.



Nesta tabela também são apresentadas as quantidades totais de RH recolhidas selectivamente, por ano e por tipo de resíduo. Embora se denote uma tendência para um aumento global, uma comparação anual e por tipo de RH é bastante complexa. Isto deve-se ao facto da quantificação ser realizada em quilogramas e litros, mas

também porque nem sempre são apresentados os quantitativos dos RH recolhidos selectivamente.

Tabela 4.15. Mapas de registo com recolhas selectivas, por ARS e ano, discriminando quando os quantitativos são ou não referidos.

Centros de saúde do SNS														
Ano	Mapas de Registo (Nº de respostas e Produção)													
	c/ rec. select. ¹		Cartão/Papel			Vidro			Películas RX			Pilhas/Acum.		
	(nº)	(%)	(nº)	(kg)	(l)	(nº)	(kg)	(l)	(nº)	(kg)	(l)	(nº)	(kg)	(l)
1999														
2000	34	9,5	24	38021		12	1086		6	676		24	588	
2001	68	19,0	56	91081	13200	26	4187		9	712		30	195	
2002	105	29,5	83	239149	2110	37	8458		18	3536		39	502	7
2003	87	24,4	77	111444	90350	29	5772	240	20	1925		37	544	21
2004	77	21,9	57	76180		23	2624		14	830	3	35	5415	
			8	ND		4	ND		4	ND		1	ND	
2005	244	71,8	106	252794	91050	74	9624	24	35	4936		92	1485	
			54	ND		29	ND		24	ND		32	ND	
Centros de saúde do SNS														
Ano	Mapas de Registo (Nº de respostas e Produção)													
	c/ rec. select. ¹		Mercúrio			Metais f/ e ñ f/			Plástico			Outros		
	(nº)	(%)	(nº)	(kg)	(l)	(nº)	(kg)	(l)	(nº)	(kg)	(l)	(nº)	(kg)	(l)
1999														
2000	34	9,5	1	103		1	15		9	771		3	5026	
2001	68	19,0				3	1322		18	1704		2	1398	210
2002	105	29,5	1	10		5	311	770	25	3964	20	19	162965	
2003	87	24,4	1	10		7	1293	20	22	3231		2	3001	
2004	77	21,9				4	816		13	2521		3	52	
						1	ND							
2005	244	71,8	2	230		6	511		77	15686		37	17397	12025
						2	ND		7	ND		3	ND	

¹ Mapas de Registo recebidos pela DGS e onde surge preenchida a parte correspondente à recolha selectiva.

 Informação que não consta dos documentos base.  Células em branco/sem valores na informação base.

Como anteriormente referido, na Tabela U (Apêndice 11) é apresentada uma síntese da informação disponibilizada pelos operadores de gestão de RH, informação que também consta das 18 tabelas do Apêndice 10.

Pela observação da Tabela U (Apêndice 11) verifica-se que só após 2001 existem quantitativos de RH recolhidos selectivamente pelos operadores de gestão de RH. Estes apenas são relativos aos resíduos líquidos perigosos e correspondem, preferencialmente, a revelador e fixador.

É de referir que a produção destes resíduos líquidos apenas é efectuada em centros de saúde onde existe imagiologia, o que corresponde a uma parcela restrita da totalidade

de centros de saúde do SNS. A percentagem destes que entrega resíduos líquidos perigosos aos operadores de gestão de RH não chega a 10%.

Contudo, deve-se salientar que não se conhece, com precisão, a percentagem de centros de saúde abrangida pela recolha selectiva destes operadores de gestão, o que se deve a um dos operadores de gestão de RH (o SUCH) apenas apresentar estes dados por SRS, não referindo o número de centros de saúde a que corresponde essa informação.

Pelos dados apresentados relativamente à recolha selectiva nos centros de saúde, constata-se, no período em estudo, uma evolução positiva, tanto em termos do número de centros de saúde que realiza recolha selectiva, como da diversidade de RH separados. Contudo, tal como sucede para os hospitais, muito pode ainda ser melhorado.

4.1.3. Outras unidades de prestação de cuidados de saúde

No Capítulo 3 – Universo de Produtores de RH é apresentado o actual organograma do Ministério da Saúde (MS, 2006). Do SNS, além das UPCS referidas nos sub-capítulos anteriores, fazem também parte os centros regionais de saúde pública, os centros de histocompatibilidade e o Instituto de Genética Médica Dr. Jacinto de Magalhães.

Os armazéns de produtos farmacêuticos ou armazéns de medicamentos estão igualmente inseridos nas SRS e são também produtores de RH. No Capítulo 3 – Universo de Produtores de RH foi referido o seu número. Neste sub-capítulo é apresentada a informação disponível sobre a produção de RH nestas UPCS e armazéns, para os anos em estudo.

4.1.3.1. Centros Regionais de Saúde Pública

Como referido no Capítulo 3 – Universo de Produtores de RH, nos centros regionais de saúde pública estão incluídos os laboratórios de saúde pública. Em Portugal Continental existem 17 laboratórios de saúde pública, um por cada SRS, com excepção da SRS Porto, que recorre ao Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge – Delegação do Porto.

Na Tabela V (Apêndice 12) pode ser observada, de forma discriminada, a produção de RH proveniente dos laboratórios de saúde pública, por ARS e SRS, nos anos em estudo. Na Tabela 4.16 é apresentado um resumo dos dados que constam da tabela anterior. Em ambos os casos esta informação teve por base os mapas de

registo recebidos pela DGS e os dados fornecidos pelos operadores de gestão de RH.

Como se constata na Tabela 4.16, a taxa de resposta é bastante baixa, sempre inferior a 30%, com excepção do ano 2005 para os mapas de registo, em que atinge os 53%. Esta mesma observação pode ser realizada na Tabela O (Apêndice 11), uma vez que poucos laboratórios apresentam produções para cada ano em estudo. Além disso, para um mesmo laboratório raramente existem dados provenientes simultaneamente dos mapas de registo e dos operadores de gestão de RH.

É de salientar que alguns laboratórios de saúde pública se encontram localizados em edifícios dos centros de saúde da SRS respectiva, pelo que a sua produção de RH pode estar integrada na produção apresentada pelos centros de saúde.

Tabela 4.16. Produção de RH (resumo) nos laboratórios de saúde pública do SNS, entre 1999 e 2005.

Anos	Produção RH (Mapas de Registo)							Produção RH (Operadores)				
	Resp. (%)	G. I e II		G. III		G. IV		Resp. (%)	G. III		G. IV	
		(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)		(kg)	(l)	(kg)	(l)
1999								17,6	992,9	8340,0	8,1	165,0
2000								17,6	1017,0	7200,0	1283,0	138,0
2001	17,6		1000,0	2173,0	3480,0	178,0	60,0	17,6	1017,0	5040,0	10,0	102,0
2002	17,6	1350,0		2256,0	3600,0	184,0	60,0	29,4		18620,0	15,0	124,0
2003	29,4	2217,0		52422,0	5340,0	3829,0	48,0	23,5		20060,0		105,0
2004	29,4	4700,0		1315,0	9840,0	686,0	33,0	17,6		18060,0		192,0
2005	52,9	7627,1		3067,0	16320,0	730,0	880,0	23,5	349,2	19440,0	10,8	156,0

Fonte: Bases de dados fornecidas pela DGS relativas aos mapas de registo

Relativamente a 1999 e 2000, não foram incluídos os laboratórios de saúde pública no tratamento dos dados dos mapas de registo aquando da elaboração dos “Relatórios de RH”, pelo que não se tem conhecimento se algum destes laboratórios enviou o respectivo mapa de registo à DGS.

Informação pormenorizada, por ARS e SRS, sobre a recolha selectiva de outros tipos de RH realizada nos laboratórios de saúde pública é apresentada na Tabela X (Apêndice 12). A Tabela 4.17 permite visualizar um resumo da informação anterior, embora apenas por ano em estudo. Tal como nos dados relativos à produção dos RH por grupos, também aqui as fontes de informação foram os dados disponibilizados pela DGS baseados nos mapas de registo e os enviados pelos operadores de gestão de RH.

Para ambas as fontes de informação, as taxas de resposta são bastante baixas (Tabela 4.17), não existindo, mesmo para os operadores, quaisquer valores para os anos 1999 e 2000. Em relação aos mapas de registo, a maior percentagem de separação corresponde ao último ano em estudo, 2005, com 35% dos laboratórios a referirem que separam

selectivamente pelo menos um tipo de RH, sendo também neste ano que se regista a maior diversidade de RH separados. Em oposição, no ano 2004 nenhum dos laboratórios que enviou o mapa de registo mencionou que efectuava recolha selectiva.

Tabela 4.17. Produção de outros tipos de RH (resumo) nos laboratórios de saúde pública do SNS, entre 1999 e 2005.

Anos	Produção (Informação dos Mapas de Registo)																
	Resp. (%)	Cartão/Papel (kg) (l)		Vidro (kg) (l)		Películas RX (kg) (l)		Pilhas/Acum. (kg) (l)		Mercúrio (kg) (l)		Metais f/ e ñ f/ (kg) (l)		Plástico (kg) (l)		Outros (kg) (l)	
1999																	
2000																	
2001	5,9	5300,0										5000,0		60,0		11,0	
2002	5,9	5000,0		0,0				10,0		6,0		4500,0		60,0		7,0	
2003	11,8	3020,0						1,0				300,0		60,0		18,0	
2004																	
2005	35,3	2034,0	2000,0	1029,0	3000,0							3000,0		764,0		21,0	

Anos	Produção (informação fornecida pelos operadores de gestão de RH)													R. Líquidos Perigosos (l)		Outros (kg) (l)		
	Resp. (%)	Cartão/Papel (kg) (l)		Vidro (kg) (l)		Películas RX (kg) (l)		Pilhas/Acum. (kg) (l)		Mercúrio (kg) (l)		Metais f/ ñ f/ (kg) (l)		Plástico (kg) (l)		(l)	(kg)	(l)
1999																		
2000																		
2001	11,8																1130,0	
2002	17,6									6,9							2978,2	
2003	5,9																230,0	
2004	5,9																105,0	
2005	5,9																105,0	

Fonte: Bases de dados fornecidas pela DGS relativas aos mapas de registo

Nos operadores de gestão de RH, apenas surgem referidos como recolhidos selectivamente os resíduos líquidos perigosos, correspondendo a 2000 e a 2001 a maior percentagem, tanto de laboratórios que entregaram estes resíduos aos operadores de gestão, como em termos de quantitativos recolhidos, baixando significativamente nos anos seguintes.

4.1.3.2. Centros de Histocompatibilidade

Como se pode consultar no Capítulo 3 – Universo de Produtores de RH, actualmente existem 3 centros de histocompatibilidade em Portugal Continental, um no Porto, inserido no Hospital S. João, outro em Coimbra (ARS Centro) e o terceiro em Lisboa, a funcionar no Hospital Pulido Valente E.P.E.

Pelo facto de dois estarem inseridos em hospitais, as produções dos RH surgem integradas nas produções totais dos respectivos hospitais, pelo que apenas estão disponíveis dados do Centro de Histocompatibilidade do Centro e para o ano de 2005, como se apresenta na Tabela 4.18. É de referir que se registam pequenas diferenças entre os valores apresentados nos mapas de registo e os disponibilizados pelo operador de gestão de RH.

Tabela 4.18. Produção de RH e de outros tipos de RH recolhidos selectivamente nos centros de histocompatibilidade do SNS, em 2005.

2005														
SNS	Produção RH (Mapas de Registo)						Produção RH (Operadores)							
	G. I e II		G. III		G. IV		G. I e II		G. III		G. IV			
	(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)		
C. Histocompatibilidade														
Norte a)														
Centro	1200,0		2054,0		312,0				2155,0		316,0			
Sul b)														
Total	1200,0		2054,0		312,0				2155,0		316,0			

SNS	Recolha selectiva RH (Mapas de Registo)															
	Cartão/Papel		Vidro		Películas RX		Pilhas/Acum.		Mercúrio		Metais f/ ñ f/		Plástico		Outros	
	(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)
C. Histocompatibilidade																
Norte a)																
Centro							5,0									
Sul b)																
Total							5,0									

Notas:

■ Não existe informação disponível. a) Inserido no Hospital de S. João; b) Inserido no Hospital Pulido Valente E.P.E.

Fonte: Bases de dados fornecidas pela DGS relativas aos mapas de registo.

4.1.3.3. Instituto de Genética Médica Dr. Jacinto de Magalhães

Em relação ao Instituto de Genética Médica Dr. Jacinto de Magalhães, única UPCS do SNS que falta referir em termos de produção de RH, apenas se dispõem de dados dos dois últimos anos em estudo, 2004 e 2005, provenientes dos mapas de registo. Na Tabela 4.19 podem ser observados esses valores, sendo de salientar que relativamente ao ano 2004, apenas existem valores do grupo IV, o que parece indicar que nessa altura, todos os RH perigosos eram recolhidos conjuntamente e incinerados.

Tabela 4.19. Produção de RH e de outros tipos de RH recolhidos selectivamente no Instituto de Genética Médica Dr. Jacinto de Magalhães do SNS, em 2004 e 2005.

Inst. Genética Médica Dr. Jacinto de Magalhães														
	Produção RH (Mapas de Registo)													
	G. I e II		G. III		G. IV									
	(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)								
2004 i)					7325,0									
2005	a)		1239,0		3086,0									

SNS	Recolha selectiva RH (Mapas de Registo)															
	Cartão/Papel		Vidro		Películas RX		Pilhas/Acum.		Mercúrio		Metais f/ ñ f/		Plástico		Outros	
	(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)
2004																
2005	a)		a)				a)						a)			138,0*

Notas: i) Em 2004 surge denominado como Instituto de Biologia Molecular e Celular. a) Resíduos não quantificados; * Inclui resíduos líquidos perigosos: revelador e fixador.

Fonte: Bases de dados fornecidas pela DGS relativas aos mapas de registo.

Em termos de recolha selectiva, em 2005 este instituto refere que separa o cartão e papel, o vidro, as pilhas e acumuladores e o plástico, embora não os quantifique. Também afirma que separa outros resíduos, nomeadamente resíduos líquidos perigosos, como 113 I de revelador e fixador.

4.1.3.4. Armazéns de medicamentos das SRS

A informação relativa à produção de RH nos armazéns de medicamentos das SRS (ou armazéns de produtos farmacêuticos) é pouco representativa, como se pode observar na Tabela 4.21. Relativamente à percentagem de respostas, apenas em 2005 são ultrapassados os 15%, tanto nos dados provenientes dos mapas de registo, como nos fornecidos pelos operadores de gestão de RH.

Além disso, é de referir que os operadores de gestão de RH apresentam valores para os RH do grupo III produzidos nestes armazéns de medicamentos, facto que não acontece na informação disponibilizada através dos mapas de registo (Tabela 4.20). A produção de RH do grupo III nestes armazéns levanta bastantes dúvidas, pois não se percebe que RH deste tipo podem ser produzidos num armazém desta natureza.

Tabela 4.20. Produção de RH nos armazéns de medicamentos, entre 1999 e 2005.

Anos	Produção RH (Mapas de Registo)						Produção RH (Operadores)					
	Resp. (%)	G. I e II		G. III		G. IV		Resp. (%)	G. III		G. IV	
		(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)		(kg)	(l)	(kg)	(l)
1999								5,6	1271,1			5,0
2000												
2001	5,6	800,0				78,0		5,6				77,9
2002								11,1	43,5	0,0	49,0	300,0
2003								11,1	43,5	420,0	49,0	0,0
2004	5,6						420,0	5,6		0,0		420,0
2005	16,7	130,0				186,0	300,0	16,7	30,0	0,0	186,0	300,0

Fonte: Bases de dados fornecidas pela DGS relativas aos mapas de registo.

Em relação a outros tipos de RH recolhidos selectivamente (apêndice 10), apenas em 2005 duas SRS do Alentejo, Beja e Évora, assinalaram que recolhiam selectivamente papel e cartão. Beja referiu que não quantificava a recolha efectuada, enquanto em Évora esta recolha correspondeu a 30kg.

4.2. Serviços personalizados do Ministério da Saúde

De acordo com o actual organograma do Ministério da Saúde (MS, 2006), fazem parte dos Serviços Personalizados 6 institutos, com as respectivas delegações, centros ou

direcções regionais. Como mencionado no Capítulo 3 – Universo de Produtores de RH, estes institutos são os seguintes:

- Instituto Nacional de Saúde (INSA), sediado em Lisboa¹⁴ e com uma delegação no Porto;
- Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED);
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM);
- Instituto Português do Sangue (IPS), com 3 centros regionais, em Lisboa, Porto e Coimbra;
- Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), com 5 direcções regionais (Norte, Centro, LVT, Alentejo e Algarve);
- Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), com uma delegação no Porto.

Dos institutos referidos anteriormente, apenas o último, o IGIF, pelas suas funções específicas não produz RH. Desta forma, este instituto não é englobado na Tabela 4.21 onde se apresentam os quantitativos de RH produzidos. Contudo, é de referir que a informação disponível apenas é referente aos anos entre 2001 e 2005 e aos mapas de registo¹⁵.

O INSA é um dos institutos que apresenta mais valores de produção. É de referir que a discriminação dos dados em relação à sede e ao centro de estudos (em Águas de Moura) prende-se com o facto desta informação estar desagregada nos dados disponibilizados pela DGS, mas também às divergências registadas nos dados de ano para ano (Tabela 4.21).

O INFARMED e o INEM apenas em 2005 apresentam mapa de registo, sendo em ambos os casos a produção de RH dos grupos I e II bastante menor que a produção do grupo III e mesmo do grupo IV. No caso do INEM, os quantitativos do grupo IV são bastante mais elevados que os do grupo III.

Para o IPS, nem sempre os três centros regionais enviaram os mapas de registo, facto que se verificou nos últimos dois anos em estudo. Também neste caso, as diferenças de ano para ano são bastante acentuadas, o que se confirma avaliando cada centro regional isoladamente.

Difícil comparação é a efectuada em relação às direcções regionais do IDT, uma vez que os dados relativos a cada ano englobam um diferente número de centros de atendimento a toxicodependentes (ou de centros de tratamento de toxicodependência), como se pode observar na Tabela 4.21.

¹⁴ Engloba o Centro de Estudos de Vectores e Doenças Infecciosas, em Águas de Moura – Palmela.

¹⁵ Embora os operadores de gestão de RH discriminem os seus clientes, como esta apresentação não é ordenada, nem muitas vezes rigorosa em termos de denominação, torna-se difícil, na maior parte das situações, conseguir uma correspondência fiável, pelo que se optou por não apresentar esses valores para os Serviços Personalizados.

Tabela 4.21. Produção de RH nos Serviços Personalizados, entre 2001 e 2005 (dados dos mapas de registo).

Serviços Personalizados	2001						2002						2003					
	G. I e II (kg) (l)		G. III (kg) (l)		G. IV (kg) (l)		G. I e II (kg) (l)		G. III (kg) (l)		G. IV (kg) (l)		G. I e II (kg) (l)		G. III (kg) (l)		G. IV (kg) (l)	
INSA																		
Lisboa							6431		889		11285		7440		2986		12309	
Centro Vectores Doenças Inf.							178600		30		171		87		135		141	
Delegação do Porto	12560		7543		4636		13000		9132		4654		20000		38609		71	
INFARMED																		
INEM																		
IPS																		
Centro Regional Lisboa													343200	31014			8724	
Centro Regional Porto	20000		29673		116													
Centro Regional Coimbra		576000	54680		11009		72800		45889		9851							
IDT																		
Direcção Reg. Norte																		
Direcção Reg. Centro																		
Direcção Reg. LVT			2872*		640*				3500*		2344*				4395 i		2103 i	
Direcção Reg. Alentejo		10000**		5880**		24**			17160***		105***							
Direcção Reg. Algarve																		
Total	32560	586000	94768	5880	16401	24	270831		59440	17160	28305	105	27527	343200	77139		23348	
	2004						2005											
INSA																		
Lisboa	4665		620		14711		7912		2221		19500							
Centro Vectores Doenças Inf.	71		145		133													
Delegação do Porto							2000		8386		6150							
INFARMED							296		866		2538							
INEM									839	7600	3190	198						
IPS																		
Centro Regional Lisboa		453024	46842		2228		514650		54743		2045							
Centro Regional Porto	8404		8304		2932		a)		47490		38							
Centro Regional Coimbra	a)		41673		5135		400		51059		322							
IDT																		
Direcção Regional Norte							15600 ii	39000ii	1300 ii	13000ii	1423 ii	6774ii						
Direcção Regional Centro																		
Direcção Regional LVT	a) i		6131 i		1454 i				8661iii		557iii							
Direcção Regional Alentejo							1350 iv					310 iv						
Direcção Regional Algarve																		
Total	13140	453024	103715		25139		525258	0	165604	7600	33782	198						

Notas:



Não existe informação disponível.

* Engloba 12 CTT (Centro Tratamento Toxicodependência); ** CTT - Beja; *** Engloba 4 CTT; i Engloba 13 CTT ; ii) Engloba Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) Guimarães e CAT Porto; iii) Engloba 13 CAT; iv) Engloba CAT Beja e CAT Évora.

a) Resíduos não quantificados; b) Engloba dados do Porto, Vila Nova de Gaia, Tires/S. Domingos de Rana, Lisboa e Faro.

Fonte: Bases de dados fornecidas pela DGS relativas aos mapas de registo.

Na Tabela Z (Apêndice 13) é apresentada a informação anterior mas por ano, incluindo igualmente os dados dos mapas de registo relativos à recolha selectiva. Como se constata, a separação selectiva aparece pouco referida nos mapas de registo destes serviços personalizados. Entre 2001 e 2003 corresponde essencialmente a papel e cartão e a plástico. Nos dois últimos anos em estudo aumenta nos mapas de registo a diversidade de RH recolhidos selectivamente, bem como os institutos (ou delegações, centros, direcções regionais) que realizam esta prática, sobretudo em 2005.

4.3. Unidades de prestação de cuidados de saúde não dependentes do Ministério da Saúde

Como salientado no Capítulo 3 – Universo de Produtores de RH, actualmente desconhece-se, em Portugal, o universo das UPCS não dependentes do Ministério da Saúde, onde estão incluídas as UPCS privadas. No entanto, e de acordo com a Portaria nº 178/97, de 11 de Março, é obrigatório o preenchimento do mapa de registo por todas as UPCS a seres humanos e a animais, estando assim estas UPCS também englobadas nesta obrigação legal.

No período em estudo, 1999 – 2005, muitas UPCS não dependentes do Ministério da Saúde têm enviado os seus mapas de registo para a DGS. Contudo, apenas existem dados em registo informático referentes a três anos, 2000, 2001 e 2002, e somente para as UPCS privadas, não tendo sido tratada a informação dos restantes anos, relativamente a estas UPCS. De acordo com DGS (2006a), este facto deve-se, em grande medida, à não existência de uma base informática que possibilite a realização, em tempo útil, do tratamento do elevado número de dados que estes tipos de entidades englobam.

Além disso, para os três anos em que existem dados, não foi realizada a subdivisão em categorias, pelo que a informação surge agregada, sendo apenas referido o número total de UPCS privadas que enviaram o respectivo mapa de registo. Desta forma, dentro da mesma categoria encontram-se hospitais privados, clínicas dentárias, clínicas veterinárias, laboratórios, entre muitas outras UPCS, todas com diferentes produções de RH, tanto em termos quantitativos, como qualitativos.

É também de salientar que não são apresentadas produções para estas UPCS em relação aos operadores de gestão de RH, o que se deve ao facto destes fornecerem os dados sem ordenação nem categorização¹⁶, sendo impossível apenas pela respectiva designação tirar conclusões sobre o tipo de UPCS, como referido no capítulo 3.

Na Tabela 4.22 são apresentadas as produções de RH por grupos, por ano e região, em relação a todos os mapas de registo recebidos de UPCS privadas. Como se pode observar, o número de mapas de registo aumenta de ano para ano, sendo o valor de 2002 superior em mais de 2,5 vezes ao número de mapas de registo recebidos em 2000.

Também, nestes três anos a proporção do número de mapas de registo enviados por região manteve-se mais ou menos semelhante, apesar de em 2000 a maior percentagem corresponder à região Lisboa e Vale do Tejo (40%) e nos restantes anos à região Norte (respectivamente com 50% e 43%).

¹⁶ Como referido anteriormente, os dados da Ambimed para 2005 constituem a excepção, sendo os únicos subdivididos em grupos/categorias.

Tabela 4.22. Produção de RH nas UPCS privadas, entre 2000 e 2002, por região.

UPCS Privadas								
2000								
Região	Resp.		Produção RH (Mapas de Registo)					
	(nº)	(%)	G. I e II		G. III		G. IV	
			(kg)	(%)	(kg)	(%)	(kg)	(%)
Norte	288	36,7	2676879,0	56,6	2005766,0	42,4	44784,0	0,9
Centro	143	18,2	994910,0	82,0	208086,0	17,1	10810,0	0,9
LVT	315	40,2	15577843,0	95,0	736078,0	4,5	84141,0	0,5
Alentejo	22	2,8	459815,0	92,2	38524,0	7,7	289,0	0,1
Algarve	16	2,0	486833,0	94,4	28158,0	5,5	530,0	0,1
Total	784	100,0	20196280,0	86,5	3016612,0	12,9	140554,0	0,6
2001								
Norte	685	48,9	2407615,0	64,0	1194685,0	31,8	160423,0	4,3
Centro	198	14,1	804394,0	93,0	56969,0	6,6	3338,0	0,4
LVT	445	31,8	6255074,0	94,3	359053,0	5,4	20235,0	0,3
Alentejo	31	2,2	305011,0	92,5	24042,0	7,3	793,0	0,2
Algarve	42	3,0	88698,0	86,0	13017,0	12,6	1381,0	1,3
Total	1401	100,0	9860792,0	84,3	1647766,0	14,1	186170,0	1,6
2002								
Norte	866	43,2	1419490,0	20,6	4997308,0	72,6	467099,0	6,8
Centro	299	14,9	808320,0	88,8	92022,0	10,1	10091,0	1,1
LVT	697	34,8	10106023,0	94,2	589072,0	5,5	36217,0	0,3
Alentejo	72	3,6	644617,0	94,3	36900,0	5,4	2049,0	0,3
Algarve	71	3,5	464519,0	92,8	33158,0	6,6	2816,0	0,6
Total	2005	100,0	13442969,0	68,2	5748460,0	29,2	518272,0	2,6

Fonte: Bases de dados fornecidas pela DGS relativas aos mapas de registo.

A Figura 4.25 permite visualizar, de forma bastante perceptível, as produções totais de RH por grupos, para cada ano em que existem dados tratados.

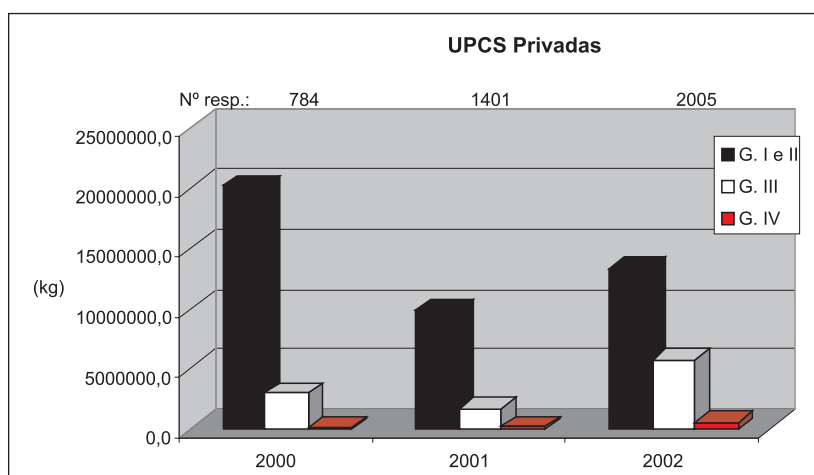


Figura 4.25. Produção de RH por grupos nas UPCS privadas, entre 2000 e 2002, e número de mapas de registo recebidos (nº de respostas).

Como se pode observar, as quantidades de cada grupo de RH não estão directamente relacionadas com o número de mapas de registo recebidos em cada ano (menos em 2000 e bastante mais em 2002). Este facto não significa que existam erros nos valores

apresentados, até porque se desconhece a tipologia das UPCS que enviaram mapas de registo em cada ano, nada se podendo afirmar em relação às respectivas produções de RH.

Contudo, deve-se salientar que na região Norte os RH do grupo III surgem sempre com percentagens bastante elevadas em relação aos restantes grupos de RH, como se pode constatar na Tabela 4.22 e Figura 4.26, facto que surge bastante acentuado para o ano de 2002 (72% de RH do grupo III). Estes resultados poderão ser indicativos de problemas na triagem dos RH, apesar de, como referido, se desconhecer a tipologia das UPCS em foco.

A Figura 4.26 permite igualmente visualizar as diferenças relativamente à quantificação dos RH dos grupos I e II, entre regiões e de ano para ano. Tal como se verificava para as UPCS estudadas anteriormente, também neste caso deverão existir imprecisões na quantificação destes grupos de resíduos.

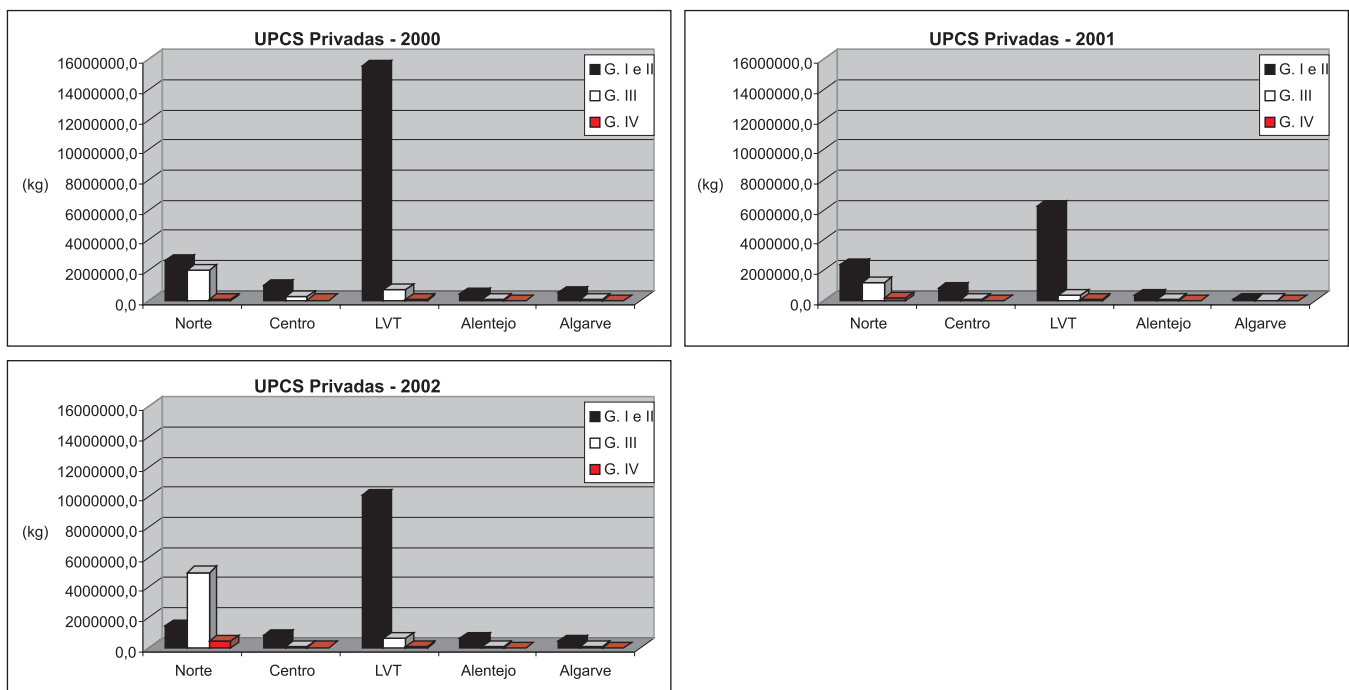


Figura 4.26. Produção de RH por grupos e por ARS nas UPCS privadas, entre 2000 e 2002 (dados dos mapas de registo).

Os RH recolhidos selectivamente pelas UPCS privadas e declarados nos mapas de registo são apresentados na Tabela 4.23. Verifica-se, entre 2000 e 2002, um aumento, tanto da diversidade de resíduos recolhidos selectivamente, como das respectivas quantidades.

Contudo, é de salientar que a taxa de resposta apresentada nesta tabela apenas é relativa ao preenchimento dos mapas de registo na globalidade (é a mesma que

a apresentada na Tabela 4.22), não sendo referente ao facto se é ou não realizada recolha selectiva nas UPCS privadas. Assim, e tendo em consideração o que se verifica para as restantes UPCS analisadas, a taxa de resposta em relação à recolha selectiva deverá ser bastante mais baixa que a apresentada, ou seja, a referente à produção de RH.

Tabela 4.23. Produção de outros tipos de RH recolhidos selectivamente nas UPCS privadas, entre 2000 e 2002.

UPCS Privadas																		
2000																		
Região	Resp.		Cartão/Papel		Vidro		Películas RX		Pilhas/Acum.		Mercúrio		Metais f/ ñ f/		Plástico		Outros	
	(nº)	(%)	(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)	(kg)	(l)
Norte	288	36,7	70905		39830		1042		12475		2		31401		2234		526	526
Centro	143	18,2	16217		3248		876		133		1		32211		709		6	6
LVT	315	40,2	1859382		96772		2941		250		1		12055		1062		19800	19800
Alentejo	22	2,8	680															
Algarve	16	2,0	2435		100													
Total	784	100,0	1949619		139950		4859		12858		4		75667		4005		20332	20332
2001																		
Norte	685	48,9	150456	74490	26317	843	4909	112	861	5181	22	5	1176	1000	18583	3272	2206	194
Centro	198	14,1	23877	9860	5397	610	1278	3905	230		6	2	23		2663	640	5599	20
LVT	445	31,8	364989	509415	29387	38800	1283		328	1700	4	8	22822	15000	3244		20049	2800
Alentejo	31	2,2	11017	700	1305		81		11				1					
Algarve	42	3,0	3089	3010	75		30		4		4		4					
Total	1401	100,0	553428	597475	62481	40253	7581	4017	1434	6881	36	15	24026	16000	24490	3912	27854	3014
2002																		
Norte	866	43,2	94262	79757	46646	1495	1141	1188	345	86	92	4	28291	1	4364	1301	122	10
Centro	299	14,9	29547	16400	7309	2065	130	3900	37		2	2	20	1	6563	6	1499	
LVT	697	34,8	154974	291236	16418	6320	3013	1	546	11	6	13	1693		1117	1000	13509	376500
Alentejo	72	3,6	3247		303		83		5				2001		2			
Algarve	71	3,5	4030	3100	221		20		9		2		6					
Total	2005	100,0	286060	390493	70897	9880	4387	5089	942	97	102	19	32011	2	12046	2307	15130	376510

Fonte: Bases de dados fornecidas pela DGS relativas aos mapas de registo.

4.4. Unidades de prestação de cuidados de saúde a animais

Nos “Relatórios de RH”, apenas em 1999 são referidas as UPCS a animais e investigação relacionada. Nesse relatório (DGS, 2000), é mesmo salientado que se trata do primeiro ano em que existe informação referente a estas UPCS, embora se tenha conhecimento de algumas lacunas verificadas na adaptação para este sector do preenchimento dos mapas de registo. É igualmente referido que para a obtenção destes dados foi solicitada a colaboração da Direcção-Geral de Veterinária.

Na Tabela 4.24 apresenta-se a informação obtida relativamente à produção de RH nas UPCS a animais. Estes dados são apenas relativos a 11 distritos do Continente, não estando incluídos todos os concelhos de cada distrito e não sendo alguns destes dados relativos aos quatro grupos de RH (DGS, 2000).

Contudo, é de salientar que estes são os únicos dados disponíveis para este sector, no período em estudo. Como anteriormente referido, apesar de na informação disponibilizada pelos operadores de gestão de RH também surgirem UPCS a animais, como esta normalmente não está agrupada em categorias¹⁷, não é possível, com rigor, conhecer nem o seu número nem a respectiva produção de RH.

Tabela 4.24. Produção de RH nas UPCS a animais, em 1999, por região (DGV *fide* DGS, 2000).

1999				
Região	Distrito	Produção (Mapas de Registo)		
		G. I e II (kg)	G. III (kg)	G. IV (kg)
Norte	Braga			
	Bragança			
	Porto			
	V. Castelo	142,0	39,0	25,0
	Vila Real			55,0
	Total	142,0	39,0	80,0
Centro	Aveiro	3,0	1,0	1,0
	C. Branco			
	Coimbra	180,0		20,0
	Guarda	2,0		3,0
	Leiria		40,0	40,0
	Viseu	120,0	22,0	8,0
	Total	305,0	63,0	72,0
LVT	Lisboa		5000,0	
	Santarém	8,0	481,0	1,0
	Setúbal			
	Total	8,0	5481,0	1,0
Alentejo	Beja			5,4
	Évora			
	Portalegre	300,0		
	Total	300,0	0,0	5,4
Algarve	Faro			
	Total			
Total		755,0	5583,0	158,4

¹⁷ Para 2005 a Ambimed apresenta esta informação por categorias, sendo uma delas referente aos veterinários. Contudo, por ser o único operador com dados específicos e relativos apenas a um ano, optou-se por não apresentar esta informação.

5. Operadores de Gestão de Resíduos Hospitalares

No período em estudo (1999 – 2005), existem em Portugal Continental quatro operadores de gestão de RH: a Ambimed – Gestão Ambiental, Lda, a Cannon Hygiene Portugal, Lda, o SUCH - Serviço de Utilização Comum dos Hospitais e a Tratospital – Tratamento de Resíduos Hospitalares, Lda.

De acordo com o ponto 1, do artigo 12º, da Portaria nº 174/97, de 10 de Março, “as entidades responsáveis pelo funcionamento de unidades ou equipamentos devem elaborar um inventário anual relativo a todos os resíduos recebidos e produzidos, após o respectivo tratamento”.

O ponto 3 do citado artigo refere ainda que “o inventário deve ser remetido à DGS e ao INR até 15 de Fevereiro do ano imediato àquele a que se reporta”. Na Tabela 5.1 são apresentadas as datas de registo de entrada na DGS dos inventários anuais, desde 1999 a 2005, enviados pelos operadores de gestão de RH.

Tabela 5.1 Informação relativa aos inventários anuais remetidos à DGS pelos operadores de gestão de RH.

Inventário	Operadores de Gestão de RH			
	Ambimed	Cannon Hygiene	SUCH	Tratospital
1999	25 Fevereiro 2000	14 Fevereiro 2000	16 Fevereiro 2000	23 Fevereiro 2000
2000	21 Fevereiro 2001	18 Janeiro 2001	15 Fevereiro 2001	15 Fevereiro 2001(1)
2001	13 Março 2002	5 Fevereiro 2002	19 Fevereiro 2002	15 Fevereiro 2002(1)
2002	24 Fevereiro 2003	28 Fevereiro 2003	5 Março 2003 (DRS) 19 Fevereiro 2003 (DRN)	21 Janeiro 2003
2003	20 Abril 2004	9 Março 2004	16 Março 2004	23 Fevereiro 2004
2004	28 Abril 2005	16 Fevereiro 2005	28 Março 2005	13 Abril 2005
2005	23 Março 2006	7 Abril 2006	15 Março 2006	7 Abril 2006

Fonte: Inventário anual dos RH remetido à DGS (1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 e 2005) pelos operadores de gestão de RH.

(1) Sem registo de entrada na DGS. A data assinalada refere-se à elaboração do documento pelo respectivo operador de gestão de RH.

Constata-se que todos os operadores de gestão de RH entregaram o inventário anual relativo aos RH recebidos e produzidos após o respectivo tratamento, mas na maioria das vezes fora do prazo estabelecido pela portaria.

O operador de gestão Ambimed, entre 1999 e 2005, nunca entregou o inventário anual dentro do prazo. Este operador de gestão, em documento enviado à DGS em Março de 2005, sugere que “o prazo do inventário anual dos operadores seja alargado no tempo, quer por questões de logística quer de serviço e de aspectos de apoio administrativo”.

O operador de gestão Cannon Hygiene, no mesmo período entregou o inventário anual dentro do prazo estipulado, três vezes em sete anos.

O operador de gestão SUCH, cumpre o prazo de entrega do inventário anual apenas uma vez no período entre 1999 e 2005. Na maioria das vezes, a entrega ocorre durante o mês de Março do ano imediato àquele a que se reporta o inventário.

O operador de gestão Tratospital, remete o inventário à DGS, dentro do prazo, três vezes em sete anos, se considerarmos as datas de elaboração dos inventários relativos aos anos 2000 e 2001, pelo próprio operador, dado não constar dos arquivos da DGS os documentos de recepção das entregas dos inventários desses anos.

Da análise da Tabela 5.1 verifica-se que 35% dos inventários anuais são entregues pelos operadores de gestão entre 16-28 de Fevereiro, 24% durante o mês de Março e 17% no mês de Abril. A entrega dos inventários anuais foi realizada dentro do prazo em 24% das situações.

No ano 2005, nenhum operador de gestão remeteu o inventário à DGS durante o mês de Fevereiro.

5.1. Ambimed

Constituída em 1996, a Ambimed – Gestão Ambiental, Lda encontra-se situada no Quimiparque do Barreiro e é proprietária da Unidade de Tratamento por Autoclavagem de Resíduos Hospitalares Perigosos.

Foi autorizada a laborar a título experimental, por despacho do Sr. Director-Geral da Saúde, de 26 de Julho de 1996. Ao abrigo da Portaria nº 174/97, de 11 de Março, obteve o licenciamento em 20 de Julho de 1998, por despacho do Sr. Director-Geral da Saúde.

Está autorizada a realizar operações de gestão de RH – recolha, incluindo a triagem, transporte, armazenagem, destino final dos RH do grupo III após tratamento por autoclavagem e destino dos RH do grupo IV.

Em 2004, foi inaugurada a Unidade de Tratamento de Resíduos Hospitalares de Beja, localizada no parque do aterro intermunicipal da Associação de Municípios Alentejanos para a Gestão do Ambiente – AMALGA. Esta unidade encontra-se licenciada desde 21 de Dezembro de 2004, por despacho do Sr. Director-Geral da Saúde.

A Ambimed possui ainda uma estação de transferência localizada no Quimiparque de Estarreja, destinada ao armazenamento temporário dos resíduos recolhidos, licenciada por despacho do Sr. Director-Geral da Saúde, de 2 de Julho de 2003.

Os RH do grupo III são tratados por autoclavagem, triturados e compactados num contentor/compactador, no qual é efectuado o transporte, desses resíduos equiparados a urbanos. Estes resíduos até 2002 iam para o aterro sanitário da AMARSUL, sendo encominhados após aquela data para o aterro sanitário de resíduos industriais banais – CITRI (Centro Integrado de Tratamento de Resíduos Industriais, em Setúbal) .

Os resíduos do grupo IV são tratados por incineração no SUCH, ou enviados através de movimentos transfronteiriços de resíduos.

Dos inventários anuais enviados à DGS no período em estudo (1999 - 2005), este operador de gestão reporta as quantidades dos RH (grupo III e grupo IV) recebidos em quilogramas, a origem, o tipo e os modos de tratamento. O destino final apenas é referido para os RH do grupo III (Tabela 5.2). Para os RH do grupo IV declarados apenas é mencionado o encaminhamento (Tabela 5.2).

A origem dos RH é predominantemente proveniente das UPCS (públicas e privadas), constatando-se que os valores das produções dos hospitais públicos, são na sua maioria, em quilogramas e os valores dos centros de saúde e privados são fornecidos em litros. Exceptuam-se os centros de saúde da SRS Beja (1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 e 2005), da SRS Viana do Castelo (1999, 2000, 2001), da SRS Braga (1999, 2000, 2001), da SRS Santarém (2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005) e da SRS Lisboa e Vale do Tejo (2004, 2005).

As quantidades declaradas por grupo de RH são apresentadas por produtor, agrupadas em hospitais (públicos e privados), em centros de saúde (SRS) e outros produtores (clínicas, consultórios, Santa Casa da Misericórdia, Guarda Nacional Republicana, câmaras municipais, farmácias, entre outros).

No inventário respeitante ao ano 2003 (Tabela 5.2), constata-se um erro nas quantidades declaradas dos grupos III e IV, relativas às SRS Braga, Santarém, Faro, Beja e Évora. Neste ano são repetidas as quantidades declaradas e enviadas no inventário de 2002, respeitantes às referidas SRS.

Dada a abertura em 2004, da unidade de tratamento de RH instalada em Beja, os RH do grupo III tratados nessa unidade passaram a ser encaminhados para o aterro intermunicipal AMALGA (Tabela 5.2).

Este operador de gestão apenas fornece quantidades de resíduos líquidos perigosos, recebidos dos produtores, no inventário do ano 2005.

É de salientar que todos os inventários enviados à DGS pela Ambimed permitem uma leitura e interpretação claras e objectivas, sem margem para dúvidas ou outros entendimentos. Além disso, na pesquisa realizada aos inventários arquivados na DGS, constata-se uniformidade na designação dos inventários remetidos por este operador, desde 1999 a 2005.

Tabela 5.2. Informação relativa aos inventários anuais da Ambimed (DGS, 2007a).

Anos	Operador de Gestão de RH - AMBIMED			
	Quantidades		Tratamento	Encaminhamento/ Destino Final
	G III (Kg)	G IV (Kg)		
1999	3778900	29805 194390	Autoclavagem, Trituração e Compactação Incineração (SUCH)	Aterro Sanitário AMARSUL Movimentos Transfronteiriços
2000	5497520	38019 282089	Autoclavagem, Trituração e Compactação Incineração (SUCH)	Aterro Sanitário AMARSUL Movimentos Transfronteiriços
2001	6592140	93826 269118	Autoclavagem, Trituração e Compactação Incineração (SUCH)	Aterro Sanitário AMARSUL Movimentos Transfronteiriços
2002	6994760	154962 322640	Autoclavagem, Trituração e Compactação Incineração (SUCH)	Aterro Sanitário AMARSUL e CITRI Movimentos Transfronteiriços
2003	7521100	54657 475059	Autoclavagem, Trituração e Compactação Incineração (SUCH)	Aterro Sanitário CITRI Movimentos Transfronteiriços
2004	6512860 1768360	559100	Autoclavagem, Trituração e Compactação Autoclavagem Trituração e Compactação	Aterro Sanitário CITRI Aterro Sanitário AMALGA Movimentos Transfronteiriços
2005	6368600 2754500	657364	Autoclavagem, Trituração e Compactação Autoclavagem Trituração e Compactação	Aterro Sanitário CITRI Aterro Sanitário AMALGA Movimentos Transfronteiriços

5.2. Cannon Hygiene

A Cannon Hygiene Portugal – Sociedade Produtora de Serviços de Higiene e Limpeza, Lda, está autorizada a realizar o tratamento com germicida dos RH do grupo III e o armazenamento temporário de alguns tipos de RH do grupo IV (fármacos rejeitados, objectos cortantes e perfurantes e resíduos químicos).

Possui seis centros de serviço localizados: em Portimão (licenciamento emitido por despacho do Sr. Director-Geral da Saúde de 13/07/1999), em Lisboa (licenciamento obtido por despacho de 15/07/1999), em Porto (licenciamento por despacho de 16/08/1999), em Batalha (licenciamento por despacho de 6/12/2001), em Castelo Branco (licenciamento por despacho de 12/12/2002) e em Setúbal (licenciamento por despacho de 30/12/2005) (DGS, 2007a).

O inventário de RH enviado por este operador à DGS, é apresentado quase sempre, fazendo referência à origem dos resíduos, tipo, modo de tratamento, quantidades recebidas, quantidades e destino dos RH produzidos.

Entre 1999-2002, os inventários designam cinco centros de serviço (Lisboa, Porto, Castelo Branco, Leiria e Portimão) e a partir de 2003 é incluído o Centro de Serviço de Setúbal (Tabela 5.3).

As quantidades por centro de serviço são referidas no período entre 1999-2003, sendo omitidas nos inventários dos anos 2004 e 2005 (Tabela 5.3 e Tabela 5.4). As quantidades declaradas são expressas em toneladas com excepção do ano 2003, expressas em Mg. Por razões de ordem prática foram transformadas em quilogramas.

No inventário de 1999, este operador de gestão corrige (através de fax enviado em 9 de Agosto 2000) a quantidade declarada de “resíduos urbanos resultantes do tratamento dos do grupo III”, de 152.080Kg para 132.580Kg.

Também neste inventário não refere o destino final dos RH do grupo III por centro de serviço (Tabela 5.3). Cita apenas que “foram recolhidos pelos serviços de recolha locais nos municípios onde se localizam os centros de serviço, ... tendo sido consequentemente depositados nos aterros sanitários locais”.

Para os RH do grupo IV é mencionado o encaminhamento para o SUCH e o modo de tratamento (incineração). O destino final dos resíduos produzidos após o respectivo tratamento, é desconhecido.

Em 2000, o inventário enviado é complementado com um documento recepcionado na DGS em 13 Fevereiro 2001, de modo a dar resposta ao item destino dos resíduos produzidos contemplado na Portaria nº 174/97, de 10 de Março

No inventário de RH referente ao ano 2003 (Tabela 5.3 e Tabela 5.4), o operador Cannon Hygiene declara 70.000Kg de “resíduos para incineração” encaminhados para o SUCH, que incluem 56.000Kg de RH do “grupo IV de incineração obrigatória”, 12.000Kg de “seringas de toxicod dependentes (campanha de troca de farmácias)” e 2.000Kg de resíduos do grupo III” encaminhados para incineração.

O centro de serviço de Setúbal é introduzido no inventário deste ano, declarando quantidades para os grupos III e IV.

Tabela 5.3. Informação relativa aos inventários anuais da Cannon Hygiene (DGS, 2007a).

Anos	Declaração enviada à DGS						Declaração parcelar por Centro de Saúde					
	Operador de Gestão de RH - CANNON HYGIENE						Centro de Serviço de Lisboa		Centro de Serviço de Setúbal			
	Grupo III (Kg)	Tratamento	Encaminhamento/ Destino Final	Grupo IV (Kg)	Tratamento	Encaminhamento/ Destino Final	Grupo III (Kg)	Encaminhamento/ Destino Final	Grupo IV (Kg)			
1999	132580	Desinfecção química nas instalações do produtor ¹	Serviços de recolha local nos municípios onde se localizam os Centros de Serviço/Aterros sanitários locais	58765	Incineração	SUCH	79246	IPODEC/ Aterro Sanitário Trajouce	36966			
2000	72689	Desinfecção química nas instalações do produtor ¹	Serviços de recolha local nos municípios onde se localizam os Centros de Serviço	63518	Incineração	SUCH	47117	IPODEC/ Aterro Sanitário Trajouce	39327			
2001	119653	Desinfecção química nas instalações do produtor ¹	Serviços de recolha local nos municípios onde se localizam os Centros de Serviço/Aterros sanitários locais	66824	Incineração	SUCH	79959	IPODEC/ Aterro Sanitário	41306			
2002	83700	Desinfecção química ¹	Serviços de recolha local nos municípios onde se localizam os Centros de Serviço/Aterros sanitários locais	68000	Incineração	SUCH	53100	IPODEC/ Aterro Sanitário Trajouce	42800			
2003	89000. 2000	Desinfecção química ¹ Incineração (SUCH)	Sistemas de Resíduos Urbanos das áreas onde se localizam os Centros de Serviço	68000	Incineração	SUCH	50000	IPODEC	26100 177 2)	8000	IPODEC	8800
2004	88000	Desinfecção química	Infra-estruturas dos sistemas multimunicipais e operadores de gestão de resíduos não perigosos	90000	Incineração	SUCH e Bélgica		IPODEC			IPODEC	
2005	95000	Desinfecção química	Eliminação como resíduos urbanos, após tratamento	74000	Incineração	SUCH e Índaver (Bélgica)		IPODEC			IPODEC	

Notas: ¹Compactação nos centros de serviço; ² Encaminhamento - Quimitecnica

Tabela 5.4. Informação relativa aos inventários anuais da Cannon Hygiene (continuação) (DGS, 2007a).

Operador de Gestão de RH - CANNON HYGIENE															
Declaração parcelar por Centro de Serviço															
Anos	Centro de Serviço de Porto				Centro de Serviço de Castelo Branco				Centro de Serviço de Leiria				Centro de Serviço de Portimão		
	Grupo III (Kg)	Encaminhamento/ Destino Final	Grupo IV (Kg)	Destino Final	Grupo III (Kg)	Encaminhamento/ Destino Final	Grupo IV (Kg)	Destino Final	Grupo III (Kg)	Encaminhamento/ Destino Final	Grupo IV (Kg)	Destino Final	Grupo III (Kg)	Encaminhamento/ Destino Final	
1999	33258		10875		4266		2299		8490		3000		7320		5.625
2000	15787	Aterro Sanitário Lipor	12532		2823	Aterro Sanitário Ass. Mun. Raia/Pinhal	3603		4775	Aterro Sanitário Valorlis	4041		2187	Aterro Sanitário Portimão	4015
2001	24981	Aterro Sanitário Lipor	12500		3872	Aterro Sanitário Ass. Mun. Raia/Pinhal	4135		6167	Aterro Sanitário Valorlis	4668		4674	Aterro Sanitário de Algar	4215
2002	16700	Aterro Sanitário Lipor	12900		3800	Aterro Sanitário Ass. Mun. Raia/Pinhal	5100		7300	Aterro Sanitário Valorlis	4500		2700	Aterro Sanitário de Algar	2600
2003	16000	Câmara Municipal Gondomar	9400		4000	Câmara Municipal de Castelo Branco	4100		8000	Câmara Municipal da Batalha	4800		6000	Câmara Municipal de Lagoa	2000
2004		Câmara Municipal Gondomar				Câmara Municipal de Castelo Branco				Câmara Municipal da Batalha				Câmara Municipal de Lagoa	
2005		Câmara Municipal Gondomar				Câmara Municipal de Castelo Branco				Câmara Municipal da Batalha				Câmara Municipal de Lagoa	

Neste inventário são reportados 1.900Kg de “líquidos radiológicos recolhidos, encaminhados para reciclagem e tratamento, na instalação da empresa Ágoa”, no entanto, em quadro ainda respeitante ao inventário são referidos 3.600Kg de “líquidos radiológicos”, sem qualquer nota explicativa da diferença constatada.

Em 2004, o inventário remetido por este operador apresenta as quantidades dos resíduos recolhidos por classificação e código LER, fazendo a respectiva associação com o Despacho nº 242/96 e atribuindo 88.000Kg para os resíduos do grupo III e 76000Kg para os resíduos do grupo IV.

Constata-se também que relativamente aos resíduos recolhidos, nesse ano, as quantidades declaradas de RH do grupo III (88.000Kg) não correspondem às quantidades de resíduos encaminhados para eliminação como resíduo urbano, após tratamento (89.000Kg). Situação idêntica é verificada para os RH do grupo IV. O operador declara ter recolhido 76.000kg e encaminha para eliminação 90.000Kg. Por solicitação da DGS esta declaração é corrigida pelo operador, complementando a informação constante do inventário enviado, declarando 90.000Kg de RH do grupo IV assim distribuídos: 46.000Kg para incineração no SUCH, 2.5000Kg para incineração na Bélgica, via SUCH e 19.000Kg encaminhados directamente para incineração na Bélgica.

O inventário de RH do ano 2005 (Tabela 5.3 e Tabela 5.4), enferma pelos mesmos aspectos, ou seja, não são fornecidas quantidades por grupo de resíduos e por centro de serviço e as quantidades totais, dos RH recolhidos do grupo III, atingem 97.000Kg, tendo sido encaminhados para eliminação como resíduo urbano, após tratamento, 95.000Kg. Supõe-se que os 2.000Kg de diferença, terão sido adicionados à quantidade de resíduos do grupo IV recolhidos no mesmo período, de modo a justificar a quantidade encaminhada para eliminação (74.000Kg). No entanto não é fornecida informação detalhada sobre estes factos.

Em todos os anos dos inventários em apreciação (1999 - 2005), esta empresa não apresenta lista de produtores, no entanto faz referência (em 2004 e 2005) à origem dos RH recolhidos e encaminhados para eliminação, como provenientes da prestação de cuidados de saúde a seres humanos e a animais.

Na Tabela 5.3 e Tabela 5.4, por questões atribuídas a espaço, não foi contemplada a coluna encaminhamento/destino final dos RH do grupo IV por centro de serviço por não existirem dados.

5.3. SUCH

O SUCH em 30 de Outubro de 1996, assinou um protocolo com o Conselho de Administração do Hospital Júlio de Matos, para exploração e manutenção da central de incineração do respectivo hospital, localizada no Parque da Saúde, em Lisboa.

O SUCH, na altura propôs incinerar diariamente os RH, no entanto e dadas as características do incinerador instalado, os citostáticos foram excluídos dos resíduos a incinerar (DGS, 2007b).

Em 24 de Julho de 1997, é assinada entre as partes (Hospital Júlio de Matos e SUCH) uma adenda de algumas cláusulas de um protocolo celebrado em 3 de Maio de 1994, onde o Hospital Júlio de Matos cedeu ao SUCH a utilização parcial do imóvel designado por Pavilhão 33 – A e foi estabelecido a recíproca prestação de serviços entre as partes contratantes. No âmbito deste protocolo, o SUCH “instalará, por sua conta e risco, equipamento novo destinado à incineração de RH”.

De acordo com os arquivos da DGS (DGS, 2007b), foi solicitado à mesma o licenciamento da central de incineração do SUCH, sita no Parque da Saúde, em 27 de Novembro de 1997, por ofício do Hospital Júlio de Matos. A DGS, por ofício datado de 27 de Fevereiro de 1998, comunica ao SUCH a necessidade de realização de Estudo de Impacte Ambiental (EIA).

Em 2002, no âmbito do Programa Operacional Saúde XXI, medida 1.1 (Informação, Promoção e Defesa da Saúde Pública) é proposto pelo SUCH o projecto de “requalificação ambiental da unidade de incineração de RH do Hospital Júlio de Matos – 1ª fase” (DGS, 2007b).

Este projecto foi homologado e a requalificação decorreu no período entre 15 de Julho e 2 de Dezembro de 2003. Foi efectuada a substituição da câmara de combustão, que passou a funcionar em contínuo (24h/dia), a substituição do combustível auxiliar de gás propano para gás natural e aumentada à capacidade do processo de incineração (DGS, 2007b).

Em 29 de Setembro de 2004, deu entrada no Instituto do Ambiente a Proposta de Definição de âmbito do Estudo de Impacte Ambiental (EIA) para Requalificação da Central de Incineração de RH do Parque de Saúde, de Lisboa. Em Outubro do mesmo ano foi dado o parecer da Comissão de Avaliação, relativo à referida proposta (DGS, 2007b).

A Proposta de Definição de Âmbito tem por objectivo facilitar o adequado planeamento do EIA. Cabe ao SUCH a realização do EIA, sendo a DGS a entidade licenciadora e o Instituto do Ambiente a autoridade de Avaliação de Impacte Ambiental. Este último instituto tem igualmente a responsabilidade de nomear a Comissão de Avaliação que realiza a apreciação técnica do EIA. A emissão de parecer final e a proposta de Declaração de Impacte Ambiental - DIA (favorável, condicionalmente favorável ou desfavorável) é da competência do Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente (DGS, 2007b).

A última versão da EIA foi entregue em Setembro de 2005, tendo a consulta pública decorrido entre 21 de Outubro e 16 de Dezembro.

Em Março de 2006, foi emitida, pelo Sr. Secretário de Estado do Ambiente, a DIA favorável ao “Projecto de Requalificação da Central de Incineração de RH”, mas condicionada à implementação de imediato, dos condicionantes e medidas de minimização e programas de monitorização constantes do respectivo anexo e à criação de uma Comissão de Acompanhamento da Exploração da Central de Incineração do SUCH (DGS, 2007b).

Em 22 de Junho de 2006 devido a um incidente (explosão) ocorrido no sistema de resíduos da primeira câmara de combustão da central de incineração, que motivou o encerramento da instalação e consequente exportação dos RH do grupo IV, por inoperacionalidade do equipamento, levou ao adiamento dos elementos solicitados pela DIA (DGS, 2007b).

Em 29/09/2006, o SUCH remeteu estes elementos para a DGS solicitando o pedido de licenciamento do projecto denominado “projecto final de requalificação da central de incineração de RH perigosos do Parque de Saúde de Lisboa, o qual já contempla os aspectos focados na DIA”, actualizando deste modo a versão anterior (DGS, 2007b).

O incinerador voltou a funcionar em 7 de Novembro de 2006, tendo a Comissão de Acompanhamento retomado a sua actividade em 13 de Dezembro, cujos trabalhos tinham sido suspensos durante a paragem da central de incineração (de 22/6 a 6/11) (DGS, 2007).

Relativamente aos elementos entregues pelo SUCH, a DGS solicitou a emissão de parecer ao INR, ao Instituto para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho e ao Centro Regional de Saúde Pública de Lisboa e Vale do Tejo, tendo o parecer final sido favorável, embora condicionado ao cumprimento de um conjunto de condições. Em 29 de Dezembro de 2006, foi efectuada uma visita técnica às instalações da central de incineração, onde foram detectados aspectos técnicos a corrigir (DGS, 2007).

Na sequência dos pareceres e da visita técnica, a DGS em 12 de Janeiro de 2007 elaborou um conjunto de condições para serem cumpridas num prazo de 120 dias úteis, salientando que a central de incineração pode laborar durante o referido prazo, findo o qual o SUCH deverá solicitar vistoria para verificar conformidade em relação às condições mencionadas (DGS, 2007).

O SUCH possui ainda uma estação de transferência de RH, localizada em Pombal, destinada ao armazenamento temporário dos RH recolhidos, licenciada por despacho de 27 de Dezembro de 2006, do Sr. Director-Geral da Saúde.

Esta entidade explora igualmente uma unidade de tratamento de RH do grupo III por autoclavagem, instalada no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, licenciada por despacho de 31 de Janeiro de 2007, do Sr. Director-Geral da Saúde.

Quanto ao inventário anual dos RH, o SUCH remete à DGS o inventário resultante das operações de gestão de RH realizadas pelas três Direcções Regionais: Norte

(SUCH-DRN), Centro (SUCH-DRC) e Sul (SUCH-DRS), contemplando a origem dos RH, o tipo, as quantidades em quilogramas, o modo de tratamento e por vezes, o destino final.

Nos inventários referentes a 1999, 2000 e 2001 (Tabela 5.5) são reportados apenas quantidades de RH “processados nas unidades de tratamento exploradas pelo SUCH”, razão pela qual estão colocadas nas colunas respeitantes ao grupo IV. Em 1999, o SUCH-DRN não fornece valores para as cinzas volantes. O SUCH-DRC, em 2000, apenas reporta os valores dos RH recolhidos, sem fazer referência ao tratamento e aos RH produzidos após tratamento, não indicando também as quantidades produzidas de escórias e cinzas volantes.

Os “RH do grupo III excedentários” são referidos nos inventários de 1999 - 2000 (SUCH-DRN) e de 2000-2001 (SUCH-DRS), como sendo preferencialmente submetidos ao processo de autoclavagem nas instalações da Tratospital, sem contudo fornecer as respectivas quantidades.

Nos inventários apresentados entre 2002 e 2005 (Tabela 5.5) o operador SUCH começa a fornecer valores separados para os RH do grupo III e do grupo IV. Os RH do grupo III recolhidos e declarados por este operador são tratados por autoclavagem na empresa Tratospital.

Em 2001, para os RH tratados por incineração na unidade de tratamento do Hospital de S. João, apenas são reportadas quantidades recolhidas nos meses de Janeiro, Fevereiro e Março.

Pelos arquivos consultados (DGS, 2006) constatou-se que o SUCH em 2002 encaminhou 35.527Kg de RH do grupo III para o operador Ambimed.

Neste ano e por solicitação telefónica da DGS, o SUCH envia a esta entidade o “tipo de tratamento sofrido pelos RH perigosos (grupos III e IV) entregues no SUCH” (DGS, 2006a). Também neste ano (Tabela 5.5) o SUCH-DRC continua sem reportar as quantidades de escórias e cinzas volantes, situação que se vai manter até ao ano 2005.

Através do inventário do SUCH-DRN, respeitante ao ano 2003, constata-se pela Tabela 5.5 que os RH do grupo IV deixaram de ser tratados por incineração na unidade de tratamento do Hospital de Sta. Luzia (dado não estar referida) e que a mesma, de acordo com a informação constante desse inventário, foi encerrada em 24/06/2002.

Nos inventários dos anos 2003, 2004 e 2005 (Tabela 5.5), o SUCH-DRN não declarou as quantidades de escórias e cinzas volantes, no entanto faz referência ao seu encaminhamento.

Tabela 5.5. Informação relativa aos inventários anuais do SUCH (DGS, 2007a).

Anos	Operador de Gestão de RH - SUCH						
	Direcção Regional do Norte			Direcção Regional do Centro			
	Quantidades (Kg)	Treatamento	Escórias (Kg)	Cinzas Volantes (kg)	Encaminhamento/ Destino Final	Escórias e Cinzas Vol. (Kg)	Encaminhamento/ Destino Final
1999	GIII						
	GIV	Incineração pirolítica nas UT (do Hospital S. João do Porto e Hospital de S ^{te} Luzia de Viana do Castelo) *	98000		Serviços Camarários de Viana do Castelo e empresas Novaflex e Quimitecnica		Autarquias (ou empresas associadas) /Aterros municipais
2000	GIII						
	GIV	Incineração pirolítica nas UT (do H.S. João do Porto e H S ^{te} Luzia de Viana do Castelo) *	233000	45068	Serviços Camarários, Novaflex e Quimitecnica LOBBE DERCONSA SA, Quimitecnica SA		
2001	GIII						
	GIV	Incineração (H.S. João e H S ^{te} Luzia)	68850	49770	RESULIMA Quimitecnica SA		Autarquias (ou empresas associadas) /Aterros municipais
2002	GIII						
	GIV	Autoclavagem (Ambimed, Tratospial) Incineração (H S ^{te} Luzia e H Julho Matos)	627852	33517	Resulina		
2003	GIII						
	GIV	Autoclavagem (Tratospial) Incineração (H Julho Matos)	165901	164180	Indaver (Bélgica)		
2004	GIII						
	GIV	Autoclavagem (Tratospial) Incineração (H Julho Matos)	268645	165111	Indaver (Bélgica)		Indaver (Bélgica)
2005	GIII						
	GIV	Autoclavagem (Tratospial) Incineração (H Julho Matos)	280946	154960	Indaver (Bélgica)		Indaver (Bélgica)

Notas: UT - Unidade de Tratamento; * Os RH do grupo III excedentários, foram submetidos ao processo de autoclavagem pela Tratospial.

Tabela 5.6. Informação relativa aos inventários anuais do SUCH - continuação (DGS, 2007a).

Anos	Operador de Gestão de RH - SUCH					
	Direcção Regional do Sul					
	Quantidades (kg)		Tratamento	Escórias (Kg)	Cinzas Volante (kg)	Encaminhamento/ Destino Final
G III	G IV					
1999		3924860	Incineração pirolítica nas UT (H Júlio Matos, H Fernando Fonseca, H Garcia de Orta, H Setúbal, H N ^o Sr ^a Rosário, H Portalegre)	258532	34749	LOBBE DERCONSA SA,/Bélgica Aterro Municipal, Tratolixo Quimitécnica SA
2000		3615800 *	Incineração pirolítica nas UT (H Júlio Matos, H Fernando Fonseca, H Garcia de Orta, H N ^o Sr ^a Rosário) e aquisição de serviços da Tratospítal	236835	45069	LOBBE DERCONSA SA, e Quimitécnica (Bélgica, Alemanha) Aterro Municipal, Tratolixo, Quimitécnica SA
2001		3230989 *	Incineração pirolítica nas UT (H Júlio Matos, H Fernando Fonseca, H Garcia de Orta, H N ^o Sr ^a Rosário) e aquisição de serviços da Tratospítal	216950	42915	Quimitécnica/Aterro industrial (Espanha) Serviços Municipalizados Almada,/ SUCH/Aterro AMARSUL, Trajouce e Quimitécnica SA
2002	1522001	1532934	Autoclavagem (Ambimed, Tratospítal) Incinerção (H.Júlio Matos, H Fernando Fonseca, H Garcia de Orta)	215217	31521	Serviços Municipalizados Almada,/ SUCH/Aterro AMARSUL, Trajouce e Quimitécnica SA Quimitécnica SA/Aterro de Resíduos Perigosos (Espanha)
2003	1749506	1638019 80772	Autoclavagem (Tratospítal) Incinerção (H Garcia de Orta, H Fernando Fonseca, H Júlio de Matos) Incinerção	156547	14851	SMAS de Almada, Quimitécnica SA, e CITRI Quimitécnica SA/Aterro de Resíduos Perigosos (Espanha) Indaver (Bélgica)
2004	2283983	737201 63843	Autoclavagem (Tratospítal) Incinerção (H Garcia de Orta, H Júlio de Matos) Incinerção	247048	50030	Quimitécnica SA / Aterro Resíduos Perigosos (Espanha) Indaver (Bélgica) Aterro Industrial Banal (CITRI)
2005	2125011	272803 48980	Autoclavagem (Tratospítal) Incinerção (H Júlio Matos) Incinerção	250780	61950	Aterro Resíduos Industriais Banais (CITRI) Autovila SA / Aterro (perigosos no estrangeiro) Indaver (Bélgica)

Notas: UT - Unidade de Tratamento;

* Os RH do grupo III excedentários, foram submetidos ao processo de autoclavagem pela Tratospítal.

Em 2003 e segundo com o inventário enviado, o incinerador instalado no Parque da Saúde de Lisboa deixou de laborar a partir de meados de Julho e até Dezembro desse ano, para efeitos de “recondicionamento do equipamento”. Como consequência neste ano há lugar a movimentos transfronteiriços de RH do grupo IV.

Também no mesmo ano envia no seu inventário as quantidades dos resíduos líquidos perigosos e outros resíduos, por direcção regional, apresentando igualmente o encaminhamento das quantidades de resíduos recicláveis recolhidas em 2003.

O inventário de 2004 apresenta algumas não conformidades de valores totais, ao comparar os valores referidos no texto com os valores mencionados no quadro resumo

elaborado para este efeito. No inventário do mesmo ano também são fornecidos os valores para RH recicláveis, líquidos perigosos e outros resíduos perigosos.

Os resíduos do grupo III “encaminhados para tratamento alternativo” nas instalações da Tratospital, constam do inventário do ano 2004 (5.680.389kg), no entanto não são coincidentes com os valores declarados pela Tratospital (5.288.400kg).

No inventário 2005 (Tabela 5.5) verifica-se que a unidade de tratamento do Hospital Garcia de Orta já não se encontra em funcionamento por provável encerramento. Também são referenciados neste ano os RH encaminhados para o operador Tratospital (5.569.969kg). Constata-se igualmente não serem coincidentes com as quantidades declaradas por este operador (Tratospital).

Das três direcções regionais do SUCH, a que reporta dados mais completos para os inventários desde 1999 a 2005 é a SUCH-DRS. O recurso a movimentos transfronteiriços de resíduos do grupo IV é uma constante a partir de 2003 e até 2005 (Tabela 5.5).

5.4 Tratospital

A Tratospital – Tratamento de Resíduos Hospitalares. Lda foi constituída em Dezembro de 1997, tendo obtido o licenciamento da unidade de tratamento de RH em 20 de Julho de 1998, por despacho do Sr. Director-Geral da Saúde. Encontra-se sedeadada em Trajouce, nas instalações do Parque Industrial da Tratoilixo.

Esta unidade trata RH do grupo III por autoclavagem cujo destino final, após tratamento, é a deposição em aterro sanitário por serem considerados resíduos equiparados a urbanos. Actualmente estes resíduos são enviados para o aterro sanitário Lena Ambiente. Os RH do grupo IV recolhidos por este operador são encaminhados para o SUCH (SUCH-DRS), para serem tratados por incineração.

O inventário anual de RH perigosos, enviado por este operador à DGS, é apresentado por produtor, localidade e quantidade de RH recebidos/recepcionados em quilogramas e litros. Contudo, os produtores não se encontram agrupados sob nenhuma forma, sendo, em todos os anos do período em estudo, apresentados valores totais gerais em quilogramas e em litros (Tabela 5.7).

Nos inventários enviados entre 1999 e 2005, são declarados os RH recebidos das três delegações regionais do SUCH. Na Tabela 5.8 são apresentadas essas quantidades.

Relativamente às quantidades declaradas pelo operador Tratospital (Tabela 5.8) os comentários apenas podem ser feitos para os anos 2004 e 2005 por comparação com os valores totais declarados pelo SUCH para esses dois anos. As quantidades não são coincidentes, quer em 2004 quer em 2005, declarando o SUCH, nesses dois anos, valores mais elevados de RH do grupo III que a Tratospital.

Tabela 5.7. Informação relativa aos inventários anuais da Tratospital (DGS, 2007a)

Operador de Gestão de RH - TRATOSPITAL							
Anos	Quantidades				Tratamento		Encaminhamento/ Destino Final
	Grupo III		Grupo IV		Grupo III	Grupo IV	
	(Kg)	l	(Kg)	l			
1999	567816	2990760	370	177593	Autoclavagem	Incineração (SUCH)	Aterro Sanitário Trajouce
2000	1625526	960868	6113	9814	Autoclavagem	Incineração (SUCH)	Aterro Sanitário Trajouce
2001	4059245		27734		Autoclavagem	Incineração (SUCH)	Aterro Sanitário Trajouce
2002	5083750		28095		Autoclavagem	Incineração (SUCH)	Aterro Sanitário Trajouce
2003	5503309		52769		Autoclavagem	Incineração (SUCH)	Aterro Sanitário Trajouce
2004	6449932		74851		Autoclavagem	Incineração (SUCH)	Aterro Sanitário Trajouce
2005	6493004	3901517	65689	144618	Autoclavagem	Incineração (SUCH)	Aterro Sanitário Lena Ambiente

Tabela 5.8. Informação relativa às quantidades recebidas do SUCH na Tratospital (DGS, 2007a)

	SUCH - DRN	SUCH - DRC	SUCH - DRS
	G.III (Kg)	G.III (Kg)	G.III (Kg)
1999	346150	80400	115273
2000	154400	905220	221270
2001	774850	1712650	1022530
2002	1174640	1753120	1472018
2003	1193190	1656780	1781900
2004	1421020	1680260	2187120
2005	1883008	1305000	2048870

Este último operador, nos inventários dos anos 2001, 2002, 2003 e 2004 (Tabela 5.7) apenas apresenta quantidades em quilogramas, no entanto retoma as duas unidades (quilograma e litro) em 2005. Não foi encontrada, nos arquivos da DGS, qualquer justificação para o facto constatado.

No inventário do ano 2004 apenas refere “quantidades estimadas de quilogramas” para o grupo III e grupo IV. Também neste ano e por solicitação da DGS, esclarece a Tratospital sobre a quantidade de RH do grupo III recebidas do SUCH “que os valores enviados na Declaração Anual da Tratospital, foram as quantidades recebidas”. Faz anexar a esse documento as declarações anuais enviadas para cada uma das direcções regionais do SUCH.

Ainda no inventário de 2004 faz referência às quantidades de resíduos líquidos perigosos recolhidos (revelador, fixador e produtos químicos de laboratório), por produtor.

Em 2005, o inventário anual inclui, também, para além das quantidades recebidas/recepcionadas de RH dos grupos III e IV, as quantidades (em litros) de resíduos líquidos perigosos, por código LER e produtor.

Salienta-se que os inventários enviados no período em estudo (1999 - 2005), apresentam leituras e interpretações claras e objectivas, facilitadas pela manutenção da sua estrutura, que apenas foi alterada nos anos 2004 e 2005, no que diz respeito à lista de produtores.

6. Informação Complementar

Com vista a obter mais informação sobre as actividades desenvolvidas no âmbito do SNS no que refere à formação e sensibilização dos profissionais de saúde, de forma a se complementar os dados fornecidos pelos mapas de registos de RH e pelos inventários dos operadores, realizaram-se inquéritos por questionário aos centros de saúde e hospitais, bem como se procedeu ao levantamento dos trabalhos de investigação elaborados em Portugal durante o período de avaliação do PERH.

6.1. Baseada em questionários realizados no âmbito deste trabalho

Foram elaborados inquéritos por questionário com o objectivo, tanto de complementar a informação fornecida pelos mapas de registo de RH e pelos operadores de gestão de RH, como de abordar alguns aspectos salientados no PERH (e.g. formação e sensibilização). Estes questionários englobaram apenas os hospitais e os centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal Continental.

Optou-se pela realização de um questionário curto, de respostas simples, que pode ser consultado no Apêndice 14. No questionário foram abordadas as seguintes temáticas:

- Existência de plano de gestão de RH;
- Responsabilidade prática pela gestão dos RH;
- Realização de auditorias/visitas para verificação da triagem dos RH;
- Acções de formação sobre RH.

Os questionários foram enviados em 21 de Julho de 2006 para as cinco ARS, sendo solicitado que estas os encaminhassem para as respectivas SRS e hospitais. Por sua vez, era pedido que as SRS os fizessem chegar aos centros de saúde da zona.

O prazo de resposta proposto foi de quatro semanas (até 18 de Agosto), tendo, no entanto, sido alargado por duas vezes, respectivamente até final de Agosto e, depois, até final de Setembro. Durante este período, por diversas vezes, foi lembrado telefonicamente o seu envio junto de algumas ARS. Para o tratamento efectuado, foram considerados os questionários recebidos até 13 de Outubro de 2006. Os questionários recepcionados após aquela data não foram incluídos na avaliação realizada¹.

No total foram considerados 327 questionários, correspondentes a 86% dos hospitais e a 72% dos centros de saúde do SNS, perfazendo 89% do total destas instituições, percentagem bastante representativa. A distribuição do número de questionários

¹ Foram recebidos 13 questionários que entraram na DGS entre 17 e 24 de Outubro de 2006.

potenciais, do número de questionários recebidos/considerados e da taxa de resposta, por região e sub-região, pode ser visualizada na Tabela 6.1.

A ARS com menor número de respostas é a ARS Norte (41%). Estes resultados estão relacionados com o facto de três das suas sub-regiões não terem enviado questionários dos respectivos centros de saúde (Braga, Bragança e Porto), mas sim resposta global por SRS, o que induz uma taxa de resposta bastante baixa (apenas 31% dos centros de saúde), inviabilizando para esta ARS a generalização dos resultados.

Na ARS Lisboa e Vale do Tejo, também a SRS Santarém não enviou os questionários dos centros de saúde, mas uma resposta global por SRS, baixando a taxa de resposta dos centros de saúde para 72%. Contudo, neste caso a percentagem de respostas da região ainda é elevada.

Em relação aos questionários respondidos pelos hospitais, foi também na ARS Norte e na ARS Lisboa e Vale do Tejo que se registaram o menor número de respostas, correspondendo respectivamente a 77% e a 85%. No entanto, nestes casos o número de respostas é representativo da realidade hospitalar das respectivas regiões. A ARS Alentejo e a ARS Algarve tiveram as taxas de resposta mais elevadas.

Tabela 6.1. Questionários relativos à Gestão de RH: número de respostas e respectiva taxa.

ARS	SRS	Nº questionários potenciais			Nº questionários recebidos			Taxa de resposta (%)		
		H	CS	Total	H	CS	Total	H	CS	Total
Norte	Braga	5	15	20	5		5	100,0		
	Bragança	3	12	15	1	*	1	33,3		
	Porto	15	36	51	12	*	12	80,0		
	V. Castelo	1	12	13	1	12	13	100,0	100,0	100,0
	Vila Real	2	16	18	1	16	17	50,0	100,0	94,4
	Total	26	91	117	20	28	48	76,9	30,8	41,0
Centro	Aveiro	9	19	28	9	18	27	100,0	94,7	96,4
	C. Branco	2	11	13	1	9	10	50,0	81,8	76,9
	Coimbra	9	22	31	9	21	30	100,0	95,5	96,8
	Guarda	2	14	16	2	12	14	100,0	85,7	87,5
	Leiria	5	17	22	4	17	21	80,0	100,0	95,5
	Viseu	3	26	29	3	23	26	100,0	88,5	89,7
Total	30	109	139	28	100	128	93,3	91,7	92,1	
LVT	Lisboa	19	45	64	16	45	61	84,2	100,0	95,3
	Santarém	2	22	24	2	*	2	100,0		
	Setúbal	5	20	25	4	18	22	80,0	90,0	88,0
Total	26	87	113	22	63	85	84,6	72,4	75,2	
Alentejo	Beja	1**	14	14	2**	14	14	100,0	100,0	100,0
	Évora	1	14	15	1	14	15	100,0	100,0	100,0
	Portalegre	2	16	18	2	15	17	100,0	93,8	94,4
	Total	4	44	47	4	43	46	100,0	97,7	97,9
Algarve	Faro	2	16	18	2	16	18	100,0	100,0	200,0
	Total	2	16	18	2	16	18	100,0	100,0	100,0
Total		88	347	434	76	250	325	86,4	72,0	74,9

* A SRS respondeu pelos centros de saúde (CS). H. Hospitais

** Dois hospitais que se juntaram num centro hospitalar

Para a realização do tratamento dos questionários procedeu-se à codificação das perguntas abertas. No tratamento estatístico dos resultados utilizou-se a estatística descritiva², recorrendo-se ao programa STATISTICA para Windows, versão 6 de 2001, da StatSoft Inc.

6.1.1. Planos de gestão de resíduos hospitalares

Análise global

A primeira pergunta relacionada com RH questionava a existência, na instituição, de um plano de gestão de RH. Em 47% dos casos a resposta foi afirmativa, tendo 41% referido que tinham apenas algumas recomendações escritas e 11% afirmado que não possuíam plano de gestão de RH (Tabela 6.2).

Tabela 6.2. Planos de Gestão de RH: respostas globais.

Instituições (nº respostas)	Existe Plano de Gestão de RH?							
	Sim		Apenas recomendações escritas		Não		S/ resposta	
	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)
327	153	46,8	135	41,3	36	11,0	3	0,9

Análise por tipo de instituição

Em relação às respostas por tipo de instituição (Tabela 6.3), as maiores percentagens correspondem à existência de planos de gestão de RH, tanto nos hospitais (53%), como nos centros de saúde (45%). No entanto, nos centros de saúde esta resposta é muito semelhante à que refere que existem apenas algumas recomendações escritas (42%), sendo também nestas instituições, em 12%, assinalado que não há planos de gestão de RH.

Tabela 6.3. Planos de Gestão de RH: respostas por tipo de instituição (hospital e centro de saúde).

Tipo instituição	Instituições (nº respostas)	Existe Plano de Gestão de RH?							
		Sim		Apenas recomendações escritas		Não		S/ resposta	
		(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)
Hospital	77	41	53,2	29	37,7	6	7,8	1	1,3
C.Saúde	250	112	44,8	106	42,4	30	12,0	2	0,8
Total	327	153	46,8	135	41,3	36	11,0	3	0,9

² Optou-se por efectuar sempre a análise estatística, mesmo quando o número de respostas por célula era muito pequeno (inferior a 10).

Análise por ARS

Na análise por ARS (Tabela 6.4), verifica-se uma maior referência na ARS Algarve (67%) à existência nas suas instituições de plano de gestão de RH, seguido pela ARS Centro (48%), uma vez que os dados da ARS Norte não se consideram como representativos.

A ARS Alentejo é onde preferencialmente é assinalada a existência de apenas algumas recomendações escritas (60%), sendo esta também a resposta preferencial na ARS Lisboa e Vale do Tejo (44%). Apenas cerca de 13% das instituições de saúde da ARS Centro, da ARS Lisboa e Vale do Tejo e da ARS Alentejo referem que não têm plano de gestão de RH.

Tabela 6.4. Planos de Gestão de RH: respostas por ARS.

ARS	Instituições (nº respostas)	Existe Plano de Gestão de RH?							
		Sim		Apenas recomendações escritas		Não		S/ resposta	
		(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)
Norte	48	31	64,6	15	31,3	2	4,2	0	0,0
Centro	128	61	47,7	48	37,5	17	13,3	2	1,6
LVT	85	36	42,4	37	43,5	11	12,9	1	1,2
Alentejo	48	13	27,1	29	60,4	6	12,5	0	0,0
Algarve	18	12	66,7	6	33,3	0	0,0	0	0,0
Total	327	153	46,8	135	41,3	36	11,0	3	0,9

☐ Dados não representativos da ARS.

Na Tabela 6.5 são apresentadas as respostas inerentes à pergunta sobre o plano de gestão de RH, por ARS e tipo de instituição. Os hospitais da ARS Lisboa e Vale do Tejo referem ter um maior número relativo de planos de gestão de RH (59%), embora também apresentem a maior percentagem de respostas negativas (18% assinalam que não têm plano de gestão). Na ARS Norte, nos hospitais a percentagem de respostas afirmativas é também elevada (55%).

Tabela 6.5. Planos de Gestão de RH: respostas por ARS e tipo de instituição.

ARS	Tipo instituição	Instituições (nº respostas)	Existe Plano de Gestão de RH?							
			Sim		Apenas recomendações escritas		Não		S/ resposta	
			(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)
Norte	H	20	11	55,0	7	35,0	2	10,0		
	CS	28	20	71,4	8	28,6				
Centro	H	28	13	46,4	14	50,0			1	3,6
	CS	100	48	48,0	34	34,0	17	17,0	1	1,0
LVT	H	22	13	59,1	5	22,7	4	18,2		
	CS	63	23	36,5	32	50,8	7	11,1	1	1,6
Alentejo	H	14	4	28,6	10	71,4				
	CS	43	9	20,9	28	65,1	6	14,0		
Algarve	H	2			2	100,0				
	CS	16	12	75,0	4	25,0				

H- Hospital; CS - Centro de saúde. ☐ Dados não representativos da ARS.

A referência preferencial à existência de apenas algumas recomendações escritas, é constatada nos hospitais da ARS Centro (em 50% dos casos), mas fundamentalmente

nos hospitais da ARS Algarve e da ARS Alentejo (respectivamente em 100% e 71% dos casos).

Em relação aos centros de saúde, os planos de gestão parecem existir em maior número na ARS Algarve (75%) e na ARS Norte³ (71%), embora na ARS Centro as respostas afirmativas (48%) sejam também superiores às referentes à existência apenas de recomendações escritas (34%). O panorama altera-se nos centros de saúde da ARS Lisboa e Vale do Tejo, mas fundamentalmente nos da ARS Alentejo, em que respectivamente 51% e 65% das respostas indicam a existência apenas de algumas recomendações escritas.

Na ARS Centro, em 17% dos centros de saúde foi referido que não existem planos de gestão de RH e na ARS Alentejo em 14% dos centros de saúde foi dada uma resposta semelhante.

Os resultados encontrados são bastante interessantes, podendo ser questionado o significado para os profissionais de saúde da designação “plano de gestão de RH”. Para confirmação dos resultados obtidos era fundamental averiguar a existência real destes Planos, facto que não é possível efectuar no âmbito deste trabalho.

6.1.2. Responsabilidade prática pela gestão dos resíduos hospitalares

No questionário, a segunda pergunta sobre RH pretendia averiguar quem, na prática, é responsável pela gestão dos RH na instituição, sendo solicitada a referência à respectiva função e profissão. Tratava-se de uma pergunta aberta, sendo possível a indicação de mais de um responsável, facto que sucedeu em 16% das respostas.

Análise global

Na Tabela 6.6 são apresentados os resultados para a totalidade de questionários considerados. Os responsáveis na prática pela gestão dos RH parecem ser, sobretudo, os técnicos de saúde ambiental (TSA) ou os serviços/equipas de saúde pública, com 20% de respostas, e os enfermeiros chefes, com 16%. Mas também, com 12% a equipa de enfermagem/enfermeiro(s) e com 9%, tanto o delegado de saúde ou médico de saúde pública, como a comissão de controlo de infecção – CCI (ou um membro desta comissão).

³ Embora apenas referente a duas ARS: Viana do Castelo e Vila Real, das cinco existentes na ARS Norte.

Tabela 6.6. Responsáveis na prática pela gestão dos RH: respostas globais.

Responsáveis na prática pela gestão dos RH	1ª resp.	2ª resp.	Total	
	(nº)	(nº)	(nº)	(%)
Equipa ou Comissão de gestão de RH	12		12	3,2
CCI (ou um membro da CCI)	24	9	33	8,7
Directores e Administradores	23	3	26	6,9
Delegado de Saúde ou médico de Saúde Pública	32	3	35	9,3
Enfermeiro Chefe	51	8	59	15,6
TSA, Serviço / Equipa de Saúde Pública	62	14	76	20,1
Equipa de enfermagem / enfermeiro(s)	41	4	45	11,9
Serv. Aprovisionamento / Inst. e equipamento (responsáveis)	18		18	4,8
AAM / AAV, Encarregados dos Serviços Gerais	19	7	26	6,9
Administrativos / Responsável administrativo	20	3	23	6,1
Outros	7		7	1,9
<i>Resposta inválida</i>	2		2	0,5
<i>Sem resposta</i>	16		16	4,2

CCI – Comissão de controlo de infecção; TSA – Técnicos de saúde ambiental;
AAM – Auxiliares de acção médica; AAV – Auxiliares de apoio e vigilância.

Análise por tipo de instituição

Diferenças interessantes e bastante acentuadas observam-se quando se efectua a análise por tipo de instituição (Tabela 6.7). Nos hospitais, a responsabilização prática pela gestão de RH recai, sobretudo, na CCI (ou num membro da CCI), em 29% dos casos, e no serviço de aprovisionamento ou de instalações e equipamento (ou seus responsáveis), em 21% das situações. Nos centros de saúde, esta responsabilidade de gestão é fundamentalmente dos TSA ou do serviço/equipa de saúde pública (em 26%) e do enfermeiro chefe (em 20%).

Tabela 6.7. Responsáveis na prática pela gestão dos RH: respostas por tipo de instituição (hospital e centro de saúde).

Responsáveis na prática pela gestão dos RH	Hospitais				Centros de Saúde			
	1ª resp. (nº)	2ª resp. (nº)	Total (nº) (%)		1ª resp. (nº)	2ª resp. (nº)	Total (nº) (%)	
Equipa ou Comissão de gestão de RH	1		0	0	11		11	3,9
CCI (ou um membro da CCI)	16	9	25	28,7	8		8	2,8
Directores e Administradores	14	2	16	18,4	9	1	10	3,5
Delegado de Saúde ou médico de Saúde Pública			0	0,0	32	3	35	12,3
Enfermeiro Chefe	3		3	3,4	48	8	56	19,6
TSA, Serviço / Equipa de Saúde Pública	1		1	1,1	61	14	75	26,3
Equipa de enfermagem / enfermeiro(s)	5		5	5,7	36	4	40	14,0
Serv. Aprovisionamento / Inst. e Equipamento (responsáveis)	18		18	20,7			0	0,0
AAM / AAV, Encarregados dos Serviços Gerais	9	5	14	16,1	10	2	12	4,2
Administrativos / Responsável administrativo			0	0,0	20	3	23	8,1
Outros	5		5	5,7	2		2	0,7
<i>Resposta inválida</i>			0	0,0	2		2	0,7
<i>Sem resposta</i>	5		0	0,0	11		11	3,9

CCI – Comissão de controlo de infecção; TSA – Técnicos de saúde ambiental; AAM – Auxiliares de acção médica;
AAV – Auxiliares de apoio e vigilância.

Contudo, nos hospitais, também os directores e administradores são assinalados em 18% dos casos como responsáveis, na prática, pela gestão dos RH. Nos centros

de saúde, uma percentagem elevada, 14%, refere como responsável a equipa de enfermagem ou um ou mais enfermeiros. Esta pergunta não foi respondida em 4% dos questionários, sendo todos estes casos referentes a centros de saúde.

Análise por ARS

Na Tabela 6.8 são apresentadas as variações por ARS. É de referir que não se consideram os dados da ARS Norte como representativos do que se verifica na região, por apenas corresponderem a 41% dos respectivos hospitais e centros de saúde. Na Tabela 6.9 podem ser visualizadas as respostas por ARS e por tipo de instituição. Como estas apresentam diferenças mais acentuadas, optou-se por comentar apenas estes resultados.

Tabela 6.8. Responsáveis na prática pela gestão dos RH: respostas por ARS.

Responsáveis na prática pela gestão dos RH	Norte		Centro		LVT		Alentejo		Algarve	
	Total (nº)	(%)	Total (nº)	(%)	Total (nº)	(%)	Total (nº)	(%)	Total (nº)	(%)
Equipa ou Comissão de gestão de RH	0	0,0	11	7,2	1	1,1	0	0,0	0	0,0
CCI (ou um membro da CCI)	8	14,5	11	7,2	9	9,6	3	5,7	2	9,5
Directores e Administradores	4	7,3	9	5,9	11	11,7	1	1,9	1	4,8
Delegado de Saúde ou médico de Saúde Pública	2	3,6	20	13,2	7	7,4	4	7,5	2	9,5
Enfermeiro Chefe	4	7,3	29	19,1	10	10,6	12	22,6	4	19,0
TSA, Serviço / Equipa de Saúde Pública	2	3,6	20	13,2	34	36,2	13	24,5	7	33,3
Equipa de enfermagem / enfermeiro(s)	3	5,5	16	10,5	9	9,6	15	28,3	2	9,5
Serv. Aprovisionamento / Inst. e Equipamentos (responsáveis)	3	5,5	8	5,3	5	5,3	1	1,9	1	4,8
AAM / AAV, Encarregados dos Serviços Gerais	10	18,2	10	6,6	2	2,1	3	5,7	1	4,8
Administrativos / Responsável administrativo	16	32,7	5	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros	1	1,8	1	0,7	5	5,3	0	0,0	0	0,0
Resposta inválida	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1	1,9	0	0,0
Sem resposta	0	0,0	12	7,9	0	0,0	0	0,0	1	4,8

CCI – Comissão de controlo de infecção; TSA – Técnicos de saúde ambiental; AAM – Auxiliares de acção médica; AAV – Auxiliares de apoio e vigilância. □ Dados não representativos da ARS.

Em relação aos hospitais, na ARS Norte a gestão dos RH parece ser, na prática, tanto da responsabilidade da CCI (ou de um membro), como das auxiliares de acção médica (AAM) ou dos encarregados dos serviços gerais, ambos com 28% de respostas.

Na ARS Centro, um maior número de hospitais refere que a responsabilidade prática da gestão dos RH é também da CCI (31%), embora seja igualmente assinalado, em 23% dos casos, o serviço de aprovisionamento ou de instalações e equipamento (ou seus responsáveis).

A responsabilidade prática pela gestão dos RH ser da CCI surge sobretudo nos hospitais da ARS Alentejo, representando 50% das respostas dos hospitais da ARS. Contudo, esta responsabilização já não se verifica, nem na ARS Lisboa e Vale do Tejo, nem na ARS Algarve.

Na ARS Lisboa e Vale do Tejo, são os directores e administradores os maiores responsáveis (42%), sendo em segundo lugar (21%) assinalado o serviço de

aprovisionamento ou de instalações e equipamento (ou seus responsáveis). Na ARS Algarve, a gestão prática dos RH, parece ser compartilhada tanto pelo serviço de aprovisionamento ou de instalações e equipamento, como pelos AAM ou encarregados dos serviços gerais, ambos com 50% de respostas.

Tabela 6.9. Responsáveis na prática pela gestão dos RH: respostas por tipo de instituição e ARS.

Responsáveis na prática pela gestão dos RH	Norte - total				Centro - total				LVT - total			
	Hospital		Centro Saúde		Hospital		Centro Saúde		Hospital		Centro Saúde	
	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)
Equipa ou Comissão de gestão de RH	0	0,0	0	0,0	1	2,9	10	8,5	0	0,0	1	1,4
CCI (ou um membro da CCI)	7	28,0	1	3,3	11	31,4	0	0,0	4	16,7	1	1,4
Directores e Administradores	3	12,0	1	3,3	2	5,7	7	6,0	10	41,7	6	8,5
Delegado de Saúde ou médico de Saúde Pública	0	0,0	2	6,7	0	0,0	20	17,1	0	0,0	0	0,0
Enfermeiro Chefe	1	4,0	3	10,0	2	5,7	27	23,1	0	0,0	9	12,7
TSA, Serviço / Equipa de Saúde Pública	1	4,0	1	3,3	0	0,0	20	17,1	0	0,0	11	15,5
Equipa de enfermagem / enfermeiro(s)	2	8,0	1	3,3	3	8,6	13	11,1	0	0,0	33	46,5
Serv. Aprovisionamento / Inst. e Equipamentos (responsáveis)	3	12,0	0	0,0	8	22,9	0	0,0	5	20,8	7	9,9
AAM / AAV, Encarregados dos Serviços Gerais	7	28,0	3	10,0	3	8,6	7	6,0	1	4,2	0	0,0
Administrativos / Responsável administrativo	0	0,0	18	60,0	0	0,0	5	4,3	1	4,2	0	0,0
Outros	1	4,0	0	0,0	1	2,9	0	0,0	2	8,3	2	2,8
Resposta inválida	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sem resposta	0	0,0	0	0,0	4	11,4	8	6,8	1	4,2	1	1,4

Responsáveis na prática pela gestão dos RH	Alentejo - total				Algarve - total			
	Hospital		Centro Saúde		Hospital		Centro Saúde	
	(nº)	(%)	(nº)	(%)	H.	(%)	CS.	(%)
Equipa ou Comissão de gestão de RH	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CCI (ou um membro da CCI)	3	50,0	0	0,0	0	0,0	2	10,5
Directores e Administradores	1	16,7	0	0,0	0	0,0	1	5,3
Delegado de Saúde ou médico de Saúde Pública	0	0,0	4	8,3	0	0,0	2	10,5
Enfermeiro Chefe	0	0,0	12	25,0	0	0,0	4	21,1
TSA, Serviço / Equipa de Saúde Pública	0	0,0	13	27,1	0	0,0	7	36,8
Equipa de enfermagem / enfermeiro(s)	0	0,0	15	31,3	0	0,0	2	10,5
Serv. Aprovisionamento / Inst. e Equipamentos (responsáveis)	1	16,7	0	0,0	1	50,0	0	0,0
AAM / AAV, Encarregados dos Serviços Gerais	1	16,7	2	4,2	1	50,0	0	0,0
Administrativos / Responsável administrativo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Resposta inválida	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0
Sem resposta	0	0,0	1	2,1	0	0,0	1	5,3

CCI – Comissão de controlo de infecção; TSA – Técnicos de saúde ambiental; AAM – Auxiliares de acção médica; AAV – Auxiliares de apoio e vigilância. □ Dados não representativos da ARS.

Os resultados obtidos para os centros de saúde, por ARS, são também diferentes dos referentes aos hospitais (Tabela 6.9). Na ARS Norte⁴, em 60% dos centros de saúde que responderam ao questionário a responsabilidade pela gestão dos RH é dos administrativos ou do responsável administrativo.

Na ARS Centro, a responsabilidade recai, sobretudo, no enfermeiro chefe (23%), mas também no delegado de saúde e médico de saúde pública ou nos TSA (ou serviço/equipa de saúde pública), ambos com percentagem igual (17%).

Na ARS Lisboa e Vale do Tejo, a gestão prática de RH é fundamentalmente (47%) da responsabilidade da equipa de enfermagem ou de um ou mais enfermeiros. Enquanto na ARS Algarve são os TSA ou o serviço/equipa de saúde pública, que assumem em maior percentagem (37%) essa responsabilidade.

⁴ Embora apenas referente a duas SRS: Viana do Castelo e Vila Real, das cinco existentes na ARS Norte.

Em relação aos centros de saúde da ARS Alentejo, é referido que em 31% dos casos os responsáveis são a equipa de enfermagem ou um ou mais enfermeiros, embora, também em 27% das situações, sejam os TSA ou o serviço/equipa de saúde pública e, em 25%, o enfermeiro chefe.

Como se pode constatar pelos resultados obtidos, observam-se diferenças acentuadas em relação a quem, na prática, é responsável pela gestão dos RH nas instituições. Estas diferenças não ocorrem apenas relativamente ao tipo de instituição (hospital ou centro de saúde), mas também à ARS. Além disso, das dez categorias consideradas para os responsáveis pela gestão dos RH, sete aparecem como mais referidas para pelo menos uma ARS e um tipo de instituição (Tabela 6.9), facto que demonstra a diversidade existente.

6.1.3. Auditorias/visitas para verificação da triagem dos resíduos

No questionário foi também efectuada uma pergunta sobre a realização de auditorias ou visitas aos locais de produção de RH para verificar a triagem. Nesta questão era solicitado que, se respondessem afirmativamente, referissem a frequência habitual dessas auditorias ou visitas. No caso da resposta ser negativa, era então perguntado se estavam a pensar começar em breve com essas iniciativas.

É importante salientar as diferenças existentes entre realizar auditorias ou efectuar visitas para verificar a triagem dos RH, nomeadamente em termos de metodologia. Contudo, aquando da elaboração do questionário, considerou-se que teria mais interesse para os objectivos do trabalho associar estes dois conceitos, até porque, muitas vezes são, na prática, utilizados indiscriminadamente.

No entanto, deve-se ter em conta que no preenchimento dos questionários a designação “auditorias ou visitas”, tanto pode ter sido interpretada como a realização de auditorias ou como de visitas aos serviços. Havendo mesmo sérias hipóteses de, na maior parte das situações, se terem considerado apenas as visitas aos serviços.

Análise global

Na Tabela 6.10 são apresentados os resultados globais. A maior parte das instituições, 70%, assinalam a realização de auditorias ou visitas para verificar a triagem dos RH. Contudo, 29% referem que não as efectuam, embora a maioria nesta situação mostre intenção de as iniciar em breve (79%). Além disso, quando são realizadas auditorias ou visitas, a frequência mais habitual é entre uma a três/quatro vezes por ano (17% assinalam uma vez, 20% duas vezes e 18% três/quatro vezes por ano).

Tabela 6.10. Auditorias/visitas para verificar triagem dos RH: respostas globais.

Auditorias ou visitas para verificar triagem dos RH	(nº)	(%)
Sim	228	69,7
Frequência:		
Uma vez por dia (diária)	9	4,1
Mais de uma vez por semana	8	3,6
Uma vez por semana	21	9,5
Mais de uma vez por mês	12	5,5
Uma vez por mês	28	12,7
Três a quatro vezes por ano	39	17,7
Dois vezes por ano	43	19,5
Uma vez por ano (anual)	38	17,3
Sem periodicidade definida	22	10,0
S/ resposta	8	
Não	94	28,7
Começar em breve?		
Sim	64	79,0
Não	17	21,0
S/ resposta	13	
S/ resposta	5	1,5

Análise por tipo de instituição

Na análise por hospital e centro de saúde (Tabela 6.11), observa-se que estas auditorias ou visitas parecem ser efectuadas num maior número de hospitais que centros de saúde, correspondendo respectivamente a 84% e a 65% das respostas. Também, a frequência parece ser diferente. Nos hospitais são realizadas, sobretudo, duas vezes por ano (25% das respostas) e nos centros de saúde entre uma a três/quatro vezes por ano (percentagens entre 18 e 20%).

Embora sejam os hospitais que referem efectuar mais auditorias ou visitas aos locais de produção dos RH para verificar a triagem, também são estas instituições que, quando assinalam que não as efectuam (13%), mostram mais interesse em começar em breve (em 90% dos casos). Nos centros de saúde, apenas 72% dos que não realizam auditorias ou visitas (34%) assinalam que pretendem começar em breve.

Tabela 6.11. Auditorias/visitas para verificar triagem dos RH: respostas por tipo de instituição (hospital e centro de saúde).

Auditorias ou visitas para verificar triagem dos RH	Hospitais		Centros Saúde	
	(nº)	(%)	(nº)	(%)
Sim	65	84,4	163	65,2
Frequência:				
Uma vez por dia (diária)	4	6,6	5	3,1
Mais de uma vez por semana	3	4,9	5	3,1
Uma vez por semana	7	11,5	14	8,8
Mais de uma vez por mês	3	4,9	9	5,7
Uma vez por mês	9	14,8	19	11,9
Três a quatro vezes por ano	7	11,5	32	20,1
Duas vezes por ano	15	24,6	28	17,6
Uma vez por ano (anual)	8	13,1	30	18,9
Sem periodicidade definida	5	8,2	17	10,7
S/ resposta	4			
Não	10	13,0	84	33,6
Começar em breve?				
Sim	9	90,0	42	72,4
Não	1	10,0	16	27,6
S/ resposta	0		26	
S/ resposta	2	2,6	3	1,2

H– Hospital; CS – Centro de saúde.

Análise por ARS

Na Tabela 6.12 são apresentados os resultados obtidos por ARS. A maior percentagem de auditorias ou visitas para verificação da triagem dos RH foi assinalada na ARS Lisboa e Vale do Tejo (81% referiu que efectua esta iniciativa), correspondendo a menor percentagem à ARS Alentejo (58%). Os resultados da ARS Norte não são comentados.

Tabela 6.12. Auditorias/visitas para verificar triagem dos RH: respostas por ARS.

Auditorias ou visitas para verificar triagem dos RH	Norte		Centro		LVT		Alentejo		Algarve	
	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)
Sim	36	75,0	83	64,8	69	81,2	28	58,3	12	66,7
Frequência:										
Uma vez por dia (diária)			8	9,6	1	1,5		0,0		0,0
Mais de uma vez por semana			7	8,4		0,0	1	4,0		0,0
Uma vez por semana			11	13,3	3	4,6	4	16,0	3	25,0
Mais de uma vez por mês	1	2,9	7	8,4	1	1,5	1	4,0	2	16,7
Uma vez por mês	2	5,7	18	21,7	4	6,2	3	12,0	1	8,3
Três a quatro vezes por ano	20	57,1	6	7,2	6	9,2	5	20,0	2	16,7
Duas vezes por ano	6	17,1	14	16,9	20	30,8	3	12,0		0,0
Uma vez por ano (anual)	2	5,7	7	8,4	23	35,4	2	8,0	4	33,3
Sem periodicidade definida	4	11,4	5	6,0	7	10,8	6	24,0		0,0
S/ resposta	1		0		4		3		0	
Não	12	25,0	41	32,0	15	17,6	20	41,7	6	33,3
Começar em breve?										
Sim	6	75,0	20	66,7	10	83,3	13	86,7	2	66,7
Não	2	25,0	10	33,3	2	16,7	2	13,3	1	33,3
S/ resposta	4		11		3		5		3	
S/ resposta	0	0,0	4	3,1	1	1,2	0	0,0	0	0,0

□ Dados não representativos da ARS.

Interessantes são igualmente os resultados em relação à frequência destas iniciativas. Na ARS Lisboa e Vale do Tejo é referida uma frequência de uma (35%) a duas (31%) vezes por ano. Na ARS Alentejo, 20% das respostas assinalam três a quatro vezes por ano, mas 24% referem que as auditorias ou visitas não têm periodicidade definida.

Na ARS Centro a frequência mais assinalada é bastante superior, uma vez por mês (em 22% dos casos), e na ARS Algarve 33% dizem que é uma vez por ano, embora 25% assinalem que o intervalo entre auditorias ou visitas é muito curto, uma vez por semana.

Resultados mais díspares podem ser observados na Tabela 6.13, onde são apresentados os dados por tipo de instituição e ARS.

Tabela 6.13. Auditorias/visitas para verificar triagem dos RH: respostas por tipo de instituição e ARS.

Auditorias ou visitas para verificar triagem dos RH	Norte				Centro				LVT			
	H (nº)	H (%)	CS (nº)	CS (%)	H (nº)	H (%)	CS (nº)	CS (%)	H (nº)	H (%)	CS (nº)	CS (%)
Sim	14	70,0	22	78,6	25	89,3	58	58,0	20	90,9	49	77,8
Frequência:												
Uma vez por dia (diária)					3	12,0	5	8,6	1	5,6		
Mais de uma vez por semana					2	8,0	5	8,6				
Uma vez por semana					5	20,0	6	10,3	1	5,6	2	4,3
Mais de uma vez por mês			1	4,5	3	12,0	4	6,9			1	2,1
Uma vez por mês	2	15,4			6	24,0	12	20,7	1	5,6	3	6,4
Três a quatro vezes por ano	2	15,4	18	81,8	2	8,0	4	6,9	2	11,1	4	8,5
Dois vezes por ano	5	38,5	1	4,5	3	12,0	11	19,0	6	33,3	14	29,8
Uma vez por ano (anual)	1	7,7	1	4,5	1	4,0	6	10,3	5	27,8	18	38,3
Sem periodicidade definida	3	23,1	1	4,5		0,0	5	8,6	2	11,1	5	10,6
S/ resposta	1		0		0		0		2		2	
Não	6	30,0	6	21,4	2	7,1	39	39,0	1	4,5	14	22,2
Começar em breve?												
Sim	5	83,3	1	50,0	2	100,0	18	64,3	1	100,0	9	81,8
Não	1	16,7	1	50,0	0	0,0	10	35,7			2	18,2
S/ resposta	0		4		0		11		0		3	
S/ resposta	0	0,0	0	0,0	1	3,6	3	3,0	1	4,5	0	0,0

Auditorias ou visitas para verificar triagem dos RH	Alentejo				Algarve			
	H (nº)	H (%)	CS (nº)	CS (%)	H (nº)	H (%)	CS (nº)	CS (%)
Sim	5	100,0	23	53,5	1	50,0	11	68,8
Frequência:								
Uma vez por dia (diária)		0,0		0,0				0,0
Mais de uma vez por semana	1	25,0		0,0				0,0
Uma vez por semana	1	25,0	3	14,3			3	27,3
Mais de uma vez por mês		0,0	1	4,8			2	18,2
Uma vez por mês		0,0	3	14,3			1	9,1
Três a quatro vezes por ano	1	25,0	4	19,0			2	18,2
Dois vezes por ano	1	25,0	2	9,5				0,0
Uma vez por ano (anual)		0,0	2	9,5	1	100,0	3	27,3
Sem periodicidade definida		0,0	6	28,6				0,0
S/ resposta	1		2					
Não	0	0,0	20	46,5	1	50,0	5	31,3
Começar em breve?								
Sim			13	86,7	1	100,0	1	50,0
Não			2	13,3			1	50,0
S/ resposta			5				3	
S/ resposta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

H- Hospital; CS - Centro de saúde.  Dados não representativos da ARS.

Na ARS Norte⁵ e na ARS Algarve, as auditorias ou visitas são mais realizadas, proporcionalmente, nos centros de saúde que nos hospitais daquelas regiões. Contudo, o mesmo não acontece para as restantes três ARS do país, em que os hospitais, em proporção, ultrapassam os centros de saúde na realização de auditorias ou visitas.

Em relação à frequência das mesmas, a menor periodicidade – uma vez por semana, é assinalada em percentagens representativas nos Centros de Saúde da ARS Algarve (27%) e nos hospitais da ARS Centro (20%). Também, na ARS Alentejo, 29% dos centros de saúde referem que as auditorias ou visitas não têm periodicidade definida. Nas restantes situações a frequência destas iniciativas situa-se entre uma a três/quatro vezes por ano.

Na análise desta questão é importante salientar a diferença em termos metodológicos entre realizar uma auditoria ou uma visita. Contudo, como anteriormente referido, considerou-se que para os objectivos deste trabalho teria mais interesse associar estes dois conceitos, porque na prática são, muitas vezes, utilizados indiscriminadamente.

6.1.4. Acções de formação sobre resíduos hospitalares

As duas últimas perguntas do questionário abordavam vários aspectos relacionados com as acções de formação sobre RH. Procurava-se saber se habitualmente são efectuadas acções de formação sobre este tema e, na pergunta seguinte, se foram no último ano (em 2005) realizadas também acções neste âmbito.

O termo “acções de formação” pretendia englobar, tanto a formação em sala, como a formação em serviço (iniciativas do serviço), independentemente do modo mais ou menos formal como é ministrada.

Análise global

Na Tabela 6.14 são apresentadas as respostas globais para as duas perguntas referidas. 66% das instituições que responderam ao questionário afirmaram que normalmente efectuam acções de formação sobre RH, tendo 60% referido que as realizaram em 2005. A percentagem de não resposta foi muito baixa (inferior a 1%).

É de referir que uma pergunta que solicita lembranças, mais ou menos recentes, como é o caso de quando se questiona se normalmente são realizadas acções de formação sobre RH, tem sempre inerente um certo grau de imprecisão, devido até ao esquecimento.

⁵ Apenas referente a duas SRS: Viana do Castelo e Vila Real, das cinco existentes na ARS Norte.

Tabela 6.14. Acções de formação sobre RH (realizadas habitualmente e em 2005): respostas globais.

Acções de formação sobre RH	Normalmente		2005	
	(nº)	(%)	(nº)	(%)
Sim	215	65,7	195	59,6
Não	109	33,3	131	40,1
S/ resposta	3	0,9	1	0,3

Na Tabela 6.15 são apresentados alguns aspectos relacionados com as acções de formação, nomeadamente a respectiva frequência, os responsáveis pela iniciativa e a duração das acções. De um modo geral, as respostas entre a realização habitual de acções de formação e o ano de 2005 são bastante coincidentes, embora não deixem de ter ligeiras divergências em termos de valores.

Tabela 6.15. Aspectos particulares das acções de formação sobre RH (realizadas habitualmente e em 2005): respostas globais.

Acções de formação sobre RH	Normalmente		2005	
	(nº)	(%)	(nº)	(%)
Frequência habitual:				
Mais de 6 vezes por ano	5	2,3		
3 a 4 vezes por ano	7	3,3		
2 vezes por ano	31	14,4		
1 vez por ano	126	58,6		
Esporádico/ quando necessário	33	15,3		
S/ resposta/ Invalído	13			
Iniciativa de (resp. múltipla):				
Equipa/Comissão de gestão de RH	5	1,8	6	2,4
CCI	45	16,5	35	13,7
Directores e Administradores	10	3,7	7	2,7
Delegado de Saúde	5	1,8	5	2,0
Enfermeiro Chefe	9	3,3	8	3,1
TSA, Serviço/Equipa de Saúde Pública	22	8,1	15	5,9
Equipa de enfermagem / enfermeiro(s)	24	8,8	16	6,3
Alunos estagiários de enfermagem	1	0,4	4	1,6
ARS ou SRS	46	16,8	54	21,2
Própria instituição (ou seus serviços)	35	12,8	32	12,5
Dep./Gabinete formação da instituição	30	11,0	27	10,6
Operador de gestão de RH	34	12,5	37	14,5
Outros	7	2,6	9	3,5
S/ resposta	10		2	
Duração aproximada:				
1 hora ou menos	27	13,6	15	8,5
2 horas ou menos (mas mais que 1 hora)	66	33,2	53	29,9
4 horas ou menos (mas mais que 2 horas)	30	15,1	38	21,5
8 horas ou menos (mas mais que 4 horas)	39	19,6	39	22,0
12 horas ou menos (mas mais que 8 horas)	10	5,0	5	2,8
16 horas ou menos (mas mais que 12 horas)	5	2,5	5	2,8
20 horas ou menos (mas mais que 16 horas)	11	5,5	8	4,5
Mais que 20 horas	8	4,0	11	6,2
Outras situações	3	1,5	3	1,7
S/ resposta	15		18	

CCI – Comissão de controlo de infecção; TSA – Técnicos de saúde ambiental.

Habitualmente são efectuadas acções de formação, nos hospitais e centros de saúde, em 59% das situações uma vez por ano. Estas acções podem ser iniciativa das próprias instituições, como das CCI (17%), dos serviços (13%) e dos departamentos de formação (11%), ou das ARS ou SRS (17%) ou mesmo de organismos exteriores, como dos operadores de gestão de RH (13%). Em 33% dos casos assumem uma duração entre uma a duas horas, embora 20% das instituições tenha assinalado a duração destas acções entre quatro e oito horas.

Em 2005, as acções de formação sobre RH foram em 21% dos casos da iniciativa das ARS ou SRS e em 15% dos operadores de gestão de RH. Contudo, também houve acções de iniciativa da instituição, embora mais disseminadas, correspondendo em 14% às CCI, em 13% aos próprios serviços e em 11% aos departamentos de formação. Geralmente a duração das acções teve mais de uma hora e menos de oito, embora uma percentagem significativa tenha durado entre uma e duas horas.

O público assistencial destas acções de formação é apresentado na Tabela 6.16. Habitualmente os grupos profissionais mais representados são os enfermeiros e os AAM, estando presentes em respectivamente 91% e 81% das acções de formação que se realizam nas instituições. Em 2005, estas percentagens decrescem um pouco, embora estes continuem a ser os grupos profissionais que mais participam nestas acções de formação. A presença dos médicos é bastante mais baixa, verificando-se que em mais de 60% das instituições os médicos não assistem às acções de formação realizadas.

Tabela 6.16. Público-alvo das acções de formação sobre RH (realizadas habitualmente e em 2005): respostas globais.

Acções de formação sobre RH	Normalmente							2005						
	Presença		Referência a qt estiveram presentes					Presença		Referência a qt estiveram presentes				
	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(soma)	(Min.)	(Max.)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(soma)	(Min.)	(Max.)
Público-alvo:														
Médicos	83	38,6	68	31,6	825	1	109	68	34,9	57	29,2	724	1	215
Enfermeiros	195	90,7	157	73,0	4335	1	437	155	79,5	137	70,3	3247	1	436
AAM	176	81,9	138	64,2	3950	1	686	144	73,8	128	65,6	3467	1	400
Outros profissionais	133	61,9	106	49,3	1347	1	187	122	62,6	108	55,4	1844	1	380
Quais? (resp. múltipla)														
- AAV e porteiros	31	19,3						31	20,4					
- Func. limpeza, operários e afins	24	14,9						25	16,4					
- Administrativos	35	21,7						26	17,1					
- TDT	55	34,2						46	30,3					
- TSS	10	6,2						10	6,6					
- Outros profissionais	6	3,7						14	9,2					

AAV– Auxiliares de apoio e vigilância; TDT – Técnicos de diagnóstico e terapêutica; TSS – Téc. superiores de saúde.

É também de referir que a participação em acções de formação sobre RH de profissionais de saúde que não são médicos, enfermeiros ou AAM é superior a 60%, sendo estes profissionais preferencialmente técnicos de diagnóstico e terapêutica, administrativos, auxiliares de apoio e vigilância (AAV) e funcionários da limpeza (entre outros operários).

Em relação ao número total de profissionais que têm assistido às acções de formação sobre RH, verifica-se que as diferenças não são relevantes entre os resultados de 2005

e os referentes ao período denominado por “normalmente”. Esta constatação é, em parte, de esperar, uma vez que é bastante mais fácil lembrar, com precisão, o que foi realizado mais recentemente do que o que ocorreu no passado, em especial quando se solicitam dados concretos.

Em relação a 2005, no questionário era igualmente perguntado o número de acções de formação realizadas nesse ano. Na Tabela 6.17 são apresentados os resultados globais. Verifica-se que a maioria das instituições (51%) assinalou que apenas realizou uma acção em 2005, tendo 23% referido que efectuaram duas acções nesse mesmo ano.

Tabela 6.17. Número de acções de formação sobre RH realizadas em 2005: respostas globais.

Acções de formação sobre RH	2005	
	(nº)	(%)
Quantas acções de formação em 2005		
1 acção	100	51,3
2 acções	44	22,6
De 3 a 5 acções	20	10,3
De mais de 5 a 10 acções	14	7,2
De mais de 10 a 20 acções	6	3,1
Mais de 20 acções	5	2,6
Outras respostas	1	0,5
S/ resposta	5	

Análise por tipo de instituição

Na Tabela 6.18 é apresentado o panorama da realização de acções de formação por tipo de instituição. Pela sua observação constata-se que proporcionalmente há mais hospitais onde são realizadas acções de formação sobre RH que centros de saúde. Além disso, as percentagens que correspondem às acções de formação efectuadas habitualmente são superiores às realizadas em 2005, resultado que seria de esperar, uma vez que se está a comparar diferentes intervalos de tempo.

Tabela 6.18. Acções de formação sobre RH (realizadas habitualmente e em 2005): respostas por tipo de instituição.

Acções de formação sobre RH	Normalmente				2005			
	Hospital		Centro de Saúde		Hospital		Centro de Saúde	
	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)
Sim	67	87,0	148	59,2	61	79,2	134	53,6
Não	8	10,4	101	40,4	16	20,8	115	46,0
S/ resposta	2	2,6	1	0,4	0	0,0	1	0,4

Em relação a divergências que possam existir entre acções de formação realizadas nos hospitais ou nos centros de saúde, a Tabela 6.19 permite visualizar os resultados obtidos. Habitualmente, em 69% dos hospitais realizam-se entre uma a duas acções

de formação sobre RH por ano, embora seja mais frequente efectuar apenas uma acção (43%). Nos centros de saúde em 66% dos casos apenas se realiza uma acção de formação por ano.

Tabela 6.19. Aspectos particulares das acções de formação sobre RH (realizadas habitualmente e em 2005): respostas por tipo de instituição.

Acções de formação sobre RH	Normalmente				2005			
	Hospital		Centro de Saúde		Hospital		Centro de Saúde	
	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)
Frequência habitual:								
Mais de 6 vezes por ano		0,0	5	3,4				
3 a 4 vezes por ano	5	7,5	2	1,4				
2 vezes por ano	17	25,4	14	9,5				
1 vez por ano	29	43,3	97	65,5				
Esporádico/ quando necessário	11	16,4	22	14,9				
S/ resposta/ Invalído	5		13					
Iniciativa de (resp. múltipla):								
Equipa/Comissão de gestão de RH	2	2,0	3	1,7	1	1,1	5	3,0
CCI	36	36,0	9	5,2	27	30,7	8	4,8
Directores e Administradores	2	2,0	8	4,6	0	0,0	7	4,2
Delegado de Saúde	0	0,0	5	2,9	1	1,1	4	2,4
Enfermeiro Chefe	0	0,0	9	5,2	0	0,0	8	4,8
TSA, Serviço/Equipa de Saúde Pública	1	1,0	21	12,1	1	1,1	14	8,4
Equipa de enfermagem / enfermeiro(s)	1	1,0	23	13,3	1	1,1	15	9,0
Alunos estagiários de enfermagem	1	1,0	0	0,0	0	0,0	4	2,4
ARS ou SRS	0	0,0	46	26,6	2	2,3	52	31,1
Própria instituição (ou seus serviços)	13	13,0	22	12,7	14	15,9	18	10,8
Dep./Gabinete formação da instituição	25	25,0	5	2,9	23	26,1	4	2,4
Operador de gestão de RH	13	13,0	21	12,1	12	13,6	25	15,0
Outros	6	6,0	1	0,6	6	6,8	3	1,8
S/ resposta	1		9		1		1	
Duração aproximada:								
1 hora ou menos	9	14,1	18	13,3	7	12,3	8	6,7
2 horas ou menos (mas mais que 1 hora)	22	34,4	44	32,6	14	24,6	39	32,5
4 horas ou menos (mas mais que 2 horas)	10	15,6	20	14,8	12	21,1	26	21,7
8 horas ou menos (mas mais que 4 horas)	6	9,4	33	24,4	7	12,3	32	26,7
12 horas ou menos (mas mais que 8 horas)	5	7,8	5	3,7	2	3,5	3	2,5
16 horas ou menos (mas mais que 12 horas)	2	3,1	3	2,2	4	7,0	1	0,8
20 horas ou menos (mas mais que 16 horas)	2	3,1	9	6,7	1	1,8	7	5,8
Mais que 20 horas	7	10,9	1	0,7	9	15,8	2	1,7
Outras situações	1	1,6	2	1,5	1	1,8	2	1,7
S/ resposta	3		13		4		14	

A iniciativa das acções de formação nos hospitais é sobretudo interna, tanto das CCI como dos departamentos de formação. Nos centros de saúde a iniciativa é principalmente das ARS ou SRS. Estes resultados verificam-se, tanto nas respostas referentes ao período “normalmente”, como a 2005.

Em relação à duração das acções de formação, nos hospitais habitualmente são de uma a duas horas, embora se observe um acréscimo da sua duração em 2005. Nos centros de saúde, a realização destas acções é, em geral, mais prolongada (entre mais de uma hora a oito horas), observando-se, igualmente, uma tendência para um acréscimo da duração das acções em 2005.

O público-alvo, por hospitais e centros de saúde, é apresentado na Tabela 6.20. É de salientar que muitas divergências observadas deverão estar relacionadas com as diferenças existentes entre estas duas instituições, nomeadamente em relação ao número de profissionais e à respectiva diversidade e especificidade (e.g. existência nos centros de saúde de AAV em detrimento de AAM).

Tabela 6.20. Público-alvo das acções de formação sobre RH (realizadas habitualmente e em 2005): respostas por tipo de instituição.

Acções de formação sobre RH	Normalmente													
	Hospitais							Centros de Saúde						
	Presença		Referência a qt estiveram presentes					Presença		Referência a qt estiveram presentes				
	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(soma)	(Min.)	Max.)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(soma)	(Min.)	Max.)
Público-alvo:														
Médicos	38	56,7	28	41,8	593	1	109	45	30,4	40	27,0	232	1	30
Enfermeiros	63	94,0	44	65,7	3232	1	437	132	89,2	113	76,4	1103	1	30
AAM	61	91,0	40	59,7	3237	3	686	115	77,7	98	66,2	713	1	30
Outros profissionais	49	73,1	32	47,8	992	1	187	84	56,8	74	50,0	355	1	35
Quais? (resp. múltipla)														
- AAV e porteiros	1	1,4						30	32,6					
- Func. limpeza, operários e afins	7	10,1						17	18,5					
- Administrativos	17	24,6						18	19,6					
- TDT	32	46,4						23	25,0					
- TSS	8	11,6						2	2,2					
- Outros profissionais	4	5,8						2	2,2					
	2005													
Público-alvo:														
Médicos	31	50,8	26	42,6	524	1	215	37	27,6	31	23,1	200	1	32
Enfermeiros	49	80,3	43	70,5	2363	1	436	106	79,1	94	70,1	884	1	27
AAM	58	95,1	50	82,0	2891	2	400	86	64,2	78	58,2	576	1	30
Outros profissionais	44	72,1	39	63,9	1481	1	380	78	58,2	69	51,5	363	1	35
Quais? (resp. múltipla)														
- AAV e porteiros	5	7,5						26	30,6					
- Func. limpeza, operários e afins	11	16,4						14	16,5					
- Administrativos	11	16,4						15	17,6					
- TDT	24	35,8						22	25,9					
- TSS	9	13,4						1	1,2					
- Outros profissionais	7	10,4						7	8,2					

AAV– Auxiliares de apoio e vigilância; TDT – Técnicos de diagnóstico e terapêutica; TSS – Téc. superiores de saúde.

Assim, ao ser efectuada a comparação, verifica-se que nos hospitais as acções de formação sobre RH englobam uma maior quantidade e diversidade de profissionais de saúde que nos centros de saúde, embora se saiba que nos hospitais a diversidade de profissionais é maior. Além disso, a presença de médicos nas acções de formação é sempre superior nos hospitais (estando presentes em mais de 50% das acções) em relação aos centros de saúde, onde a sua presença ronda 30% das acções.

Também, o número máximo de profissionais, por grupo, que assistiram às acções de formação é sempre muito maior nos hospitais que nos centros de saúde, não se verificando grandes diferenças entre o referido para o período “normalmente” e o correspondente a 2005.

Como anteriormente referido, em 2005 era solicitado que fosse mencionado o número de acções de formação realizadas nesse ano (Tabela 6.21). Os hospitais assinalaram entre uma e cinco acções de formação, em 62% dos casos, enquanto que

os centros de saúde referiram preferencialmente uma acção de formação (com 63% de respostas).

Tabela 6.21. Número de acções de formação sobre RH realizadas em 2005: respostas por tipo de instituição.

Acções de formação sobre RH	2005			
	Hospital		Centro Saúde	
	(nº)	(%)	(nº)	(%)
Quantas acções de formação em 2005				
1 acção	15	24,6	85	63,4
2 acções	11	18,0	33	24,6
De 3 a 5 acções	12	19,7	8	6,0
De mais de 5 a 10 acções	9	14,8	5	3,7
De mais de 10 a 20 acções	5	8,2	1	0,7
Mais de 20 acções	5	8,2		0,0
Outras respostas	1	1,6		0,0
S/ resposta	3		2	

Análise por ARS

Na Tabela 6.22 é apresentada a variação, por ARS, em termos de realização de acções de formação. Constata-se que a ARS Algarve parece ser, proporcionalmente, a que mais realiza acções de formação sobre RH, embora a ARS Centro também refira, para os dois períodos em estudo, percentagens elevadas.

Tabela 6.22. Acções de formação sobre RH (realizadas habitualmente e em 2005): respostas por ARS.

Normalmente	Acções de formação sobre RH									
	Norte		Centro		LVT		Alentejo		Algarve	
	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)
Sim	41	85,4	84	65,6	53	62,4	24	50,0	13	72,2
Não	7	14,6	42	32,8	31	36,5	24	50,0	5	27,8
S/ resposta	0	0,0	2	1,6	1	1,2	0	0,0	0	0,0
2005										
Sim	43	89,6	80	62,5	38	44,2	24	50,0	11	61,1
Não	5	10,4	48	37,5	48	55,8	24	50,0	6	33,3
S/ resposta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6

☐ Dados não representativos da ARS.

Na ARS Alentejo o número de instituições que assinalou efectuar acções de formação igualou as que referiram não as realizar, enquanto que na ARS Lisboa e Vale do Tejo, em 2005, a maior parte das instituições (56%) não efectuou acções de formação, embora 62% referissem que habitualmente as realizam (ou seja, que nos anos anteriores normalmente as realizam). Tal como mencionado anteriormente, não são comentados os valores da ARS Norte, por não serem representativos da região.

Os resultados por tipo de instituição e ARS, apresentam-se na Tabela 6.23, mas também na Tabela AA e na Tabela AB (as duas últimas no Apêndice 15). Na ARS Norte⁶ e na ARS Algarve, verifica-se que, proporcionalmente, nos centros de saúde é mais assinalada a realização de acções de formação sobre RH que nos hospitais. Contudo, no resto do país verifica-se o contrário, as acções de formação são efectuadas predominantemente nos hospitais.

Tabela 6.23. Acções de formação sobre RH (realizadas habitualmente e em 2005): respostas por tipo de instituição e ARS.

		Acções de formação sobre RH															
		Norte								Centro							
		Normalmente				2005				Normalmente				2005			
		Hospital		C. Saúde		Hospital		C. Saúde		Hospital		C. Saúde		Hospital		C. Saúde	
		(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)
Sim		16	80,0	25	89,3	15	75,0	28	100,0	25	89,3	59	59,0	24	85,7	56	56,0
Não		4	20,0	3	10,7	5	25,0	0	0,0	2	7,1	40	40,0	4	14,3	44	44,0
S/ resposta		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,6	1	1,0	0	0,0	0	0,0
		LVT								Alentejo							
		Normalmente				2005				Normalmente				2005			
		Hospital		C. Saúde		Hospital		C. Saúde		Hospital		C. Saúde		Hospital		C. Saúde	
		(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)
Sim		20	90,9	33	52,4	17	77,3	21	33,3	5	100,0	19	44,2	4	80,0	20	46,5
Não		1	4,5	30	47,6	5	22,7	42	66,7	0	0,0	24	55,8	1	20,0	23	53,5
S/ resposta		1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
		Algarve															
		Normalmente				2005											
		Hospital		C. Saúde		Hospital		C. Saúde									
		(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)	(nº)	(%)								
Sim		1	50,0	12	75,0	1	50,0	10	66,7								
Não		1	50,0	4	25,0	1	50,0	5	33,3								
S/ resposta		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0								

□ Dados não representativos da ARS.

Relativamente à frequência habitual de realização das acções de formação, não se observam diferenças acentuadas entre ARS, correspondendo as maiores percentagens à periodicidade “uma vez por ano”. Apenas nos hospitais a frequência parece variar um pouco, surgindo também percentagens elevadas associadas a “duas vezes por ano”.

As diferenças referentes à responsabilidade pela iniciativa de realização das acções de formação são mais acentuadas entre hospitais e centros de saúde, que entre ARS ou entre os dois períodos de tempo. Nos hospitais a iniciativa é sobretudo da CCI e do departamento de formação, embora também da própria instituição, surgindo a excepção na ARS Algarve, onde a iniciativa das acções de formação é sempre do operador de gestão de RH. É de salientar que este último resultado corresponde apenas a um único hospital.

⁶ Apenas referente a duas SRS: Viana do Castelo e Vila Real, das cinco existentes na ARS Norte.

Nos centros de saúde, a diversidade entre ARS é um pouco mais acentuada. A iniciativa é predominantemente das ARS ou das SRS, embora em Lisboa e Vale do Tejo seja sobretudo dos TSA ou serviços/equipas de saúde pública. No entanto, são também assinalados, com percentagens significativas, outros responsáveis, como na ARS Norte (em Viana do Castelo e Vila Real) o operador de gestão dos RH, na ARS Centro a equipa de enfermagem (ou um ou mais enfermeiros) e na ARS Algarve a própria instituição ou os seus serviços. Em todas as ARS verificam-se diferenças entre o período temporal denominado “normalmente” e o ano de 2005.

Ao observar os resultados da Tabela AA (Apêndice 15) e da Tabela AB (Apêndice 15) constata-se que a duração aproximada das acções de formação sobre RH varia, tanto entre ARS como entre os dois períodos de tempo considerados. Verifica-se, sobretudo nos hospitais, onde é assinalado tendencialmente mais tempo para as acções em 2005. Nos centros de saúde o acréscimo da sua duração em 2005, em relação ao “habitualmente”, é mais notório nas ARS Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

Na Tabela AC (Apêndice 15) é apresentado o público-alvo das acções de formação nos dois períodos temporais, por ARS e tipo de instituição. As diferenças encontradas não são muito significativas. Na maior parte das situações, os enfermeiros e os AAM são os que estão mais presentes nas acções de formação, sendo os médicos os que menos assistem a estas iniciativas.

Relativamente aos restantes profissionais, nos hospitais é referida a presença de técnicos de diagnóstico e terapêutica num maior número de acções de formação, sendo excepção a ARS Norte e a ARS Alentejo em 2005, onde é mais assinalado a presença de administrativos. Nos centros de saúde é maior a divergência de outros profissionais de saúde que assistem às acções de formação, variando bastante com a ARS.

O número de acções de formação realizadas em 2005, por ARS e tipo de instituição pode ser observado na Tabela 6.24. Embora na maior parte das situações tenha sido apenas realizada uma acção de formação, sobretudo nos centros de saúde, por vezes, nos hospitais foram efectuadas mais acções, como se verifica na ARS Lisboa e Vale do Tejo, na ARS Alentejo, mas também na ARS Norte⁷ e na ARS Algarve.

⁷ Embora apenas referente a duas SRS: Viana do Castelo e Vila Real, das cinco existentes na ARS Norte.

Tabela 6.24. Número de acções de formação sobre RH realizadas em 2005: respostas por região e tipo de instituição.

Acções de formação sobre RH	2005											
	Norte				Centro				LVT			
	Hospital	Centro	Saúde		Hospital	Centro	Saúde		Hospital	Centro	Saúde	
Quantas acções de formação em 2005												
1 acção	3	20,0	22	78,6	9	37,5	34	60,7	2	11,8	13	61,9
2 acções	2	13,3	5	17,9	5	20,8	14	25,0	2	11,8	5	23,8
De 3 a 5 acções	2	13,3	1	3,6	3	12,5	6	10,7	6	35,3	1	4,8
De mais de 5 a 10 acções	1	6,7		0,0	3	12,5	2	3,6	4	23,5	1	4,8
De mais de 10 a 20 acções	3	20,0		0,0	1	4,2		0,0	1	5,9		0,0
Mais de 20 acções	2	13,3		0,0	2	8,3		0,0	1	5,9		0,0
Outras respostas		0,0		0,0	1	4,2		0,0		0,0		0,0
S/ resposta	2		0		0	0	0		1		1	
Acções de formação sobre RH	Alentejo				Algarve							
	Hospital	Centro	Saúde		Hospital	Centro	Saúde					
Quantas acções de formação em 2005												
1 acção	1	25,0	10	50,0		0,0	6	60,0				
2 acções	1	25,0	6	30,0	1	100,0	3	30,0				
De 3 a 5 acções	1	25,0	1	5,0		0,0		0,0				
De mais de 5 a 10 acções	1	25,0	2	10,0		0,0		0,0				
De mais de 10 a 20 acções		0,0		0,0		0,0		0,0				
Mais de 20 acções		0,0		0,0		0,0		0,0				
Outras respostas		0,0		0,0		0,0		0,0				
S/ resposta	1		1				2					

□ Dados não representativos da ARS.

6.2. Informação complementar baseada em trabalhos de investigação

Uma listagem de trabalhos de investigação (dissertações de mestrado e de doutoramento) realizados, nos últimos anos, sobre a temática dos RH é apresentada no Apêndice 16. Destes trabalhos, dois correspondem a dissertações de doutoramento.

Optou-se por seleccionar duas curtas passagens dos resultados destes doutoramentos por se considerar que constituem um importante complemento para o conhecimento da realidade nacional em termos de gestão de RH, no período em estudo.

Do trabalho realizado por Tavares (2004), que abrangeu o concelho da Amadora, seleccionaram-se os dados de produção de RH em 6 categorias de UPCS privadas e também em cuidados domiciliários. Esta opção prende-se com o facto de não existir informação discriminada e fiável relativamente a estes produtores de RH, como foi salientado no capítulo 4 – Produção de RH.

Da dissertação elaborada por Gonçalves (2005), que estudou 6 hospitais do SNS, são apresentados dados sobre o conhecimento e a percepção de risco dos profissionais de saúde em relação à separação dos RH. Esta informação permite conhecer as dúvidas e as certezas dos profissionais de saúde relativamente a esta temática e a influência que a percepção de risco pode desempenhar na triagem dos RH.

6.2.1. Produção de resíduos hospitalares em unidades de prestação de saúde privadas e em cuidados domiciliários

Em Tavares (2004) foi avaliada a produção de RH nas UPCS do Concelho da Amadora, em 2001, 2002 e 2003, tendo sido incluídas, tanto as unidades privadas, como as pertencentes ao SNS. Foram estudadas 93 UPCS, em 2001, e 104 em 2002⁸. Nesta investigação foi igualmente avaliada, embora em 2003, a produção de RH na prestação de cuidados domiciliários.

As UPCS estudadas foram agrupadas em oito categorias, sendo seis referentes exclusivamente a UPCS privadas. Destas, quatro categorias englobam todas as UPCS do Concelho da Amadora incluídas nessa categoria e duas, os lares para idosos e os postos médicos de empresas, incluem apenas algumas UPCS existentes no concelho. Os critérios de inclusão podem ser consultados em Tavares (2004).

Na Tabela 6.25 são apresentadas as produções médias por grupo de RH, para as categorias de UPCS privadas consideradas em Tavares (2004). É de referir que as clínicas médicas englobam também as policlínicas e os centros de enfermagem e que nas clínicas dentárias são incluídos os consultórios dentários. Os lares para idosos compreendem todos os lares licenciados do concelho, não fazendo parte os centros de dia (Tavares, 2004).

Tabela 6.25. Produção de RH em 6 categorias de UPCS no Concelho da Amadora (adaptado de Tavares, 2004).

Categorias UPCS	2001										
	nº total	% resp.	Produção média por cada UPCS						Capitação		
			G. I e II		G. III		G. IV		G. I e II	G. III	G. IV
(kg)	(%)	(kg)	(%)	(kg)	(%)	(kg)	(%)				
Clínicas Médicas	23	65,2	284,1	66,0	129,5	30,1	16,8	3,9			
Clínicas Dentárias	38	81,6	789,7	79,9	185,4	18,8	13,4	1,4			
Postos Med. Empresas	5*	80,0			229,7	98,3	4,1	1,7			
Clínicas Veterinárias	10	80,0	117,0	44,2	131,9	49,8	16,1	6,1			
Clínicas Hemodiálise	2	100,0			147,6	44,9	181,4	55,1			
Lares para Idosos	6	100,0	14246,3	99,7	48,4	0,3	1,4	0,0			
2002											
Clínicas Médicas	26	65,4	269,2	62,8	142,4	33,2	17,1	4,0	120 i)	110 i)	9 i)
Clínicas Dentárias	39	97,4	724,1	80,2	165,6	18,3	13,4	1,5	396 i)	135 i)	6 i)
Postos Med. Empresas	5*	100,0			32,0	87,2	4,7	12,8		48 i)	7 i)
Clínicas Veterinárias	13	76,9	99,8	48,4	95,4	46,3	11,1	5,4			
Clínicas Hemodiálise	2	100,0			185,8	51,4	175,8	48,6			
Lares para Idosos	10	70,0	14268,0	99,6	48,6	0,3	1,8	0,0	498 ii)	1,7 ii)	0,06 ii)

* Não corresponde a todo o universo existente no Concelho da Amadora; i) g/consulta; ii) kg/cama.

⁸ Todas as UPCS avaliadas em 2001 também o foram em 2002, sendo neste último ano acrescentadas 11 novas unidades.

Como se pode visualizar na Tabela 6.25, as produções médias por UPCS, bem como as respectivas percentagens, diferem bastante para cada tipo de estabelecimento. Contudo, ao fazer a comparação por tipo de UPCS para os dois anos em estudo, as alterações em termos de percentagens não são, normalmente, muito acentuadas.

Deve-se salientar que os postos médicos das empresas e as clínicas de hemodiálise não apresentam produções para os RH não perigosos (grupos I e II). Além disso, os valores para os grupos I e II não devem ser considerados como muito representativos, uma vez que correspondem normalmente a medições grosseiras ou mesmo a estimativas.

Em Tavares (2004), as capitações apenas foram calculadas para 2002. Nas clínicas médicas, clínicas dentárias e postos médicos de empresas, o cálculo baseou-se no número de consultas por dia. Ao calcular as capitações em função do número de consultas, está-se a pressupor que todos os RH são produzidos na prestação de consultas. Contudo, isso nem sempre espelha a realidade (Tavares, 2004).

O cálculo da capitação, nos lares para idosos, foi efectuado em relação ao número de camas. Esta opção deve-se ao facto dos idosos serem residentes, reflectindo a produção de RH a prestação de cuidados de saúde aos idosos que têm no “Lar” o seu domicílio, ou seja, um idoso por cama. Caso se tratasse de centros de dia, os cálculos deveriam ser efectuados por utilizador (ou utente do centro de dia) (Tavares, 2004).

No trabalho de investigação realizado, não foi possível calcular a capitação para as clínicas veterinárias e para as clínicas de hemodiálise. Nas clínicas veterinárias observadas nenhuma indicou o número de actos médicos prestados. Nas clínicas de hemodiálise também não foi disponibilizado, nem o número de consultas, nem o número de diálises efectuadas (Tavares, 2004).

Em Tavares (2004), foi igualmente avaliada a produção de RH na prestação de cuidados domiciliários, no Concelho da Amadora. A metodologia adoptada é descrita no respectivo trabalho de investigação. Na Tabela 6.26 são apresentados os resultados obtidos por tipo de tratamento, embora referentes apenas aos RH dos grupos III e IV.

Pela observação da Tabela 6.26 conclui-se que três dos tipos de tratamento (ou actos prestados) - tratamento a úlcera varicosa, a pé diabético e a escara de pressão – produzem mais RH do grupo III do que os restantes tratamentos avaliados. Além disso, dois destes tratamentos parecem ser os mais requeridos na prestação de cuidados domiciliários, representando, na amostra analisada, cerca de 70% dos tratamentos observados.

Em relação à produção de RH do grupo IV, apenas foi registada em 18 casos, correspondendo aos 4 últimos tipos de tratamento da Tabela 6.26, sendo sempre de

3,8 gramas por tratamento. Este peso deve-se às agulhas utilizadas em terapêutica injectável⁹ (Tavares, 2004).

Tabela 6.26. Produção de RH por tipo de tratamento efectuado nos cuidados domiciliários, no Concelho da Amadora (adaptado de Tavares, 2004).

Concelho da Amadora						
2003						
Cuidados domiciliários Tipo tratamento	Doentes observados		Produção por tratamento			
	(n°)	(%)	G.III			G. IV
			Média (g)	Min. (g)	Máx. (g)	Média (g)
Úlcera Varicosa	40	45,5	258,1	52,0	507,7	-
Pé Diabético	22	25,0	247,9	101,1	487,3	-
Escara de Pressão	8	9,1	279,3	98,6	379,4	-
Patologia Osteo-articular	10	11,4	40,4	28,4	57,3	3,8
Infecção	4	4,5	35,1	28,4	46,5	3,8
Acidente	2	2,3	61,1	59,9	62,3	3,8
Pós-operatório	2	2,3	35,0	31,7	38,3	3,8

Na investigação realizada observou-se que todos os RH, com excepção dos cortantes e perfurantes, incluídos no grupo IV, ficaram em casa do doente, em sacos de plástico por ele fornecidos, os quais eram posteriormente depositados nos contentores camarários (mas não pelos profissionais de saúde).

Em Tavares (2004), para estimar o peso total de RH do grupo III produzidos na prestação domiciliária de cuidados durante o ano de 2003, considerou-se a média obtida do peso do grupo III produzido por tratamento em cuidados domiciliários (213,07g) e admitiu-se que a população de indivíduos submetidos a tratamento no domicílio durante esse ano (1012 doentes) se comportou como a amostra retirada aleatoriamente. Na Tabela 6.27 apresentam-se os resultados obtidos.

Conclui-se que o peso total de RH do grupo III produzido na prestação de cuidados domiciliários no Concelho da Amadora, em 2003, pelos 1012 doentes, situa-se no intervalo compreendido entre um limite inferior de 8,79 toneladas e um limite superior de 11,41 toneladas. Para os RH do grupo IV, estima-se uma produção total de 10,24 kg, para 2003.

Tabela 6.27. Estimativa da produção de RH nos cuidados domiciliários, em 2003, no Concelho da Amadora (Tavares, 2004).

Concelho da Amadora		
2003		
	Produção total estimada	
	G. III (kg)	G. IV (kg)
Cuidados domiciliários	8785,6 - 11408,0	10,2

⁹ Em Tavares (2004) é abordado o facto de apenas se ter considerado as agulhas como RH do grupo IV.

Com base nos resultados anteriores constata-se que a produção de RH na prestação de cuidados domiciliários é bastante elevada, não tendo, no caso do grupo III, um encaminhamento adequado. Actualmente, esta situação verifica-se, ainda, em muitos concelhos do país.

6.2.2. Conhecimento e percepção de risco sobre a separação de resíduos hospitalares

O trabalho de investigação realizado por Gonçalves (2005) abordou 6 hospitais do SNS, distribuídos por Portugal Continental. Os resultados que permitem avaliar o conhecimento real sobre a separação de RH por grupos e a percepção de risco associada a cada tipo de RH basearam-se em dois inquéritos por questionário (Q1 e Q2), realizados com um ano de intervalo, aos profissionais de saúde dos hospitais em estudo.

Neste documento apenas se apresentam os resultados referentes ao segundo questionário (Q2)¹⁰, realizado no final de 2002 e início de 2003. Esta opção teve por base estes serem os dados mais recentes, mas também por espelharem o principal sobre os assuntos abordados, tendo igualmente a vantagem de simplificar a apresentação dos resultados.

Informações complementares, tanto em relação à metodologia seguida, como sobre outros resultados obtidos no trabalho de investigação, podem ser consultados em Gonçalves (2005).

Conhecimento real sobre a separação de RH por grupos

O conhecimento real sobre a separação de RH foi avaliado através da utilização de 15 expressões correspondentes a diferentes tipos de RH. Estas expressões foram retiradas da legislação em vigor (Decreto-Lei nº 242/96, de 13 de Agosto), tendo sido solicitado aos inquiridos que efectuassem a correspondência entre cada um desses 15 tipos de RH e os recipientes definidos pela legislação (preto – grupos I e II, branco – grupo III e vermelho ou contentor para cortantes e perfurantes – grupo IV) (Gonçalves, 2005).

Pelos testes estatísticos efectuados concluiu-se que são sempre estatisticamente significativas as diferenças entre grupos profissionais, para os 15 tipos de RH considerados. Por forma a tornar a apresentação dos resultados mais perceptível, optou-se por dividir a respectiva apresentação pelos grupos de RH/cores dos recipientes, definidos na legislação em vigor (Gonçalves, 2005).

¹⁰ No segundo questionário (Q2) foram obtidos 1010 questionários válidos, sendo a taxa de retorno de 39%.

Na Figura 6.1 é apresentado o conhecimento real para os RH do recipiente preto (grupos I e II). Observa-se que não existem grandes dúvidas na separação dos RH do grupo I, (g) resíduos dos serviços gerais e (p) resíduos da confecção e restos de alimentos servidos a doentes não infecciosos ou suspeitos. Contudo, alguns RH deste grupo são ainda separados para os restantes recipientes (branco e vermelho). Em relação aos (g) resíduos dos serviços gerais, são sobretudo os médicos os profissionais que mais se enganam.

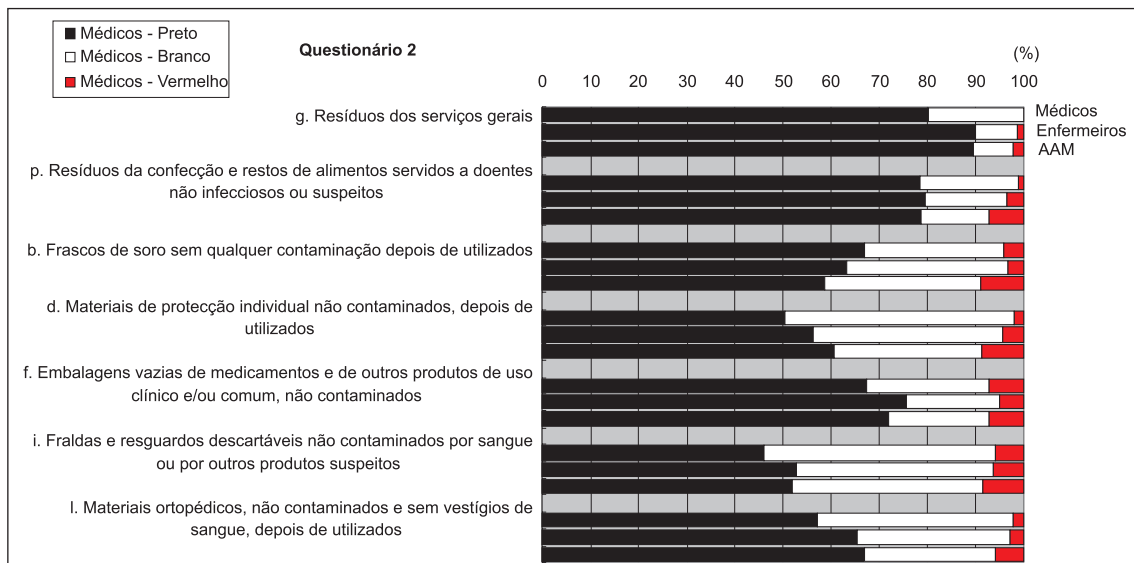


Figura 6.1. Conhecimento real - grupos I e II, por questionário e por grupos profissionais (Q2) (Gonçalves, 2005).

Maiores dúvidas na separação verificam-se para os resíduos do grupo II, uma vez que englobam resíduos mais específicos da prestação de cuidados de saúde. As dúvidas surgem, sobretudo, em relação às (i) fraldas e resguardos descartáveis não contaminados por sangue ou por outros produtos suspeitos. Para este tipo de resíduo as percentagens de colocação nos recipientes preto e branco são bastante próximas (Gonçalves, 2005).

Os (d) materiais de protecção individual não contaminados, depois de utilizados, têm também associado um grau elevado de erro. De igual forma, percentagens significativas no recipiente branco registam-se para os (b) frascos de soro sem qualquer contaminação, depois de utilizados, e para os (l) os materiais ortopédicos, não contaminados e sem vestígios de sangue, depois de utilizados (Gonçalves, 2005).

De acordo com Gonçalves (2005), os médicos apresentam maiores percentagens de erro na separação dos RH do grupo III, com excepção dos (b) frascos de soro sem qualquer contaminação, depois de utilizados, em que os maiores enganos se devem aos AAM.

Os resultados obtidos para a separação dos RH do grupo III (resíduos colocados no recipiente branco) apresentam-se na Figura 6.2. Como se pode observar, neste caso as maiores dúvidas surgem entre o recipiente branco e o vermelho.

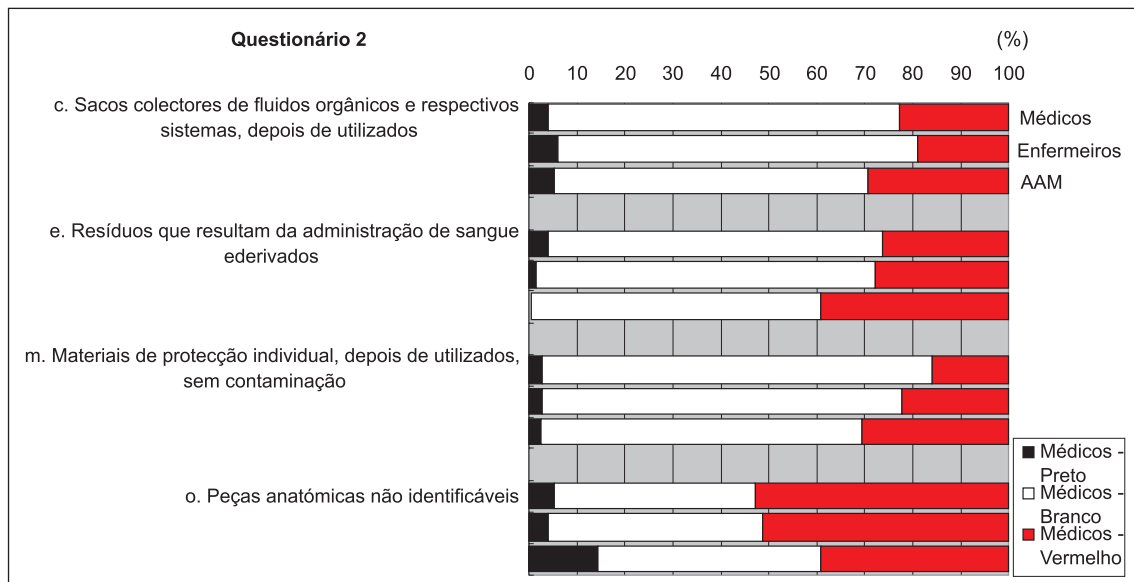


Figura 6.2. Conhecimento real - grupo III, por questionário e por grupos profissionais (Q2) (Gonçalves, 2005).

Destes RH, os que suscitam mais dúvidas na separação são as (o) peças anatómicas não identificáveis. Os médicos e os enfermeiros afirmaram colocar estes RH preferencialmente no recipiente vermelho, enquanto que os AAM além dos recipientes vermelho e branco, também os colocam no recipiente preto (Gonçalves, 2005).

Para os restantes RH do grupo III, embora existam dúvidas na sua colocação, estas não são tão acentuadas. No entanto, observa-se que os AAM apresentam sempre uma maior tendência para a deposição destes RH no recipiente vermelho em comparação com os médicos e os enfermeiros (Gonçalves, 2005).

Os resultados obtidos para a separação dos resíduos do grupo IV (a colocar no recipiente vermelho ou no contentor de cortantes e perfurantes) podem ser visualizados na Figura 6.3.

Pela observação da Figura 6.3 constata-se que a maior confusão na separação surge relacionada com os (h) fármacos rejeitados. Estes são colocados por todos os grupos de profissionais de saúde preferencialmente no recipiente branco e, de forma quase equitativa, nos recipientes preto e vermelho (Gonçalves, 2005).

De acordo com Gonçalves (2005), os (j) materiais cortantes e perfurantes, após utilização, praticamente não apresentam dúvidas na sua separação. Contudo, para os (a) produtos com toxicidade química, depois de utilizados, e para os (h) fármacos rejeitados denota-se alguma incerteza na sua deposição, especialmente em relação ao recipiente branco.

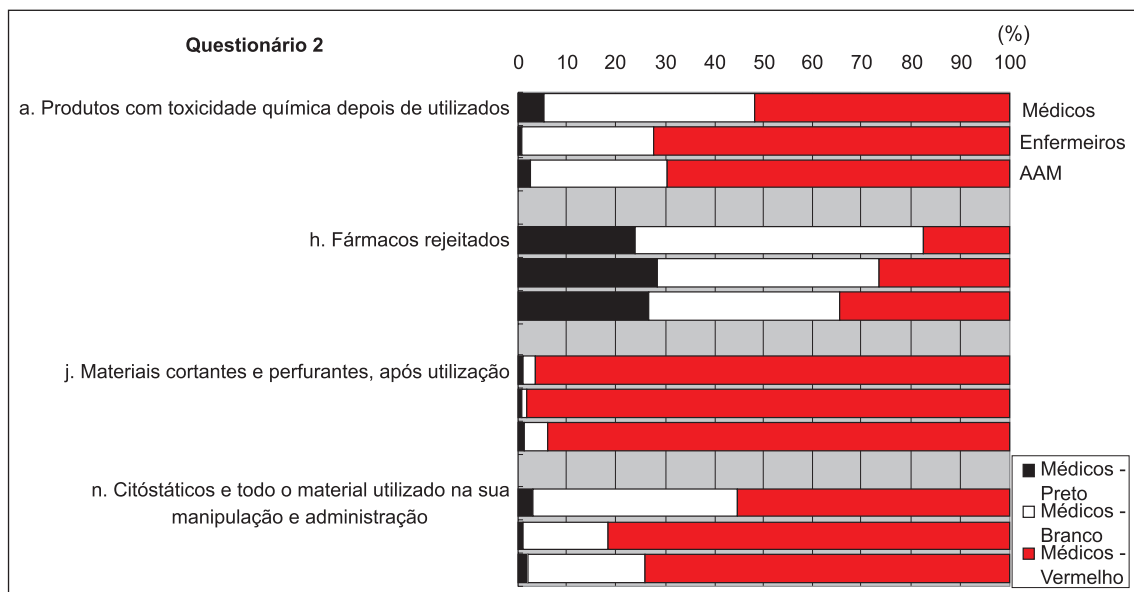


Figura 6.3. Conhecimento real - grupo IV, por questionário e por profissionais de saúde (Q2) (Gonçalves, 2005).

Percepção de risco por tipo de RH

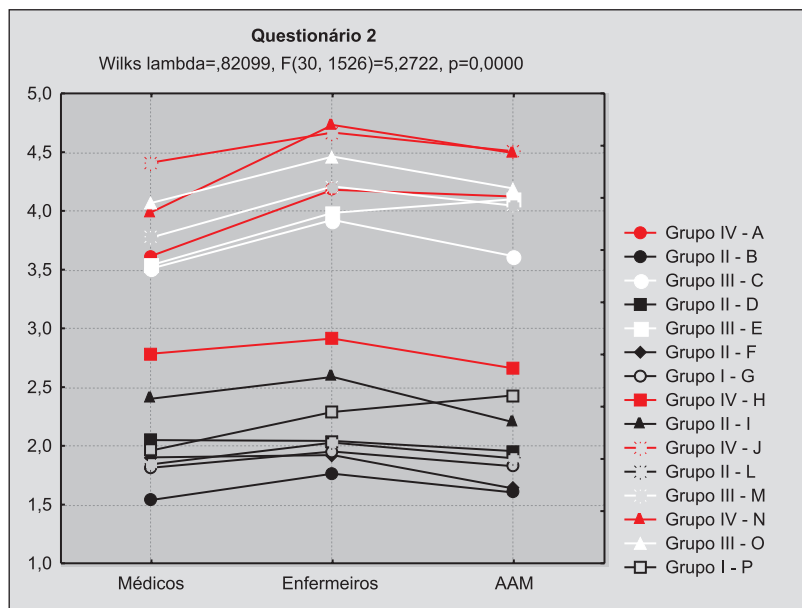
A pergunta sobre a percepção de risco em relação aos RH, por tipos de resíduos, foi, em Gonçalves (2005), igualmente baseada nas 15 frases mencionadas anteriormente. Neste caso, foi solicitada a opinião dos inquiridos sobre o risco para a saúde inerente a cada um dos 15 tipos de resíduos. Esta pergunta foi codificada numa escala de 5 pontos, com os extremos entre (1) “não têm qualquer risco para a saúde” e (5) “têm um risco muito elevado”.

Na Figura 6.4 pode ser visualizada a percepção de risco que os profissionais de saúde associam ao conjunto dos 15 tipos de RH em análise. Na generalidade, a percepção de risco coincide com o risco definido pela legislação em vigor, apresentando os RH do recipiente preto um risco mais baixo e os RH do recipiente vermelho um risco mais elevado (Gonçalves, 2005).

Contudo, observam-se exceções, em especial para alguns RH específicos (recipiente vermelho), como os (h) fármacos rejeitados e os (a) produtos com toxicidade química, depois de utilizados. Os primeiros têm associada uma percepção de risco para a saúde mais próxima dos RH do recipiente preto, enquanto que os segundos têm

uma percepção de risco muito equivalente aos RH do recipiente branco (Gonçalves, 2005).

Segundo Gonçalves (2005), estes resultados podem indicar a necessidade de repensar, tanto os resíduos incluídos no grupo IV como a importância de alterar o risco associado pelos profissionais de saúde a estes resíduos, uma vez que o risco percebido pode influenciar a escolha do recipiente de separação.



Grupo I – G. Resíduos provenientes dos serviços gerais; P. Resíduos provenientes da confecção e restos de alimentos servidos a doentes não infecciosos ou suspeitos. **Grupo II** – B. Frascos de soro sem qualquer contaminação, depois de utilizados; D. Materiais de protecção individual não contaminados, depois de utilizados; F. Embalagens vazias de medicamentos ou de outros produtos de uso clínico e/ou comum, não contaminados; I. Fraldas e resguardos descartáveis não contaminados por sangue ou por outros produtos suspeitos; L. Materiais ortopédicos, não contaminados e sem vestígios de sangue, depois de utilizados. **Grupo III** – C. Sacos colectores de fluidos orgânicos e respectivos sistemas, depois de utilizados; E. Resíduos que resultam da administração de sangue e derivados (excepto cortantes e perfurantes); M. Materiais de protecção individual, depois de utilizados, que não tenham tido contacto com produtos contaminados; O. Peças anatómicas não identificáveis. **Grupo IV** – A. Produtos com toxicidade química, depois de utilizados; H. Fármacos rejeitados; J. Materiais cortantes e perfurantes, após utilização; N. Citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração.

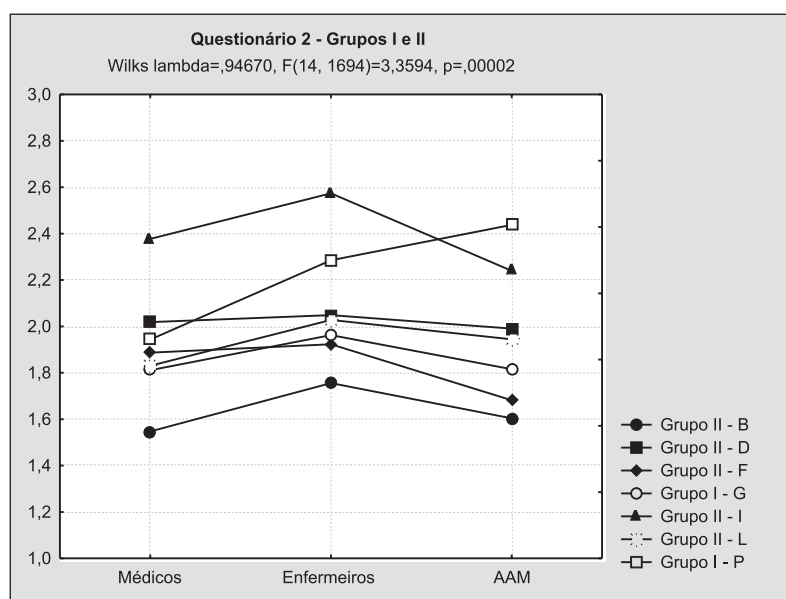
Figura 6.4. Percepção de risco por tipo de RH, em relação aos profissionais de saúde (Q2) (Gonçalves, 2005).

É interessante referir, também, que para a maioria dos RH, sobretudo para os perigosos, os médicos apresentam uma percepção de risco mais baixa que os restantes grupos profissionais (Gonçalves, 2005).

Na Figura 6.5 apresentam-se os valores médios da percepção de risco para os RH do recipiente preto (grupos I e II). Como se pode verificar, a percepção de risco é relativamente baixa, não ultrapassando o valor médio da escala. Além disso, apesar dos resíduos do grupo I serem considerados, pela legislação, como equiparados a urbanos,

o risco que os profissionais de saúde associam a estes RH é bastante semelhante ao assinalado para os resíduos do grupo II, RH denominados não perigosos (Gonçalves, 2005).

De acordo com Gonçalves (2005), no grupo I, apenas os (p) resíduos da confecção e restos de alimentos, servidos a doentes não infecciosos ou suspeitos, apresentam diferenças com significado estatístico entre grupos profissionais. Os AAM associam a estes resíduos um maior risco comparativamente aos enfermeiros e sobretudo aos médicos.



Grupo I – G. Resíduos provenientes dos serviços gerais; P. Resíduos provenientes da confecção e restos de alimentos servidos a doentes não infecciosos ou suspeitos. **Grupo II** – B. Frascos de soro sem qualquer contaminação, depois de utilizados; D. Materiais de protecção individual não contaminados, depois de utilizados; F. Embalagens vazias de medicamentos ou de outros produtos de uso clínico e/ou comum, não contaminados; I. Fraldas e resguardos descartáveis não contaminados por sangue ou por outros produtos suspeitos; L. Materiais ortopédicos, não contaminados e sem vestígios de sangue, depois de utilizados.

Figura 6.5. percepção de risco - grupos I e II, em relação aos grupos profissionais (Q2) (Gonçalves, 2005).

Dos resíduos do grupo II, os (b) frascos de soro sem qualquer contaminação, depois de utilizados, são os que apresentam um menor risco associado. Os médicos têm uma percepção de risco mais baixa que os AAM e estes dois grupos profissionais demonstram uma menor percepção de risco que os enfermeiros, sendo as diferenças entre grupos profissionais estatisticamente significativas (Gonçalves, 2005).

Com uma percepção de risco um pouco mais elevada, mas ainda inferior aos restantes resíduos encontram-se as (f) embalagens vazias de medicamentos ou de outros produtos de uso clínico e/ou comum, não contaminados. Neste caso, são os AAM que têm a percepção de um menor risco e os enfermeiros os que

associam a estes RH um risco mais elevado. Também para estes resíduos, as diferenças entre grupos profissionais apresentam significado estatístico (Gonçalves, 2005).

Com a percepção de risco mais elevada, relativamente aos restantes RH não perigosos, surgem, de acordo com Gonçalves (2005), as (i) fraldas e resguardos descartáveis, não contaminados por sangue ou por outros produtos suspeitos. A exceção surge, apenas, para os AAM, sendo o risco associado a estes resíduos ultrapassado pelo risco assinalado para os (p) resíduos da confecção e restos de alimentos, servidos a doentes não infecciosos ou suspeitos.

Os enfermeiros são o grupo profissional que associa um maior risco às (i) fraldas e resguardos descartáveis, seguidos dos médicos e por último dos AAM. As diferenças entre grupos profissionais são estatisticamente significativas. É interessante relacionar estes resultados com as dúvidas na separação destes RH apresentadas na Figura 6.1 (Gonçalves, 2005).

A percepção de risco associada aos (d) materiais de protecção individual não contaminados e aos (l) materiais ortopédicos não contaminados e sem vestígios de sangue, ambos depois de utilizados, é bastante próxima, como se pode observar na Figura 6.5. Além de ser, também, muito semelhante ao risco associado aos (g) resíduos dos serviços gerais, referidos anteriormente. Diferenças com significado estatístico entre grupos profissionais apenas se verificam para os (e) materiais ortopédicos (Gonçalves, 2005).

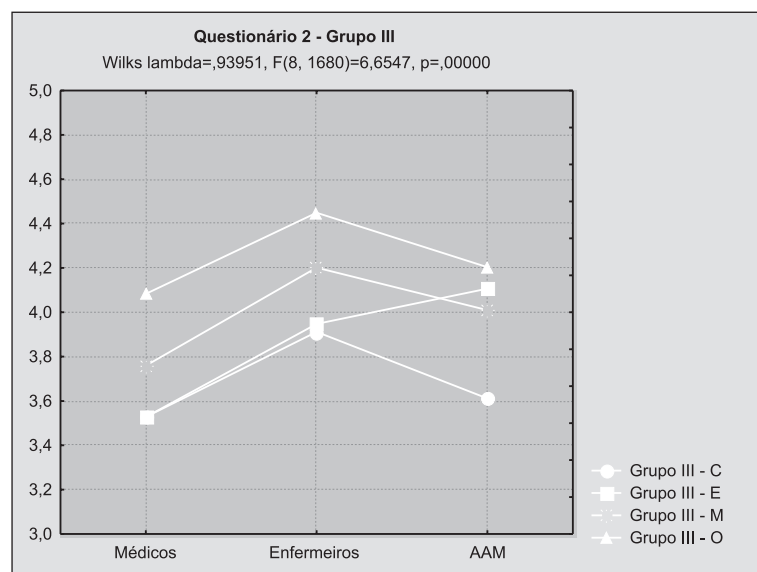
Na Figura 6.6 pode-se observar a percepção de risco para a saúde associada aos resíduos do grupo III (recipiente branco). Os resíduos que apresentam uma menor percepção de risco são os (c) sacos colectores de fluidos orgânicos e respectivos sistemas, depois de utilizados, e os (e) resíduos que resultam da administração de sangue e derivados, com excepção do material cortante e perfurante.

Segundo Gonçalves (2005), os médicos demonstram uma menor percepção de risco associada aos resíduos referidos anteriormente, comparativamente aos restantes grupos profissionais. Os AAM referem o risco dos resíduos que resultam da (e) administração de sangue e derivados como superior ao associado aos (c) sacos colectores de fluidos orgânicos e respectivos sistemas. Para estes dois RH as diferenças entre grupos profissionais têm significado estatístico.

Os (m) materiais de protecção individual, depois de utilizados, que não tenham tido contacto com produtos contaminados, têm associada uma percepção de risco superior, embora esta seja inferior ao risco inerente às (o) peças anatómicas não identificáveis (Gonçalves, 2005).

Os (m) materiais de protecção individual que não tenham tido contacto com produtos contaminados, apresentam, também, diferenças estatisticamente significativas, entre grupos profissionais, associando os médicos um risco mais baixo e os enfermeiros um risco mais elevado (Gonçalves, 2005).

As (o) peças anatómicas não identificáveis são os resíduos do grupo III que os profissionais de saúde consideram com maior risco. Os enfermeiros assinalam um risco superior, estando em segundo lugar os AAM. As diferenças entre grupos profissionais são estatisticamente significativas (Gonçalves, 2005).



Grupo III – C. Sacos colectores de fluidos orgânicos e respectivos sistemas, depois de utilizados; E. Resíduos que resultam da administração de sangue e derivados (excepto cortantes e perfurantes); M. Materiais de protecção individual, depois de utilizados, que não tenham tido contacto com produtos contaminados; O. Peças anatómicas não identificáveis.

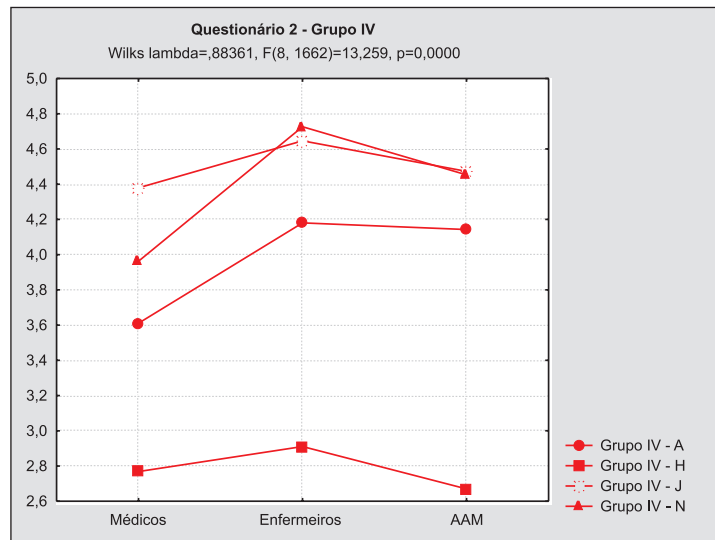
Figura 6.6. Percepção de risco - grupo III, em relação aos profissionais de saúde (Q2) (Gonçalves, 2005).

Esta também é uma situação em que é interessante observar os resultados apresentados na Figura 6.2, demonstrando os profissionais de saúde para este RH (o) grandes dúvidas na sua separação, especialmente entre o recipiente branco e o vermelho.

Os valores médios obtidos para a percepção de risco associada aos resíduos do grupo IV (recipiente vermelho ou contentor de cortantes e perfurantes) apresentam-se na Figura 6.7.

De acordo com Gonçalves (2005), os (h) fármacos rejeitados têm associada uma menor perigosidade relativamente aos restantes resíduos do grupo IV, ligeiramente inferior ao valor médio da escala (“têm um risco médio para a saúde”). Estes resíduos também não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre grupos profissionais.

Os (a) produtos com toxicidade química, depois de utilizados, apresentam uma percepção de risco mais elevada mas bastante semelhante à verificada para os resíduos do grupo III, como se pode observar na Figura 6.4. Os médicos associam a estes RH um risco mais baixo que os restantes grupos profissionais, sendo as diferenças entre grupos profissionais estatisticamente significativas (Gonçalves, 2005).



Grupo IV – A. Produtos com toxicidade química, depois de utilizados; H. Fármacos rejeitados; J. Materiais cortantes e perfurantes, após utilização; N. Citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração.

Figura 6.7. Percepção de risco - grupo IV, em relação aos profissionais de saúde (Q2) (Gonçalves, 2005).

Nestes dois casos, as percepções de risco registadas parecem influenciar, também, a separação efectuada pelos profissionais de saúde, tanto no caso dos (h) fármacos rejeitados, que estão mais próximas das correspondentes aos RH do recipiente preto, como para os (a) produtos com toxicidade química, depois de utilizados, mais perto do recipiente branco. Pela observação da Figura 6.3 confirmam-se, em especial para os (h) fármacos rejeitados, as grandes dúvidas existentes (Gonçalves, 2005).

De acordo com Gonçalves (2005), os RH do grupo IV que têm associada uma maior percepção de risco são os (j) materiais cortantes e perfurantes, após utilização, e os (n) citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração. Para estes dois tipos de resíduos, as diferenças entre grupos profissionais têm significado estatístico. Os médicos são o grupo profissional que menor risco associa aos citostáticos, tendo os enfermeiros uma percepção de risco superior.

Conhecer a percepção de risco dos profissionais de saúde, em relação aos vários tipos de RH considerados, permite explicar, pelo menos em parte, algumas dúvidas observadas nas respostas relativas ao conhecimento real da separação de RH (Figura

6.1, Figura 6.2 e Figura 6.3). Revela-se, assim, uma importante ferramenta a ter em consideração numa futura revisão da legislação sobre RH, além de dar relevância à aproximação que deve existir entre a percepção de risco e risco real associado aos vários tipos de RH.

7. Avaliação do Plano

7.1. Opções estratégicas de gestão do PERH

De acordo com o PERH (Portugal-Ramos *et al.*, 1999), na definição das opções estratégicas de gestão, são cinco as questões consideradas fundamentais, e que se enquadram na estratégia geral dos resíduos:

- A prevenção da produção de resíduos e dos riscos associados;
- As formas de gestão interna na unidade de saúde;
- A valorização da componente reaproveitável;
- O tratamento e destino final;
- A formação dos profissionais e a informação dos utentes e público, em geral.

Estas opções estratégicas de gestão (ou estratégias) surgem no PERH globalmente descritas, não sendo apenas referida, a relativa à valorização da componente reaproveitável. Neste subcapítulo apresentam-se, de forma resumida, as orientações de cada uma das estratégias seguindo o estabelecido no PERH.

Estratégia da Prevenção

Em Portugal-Ramos *et al.* (1999) é salientado que a prevenção da produção dos resíduos e dos riscos associados são objectivos fundamentais da gestão de resíduos. Contudo, a redução da produção pode ser um objectivo de difícil cumprimento, nomeadamente devido à utilização crescente de dispositivos de uso único, ao facto destes serem acondicionados em embalagens individuais e à aplicação plena de diversos diplomas legais relacionados.

É ainda referido que a estas condicionantes acresce a especificidade das actividades de prestação de cuidados de saúde e a existência de serviços que, pela sua natureza, não poderão contribuir substancialmente para este objectivo.

É sugerida a devolução, aos produtores ou distribuidores, de algumas embalagens não contaminadas para reutilização posterior. É igualmente referido que neste sector de prestação de cuidados de saúde, tal como em qualquer outro, é possível investir ao nível da concepção e fabrico dos produtos, utilizando apenas os materiais necessários para garantir o uso a que o produto se destina (Portugal-Ramos *et al.*, 1999).

Estratégia dos Programas de Gestão Interna

De acordo com o PERH, o desenvolvimento de programas de gestão no interior da unidade, contemplando as diversas vertentes, tem como objectivo a optimização de

gestão dum “out-put” inerente ao próprio acto de prestação de cuidados de saúde, através da minimização e controlo dos riscos, face às condições do ambiente interior, aos profissionais, aos utentes e ao ambiente em geral.

Além disso, é salientado que tem grande importância para este programa a adequação às características do estabelecimento dos equipamentos para recolha, nomeadamente selectiva, para acondicionamento, para transporte interno e para armazenagem. De igual modo, a formação, responsabilização e colaboração dos profissionais e outros agentes envolvidos, deverá estar na primeira linha das preocupações, tal como a informação aos doentes e visitantes (Portugal-Ramos *et al.*, 1999).

Estratégia da Formação/Informação

Os RH são produzidos num universo particularizado, as UPCS, embora com implantação nacional e, muitas vezes, bastante pulverizado, nomeadamente ao nível das unidades de menor dimensão. Por este facto, a manipulação e o contacto mais directo com estes resíduos restringe-se aos profissionais de saúde e aos profissionais do sector da limpeza. No entanto, também os utentes e os visitantes e acompanhantes podem ter contacto, embora menos directo (Portugal-Ramos *et al.*, 1999).

Os RH podem igualmente ser produzidos ao nível das habitações com pessoas doentes e onde sejam praticados actos médicos ou de tratamento, por profissionais ou familiares, em serviço ambulatorio. Contudo, a grande parcela produz-se nas UPCS (Portugal-Ramos *et al.*, 1999).

De acordo com o PERH, a formação e informação nas UPCS deve desenvolver-se de forma planeada e com o objectivo de rentabilizar o funcionamento e desenvolvimento dos programas. Deve abordar as diversas vertentes da problemática, nas suas várias fases do sistema, e ser destinada aos diversos níveis profissionais. Para os restantes grupos de risco, utentes, trabalhadores “externos”, visitantes ou acompanhantes e público em geral, deve ser disponibilizada informação que complemente as diversas formas de educação ambiental, já em desenvolvimento.

Estratégia para o Tratamento e Destino Final

Inicialmente, as preocupações a nível mundial para o tratamento dos RH privilegiavam a incineração, e normalmente junto do local de produção. Foi com base nestas orientações que se instalaram, em quase todos os hospitais, instalações de incineração, que posteriormente se vieram a mostrar desadequadas às exigências e requisitos indispensáveis à protecção da saúde e do ambiente (Portugal-Ramos *et al.*, 1999).

Segundo o PERH, não existe uma tecnologia de tratamento de RH ideal, devendo ser seleccionado o método de tratamento mais apropriado às características dos RH

e da UPCS, considerando os custos de investimento, de exploração e manutenção, a eficiência do tratamento, a capacidade de eliminação, a perigosidade dos resíduos pós-tratamento e a possível poluição ambiental.

Existem várias alternativas tecnológicas para o tratamento dos RH, havendo que ponderar, com critério, cada solução, tendo em vista a realidade prática de cada situação e os aspectos positivos e negativos de cada uma das alternativas (Portugal-Ramos *et al.*, 1999).

A abertura desta área ao sector privado, a publicação de legislação sobre o licenciamento de instalações de tratamento, o reconhecimento da inadequação, do ponto de vista tecnológico e funcional, de algumas unidades de incineração e o seu encerramento, o aparecimento de tecnologias alternativas, a diminuição das parcelas de risco acrescido levam que as opções futuras apontem para a coexistência de diversos processos de tratamento, geridos no âmbito do sector privado e/ou público, mas obedecendo sempre aos princípios e políticas definidos para o sector (Portugal-Ramos *et al.*, 1999).

No PERH é também referido que em relação ao tratamento e destino final, face à realidade e problemas actuais, será certamente mais razoável e benéfico deixar a gestão e operação das instalações de tratamento a entidades públicas ou privadas, vocacionadas para esta actividade, devendo estas também assegurar o destino final da componente resultante do tratamento.

É igualmente estabelecido no PERH, que as instalações de incineração no Continente deverão ficar reduzidas a um número limitado (duas¹) que dê garantias de adequado controlo e gestão ambiental, estrategicamente localizadas e dotadas de tratamento para a produção nacional. A opção a considerar deve ser condicionada por um conjunto de critérios, nomeadamente:

- *resíduos produzidos na situação nacional* (desconhecimento parcial da produção de RH em alguns sectores);
- *estimativa futura da produção de resíduos* (previsão de um ligeiro aumento devido a factores diversos);
- *localização geográfica* (operacionalidade dos circuitos);
- *avaliação das unidades de incineração existentes* (analisar a possibilidade de requalificação de unidades já existentes, no sentido de cumprir os requisitos legais);
- *instalação de unidades que utilizem tecnologias alternativas*;
- *limitações de exploração técnica de um equipamento único para o Continente*.

Considera-se no PERH que duas unidades de incineração darão resposta em termos de capacidade de tratamento, de minimização dos problemas de exploração e de

¹ Poderá ter que se encarar a médio prazo a requalificação ou a construção de uma terceira unidade de incineração, caso se justifique (Portugal-Ramos *et al.*, 1999).

optimização dos circuitos de transporte. Esta opção para o tratamento dos RH do grupo IV, gerados pelos sectores público e privado, só é viável se for reforçada no país a capacidade instalada de tratamento para os RH do grupo III, recorrendo a tecnologias alternativas.

Acresce que poderá ser prevista a construção de estações de transferência, atendendo à localização das unidades de incineração. Em alternativa, poderá ser encarada a possibilidade de instalação de câmaras de refrigeração para armazenamento dos RH no perímetro das UPCS. Estas instalações de armazenamento deverão ser construídas de acordo com as regras a definir pelo Ministério da Saúde, a exemplo do que acontece com as infra-estruturas (Portugal-Ramos *et al.*, 1999).

É ainda referido no PERH que por questões de racionalização de circuitos de recolha e transporte, a localização das unidades de incineração de RH perigosos poderia ou deveria convergir para a localização das instalações de tratamento alternativo, podendo, também, ser considerada a solução inversa, sempre com o objectivo de criar pólos, capazes de tratar os dois grupos em questão.

7.2. Avaliação das metas para os horizontes 2000 e 2005

Os objectivos das linhas de acção estratégicas são definidos através das metas a atingir. Os horizontes temporais propostos, 2000 e 2005, seguem a filosofia de abordagem do primeiro plano estratégico sectorial – o Plano Estratégico de Resíduos Sólidos Urbanos (PERSU²), pelo facto de ambos, PERH e PERSU, serem planos sectoriais de um Plano Nacional de Gestão de Resíduos.

7.2.1. Horizonte 2000

Na Tabela 7.1 são apresentadas as metas definidas para o primeiro horizonte proposto -2000. Estas metas conduziram ao estabelecimento de uma Estratégia Nacional de Gestão de RH – 1999/2000 (DGS/INR, 1999), onde são definidos os programas, os objectivos propostos, as acções a desenvolver e os actores intervenientes e necessários à concretização efectiva e integrada desses programas.

Nesta estratégia 1999/2000, foram definidos conjuntos programáticos que originaram cinco grandes programas (DGS/INR, 1999):

- I. Programa de Intervenção Operacional;
- II. Programa de Desenvolvimento Legislativo;
- III. Programa de Formação/Informação;

² O PERSU foi substituído pelo PERSU II com a publicação do Decreto-Lei nº 186/2007, de 12 de Fevereiro.

- IV. Programa de Suporte e Migração de Dados;
- V. Programa de Monitorização e Controlo.

As acções desenvolvidas no âmbito destes programas constituíram o Plano de Acções para 1999-2000, relativas à Estratégia Nacional de Gestão de RH. As metas resultantes do PERH foram, no Plano de Acções para 1999-2000, transpostas, reorganizadas e agrupadas em função dos programas, de forma a facilitar o estabelecimento de correspondências entre metas, objectivos programáticos e acções (DGS/INR, 1999). Na Tabela 7.1 apresenta-se a correspondência entre os dois documentos.

Tabela 7.1. Metas a atingir no horizonte 2000: correspondência entre o PERH e o Plano de Acções para 1999-2000.

Metas - horizonte 2000	
PERH¹	Plano 99/00² Programas:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a necessidade de revisão da legislação relevante e proceder em conformidade, nomeadamente o Despacho nº 242/96, de 13 de Agosto da Ministra da Saúde, face à evolução dos preceituados de gestão; 	II
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer critérios, baseados em normas, relativos ao conceito de descontaminação, a garantir, através dos tratamentos alternativos à incineração; 	II
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aperfeiçoar o intercâmbio e a comunicação entre os diferentes Organismos Institucionais envolvidos na problemática dos RH; 	IV
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementar uma base informatizada como suporte de informação relativa à produção, tratamento e destino final dos RH; 	IV
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar, pelas UPCS, programas de gestão de resíduos apoiados, preferencialmente, em Sistemas de Gestão Ambiental; 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover acções de formação e informação, no sentido de garantir um registo, triagem, recolha selectiva e tratamento adequados; 	III
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhorar as condições de funcionamento do sistema de recolha selectiva no interior das UPCS, visando o incremento da componente valorizável; 	I
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criar ou melhorar as instalações para recepção/armazenagem de resíduos; 	I
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar as instalações de incineração de RH perigosos passíveis de requalificação ambiental, no máximo de duas; 	I
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encerrar todas as instalações de incineração identificadas que não obedecem aos requisitos tecnológicos e legais exigíveis, ou que pela sua pequena dimensão não justifiquem a sua existência; 	I
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolver novas instalações de tratamento alternativo à incineração, bem como tratamentos específicos para os diferentes fluxos especiais; 	I
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criar esquemas³ de quantificação que permitam avaliar os custos reais de gestão de resíduos, em cumprimento da legislação ambiental em vigor; 	V
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a necessidade de sustentabilidade com instrumentos de financiamento para as várias soluções implementadas; 	V
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incrementar as acções de inspecção conducentes à prossecução das metas anteriormente definidas; 	V
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir indicadores de cumprimento para avaliar a aplicação das estratégias. 	V

¹ Fonte de informação: Portugal-Ramos *et al.* (1999); ² Fonte de informação: DGS/INR (1999).

³ Em vez de esquemas no PERH passou a ser sistemas No Plano de Acções para 1999 - 2000.

Como se pode observar na Tabela 7.1, uma das 15 metas consideradas no PERH para o horizonte 2000 não foi englobada no Plano de Acções para 1999-2000, trata-se da que refere a elaboração, pelas UPCS, de programas de gestão de resíduos apoiados, preferencialmente, em Sistemas de Gestão Ambiental.

Para o horizonte 2000, a cada Conjunto Programático ou Programa foram atribuídos no Plano de Acções para 1999-2000, objectivos programáticos, acções a desenvolver, instituições a que cabe a distribuição de responsabilidades e também o respectivo período de realização, definido entre Abril e Dezembro de 1999 ou durante o ano 2000.

De forma a tornar a avaliação mais perceptível, optou-se por apresentar isoladamente cada Conjunto Programático/Programa, bem como a informação relacionada, efectuando, caso a caso, os respectivos comentários em relação ao que foi concretizado, sempre que existe informação que permita esta abordagem.

1. Programa de Intervenção Operacional

Na Tabela 7.2 são apresentadas as cinco metas definidas no PERH e que se inserem neste Programa de Intervenção Operacional. Estas metas abordam a recolha (selectiva), o armazenamento e o tratamento dos RH.

Tabela 7.2. Programa de Intervenção Operacional: metas definidas no PERH e inseridas neste programa.

Metas - horizonte 2000	
PERH¹	Plano 99/00²
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhorar as condições de funcionamento do sistema de recolha selectiva no interior das UPCS, visando o incremento da componente valorizável; 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criar ou melhorar as instalações para recepção/armazenagem de resíduos; 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar as instalações de incineração de RH perigosos passíveis de requalificação ambiental, no máximo de duas; 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encerrar todas as instalações de incineração identificadas que não obedeçam aos requisitos tecnológicos e legais exigíveis, ou que pela sua pequena dimensão não justifiquem a sua existência; 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolver novas instalações de tratamento alternativo à incineração, bem como tratamentos específicos para os diferentes fluxos especiais. 	

¹ Fonte de informação: Portugal-Ramos *et al.* (1999); ² Fonte de informação: DGS/INR (1999).

A concretização do Programa de Intervenção Operacional, apresentado no Plano de Acções para 1999-2000, pode ser observada na Tabela 7.3. Nesta tabela é também referida simbolicamente a avaliação, ou seja, se estes objectivos e acções foram realizados no período referido.

Três dos objectivos programáticos apresentados são relativos às unidades de incineração. Em DGS/INR (1999) é referida mais informação sobre o assunto, como o facto da necessidade da avaliação de laboração das unidades de incineração de RH obedecer a critérios como os inerentes à:

- qualidade (processo de funcionamento, tecnologia utilizada e estado de conservação)
- localização (relativamente ao meio envolvente);
- possibilidade de solução alternativa fácil (proximidade *versus* possibilidade).

Sendo também mencionado que da avaliação então efectuada (Abril de 1999) a grande maioria das instalações de incineração não reunia os critérios pré-estabelecidos. Na altura, foram efectuadas vistorias às unidades a laborar e programado o encerramento das que não correspondiam aos critérios exigíveis, obedecendo a uma calendarização a curto prazo (até início de 2000), conforme se apresenta na Tabela AD (em apêndice 17) (DGS/INR, 1999).

Tabela 7.3. Programa de Intervenção Operacional: objectivos, acções, responsabilidades e período de realização (DGS/INR, 1999).

Avaliação	I - Programa de Intervenção Operacional				Período de realização 99/00											
	Objectivos programáticos	Acções a desenvolver	Responsabilidades	A	M	J	J	A	S	O	N	D	2000			
S	1. Avaliar as condições tecnológicas e legais das unidades de incineração de RH	1. Recolha de informação relativa às condições de funcionamento das unidades de incineração	1. DGS, INR													
S	2. Encerrar instalações inadequadas	2. O encerramento das unidades terá por base: a) calendarização do encerramento b) vistoria às unidades; c) assegurar a continuidade do circuito de gestão de RH	2. DGS, INR													
X	3. Requalificar unidades de incineração e dotar ou instalar novos equipamentos nas unidades existentes	3. Adjudicar EIA de apoio à tomada de decisão para a localização e requalificação das unidades	3. DGS, ARS, SUCH, INR, DGIES, Outros													
X	4. Construir unidades de armazenamento de RH	4. Construção/adequação de uma unidade para cada SLS (cerca de 40)	4. DGS, ARS, DGIES, Outros													
S	5. Apoiar o desenvolvimento de sistemas alternativos de tratamento de resíduos	5. Incrementar o tratamento alternativo de resíduos	5. DGS, INR, SUCH													
X	6. Alargar os circuitos de reciclagem e valorização e em especial outros fluxos de resíduos especiais	6. Instalar um ecoponto por cada unidade hospitalar (cerca de 120)	6. DGS, ARS, INR, SUCH													

S – sim; X – Não.

Como se pode observar na Tabela 7.3, é igualmente proposta a construção de 40 unidades de armazenamento de resíduos ou a adaptação de armazéns já existentes (objectivo 4), a localizarem-se nos sistemas locais de saúde (SLS) a criar, de forma a estabelecerem um entreposto de armazenamento e colectador de resíduos, existindo assim uma interface entre os produtores de resíduos e os locais de tratamento (DGS/INR, 1999).

No Plano de Acções para 1999-2000 (Tabela 7.3), preconiza-se também a instalação de um ecoponto em cada unidade hospitalar (objectivo 6), o que totaliza cerca de 120, no sentido de incrementar, privilegiar ou alargar os circuitos de reciclagem e valorização, em especial no que se refere à inclusão de fileiras e fluxos³ de resíduos especiais nos serviços de saúde.

Avaliação no período 1999 – 2000:

De um modo global, as cinco metas definidas no PERH e que se inserem no Programa de Intervenção Operacional, estão contempladas nos seis objectivos programáticos definidos para este programa no Plano de Acções para 1999-2000.

- Recolha selectiva

Uma das metas do PERH define que se deve “melhorar as condições de funcionamento do sistema de recolha selectiva no interior das UPCS, visando o incremento da componente valorizável”. O objectivo 6 (Tabela 7.3) é o objectivo programático correspondente, sendo a acção a desenvolver: “instalar um ecoponto por cada unidade hospitalar (cerca de 120)”. O prazo definido em DGS/INR (1999) é o último trimestre de 1999.

É de referir que o termo “ecoponto” é entendido como englobando todas as fileiras e fluxos de resíduos. Além disso, a instalação dos ecopontos deveria ser efectuada em cada unidade hospitalar (cerca de 120). Pela informação que consta no Capítulo 3 – Universo de produtores de RH sabe-se que em 1999 existiam 100 hospitais do SNS, pelo que os 120 referidos deverão também incluir outros hospitais não inseridos no SNS.

Pela pesquisa efectuada nos arquivos da DGS é referido, num documento sobre o Ponto de Situação da Estratégia Nacional de Gestão de RH: 1999 – 2000 (DGS, 2007b), que não foi iniciada qualquer acção no sentido do cumprimento desta acção.

Uma forma indirecta de averiguar a instalação de ecopontos nos hospitais poderia ser através do aumento da recolha selectiva no ano seguinte, ano 2000. Contudo, pela consulta do Capítulo 4 – Produção de RH verifica-se que esse ano corresponde à menor percentagem de mapas de registo recebidos (45%) e conseqüentemente à menor percentagem de mapas de registo onde é referido que as UPCS efectuem recolha selectiva (17%).

Uma outra fonte de informação são os projectos financiados no âmbito da Saúde XXI (FEDER, 2006). Em 2001, foi homologada a “construção de um ecocentro para RH” no

³ Fileiras e fluxos englobados: papel e cartão, vidro, metais ferrosos e não ferrosos, mercúrio (termómetros), embalagens, pneus, pilhas e acumuladores, óleos usados, sucata, equipamento eléctrico e electrónico, películas de Raio X, seus fixadores e reveladores (DGS/INR, 1999).

Hospital de Santa Maria, EPE (projecto nº 450). E em 2004, um “ecoponto – depósito e sistema de recolha e separação de resíduos dos tipos I e II / III / IV e resíduos para reciclagem” no Hospital de Joaquim Urbano (projecto nº 1689). Ambos os projectos foram realizados após a data referida no Plano de Acções 1999 – 2000.

Desta forma, é possível afirmar que esta acção não foi cumprida no período definido, não estando disponível informação que permita confirmar o seu cumprimento em anos mais recentes. Contudo, pelos dados apresentados no Capítulo 4 – Produção de RH, observa-se um incremento da recolha selectiva nos hospitais de 1999 a 2005, tanto em termos do número de hospitais que a realizam, como da diversidade de resíduos recolhidos, embora existam ainda muitos casos em que não é efectuada a respectiva quantificação.

- Armazenamento

No PERH a meta relativa a este assunto refere: “criar ou melhorar as instalações para recepção/armazenagem de resíduos”, correspondendo ao objectivo programático 4 (“construir unidades de armazenamento de RH”), que é operacionalizado pela acção: “construção/adequação de uma unidade por cada sistema local de saúde (cerca de 40)”. Esta acção deveria ser concretizada no último trimestre de 1999 e durante o ano de 2000.

No Capítulo 3 – Universo de produtores de RH, são descritas as alterações legislativas relacionadas com a criação, organização e funcionamento dos centros de saúde⁴ no período em avaliação. Constata-se que não chegaram a ser criados os sistemas locais de saúde, como estava previsto na “acção a desenvolver”, descrita anteriormente, o que deverá ter condicionado, pelo menos em parte, a aplicação desta acção.

Em relação à construção/adequação de unidades de armazenamento de RH, sabe-se pela consulta a um documento sobre o Ponto de Situação da Estratégia Nacional de Gestão de RH: 1999 – 2000 (DGS, 2007b), que não foi iniciada qualquer acção no período referido, no sentido do cumprimento deste objectivo programático.

Contudo, nos mesmos arquivos da DGS existe um documento, datado de 26 de Setembro de 2000, que refere que, de acordo com um despacho do Sr. Secretário de Estado da Saúde (de 31/07/2000), a DGS ficou responsável por apresentar uma proposta global de localização das futuras unidades de armazenamento de RH. Após consulta ao SUCH, são então propostas por esta instituição 28 localizações em hospitais do SNS⁵, deixando em aberto a possibilidade de serem ponderados outros locais. Esta proposta não foi concretizada, no período entre 1999 e 2000.

⁴ Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio, revogado pelo Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril, que por sua vez foi revogado pelo Decreto-Lei nº 88/2005, de 3 de Junho, que repristinou o Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio.

⁵ 6 armazéns na ARS Norte, 6 na ARS Centro, 11 na ARS de Lisboa e Vale do Tejo, 3 na ARS Alentejo e 2 na ARS Algarve.

Pela consulta dos projectos financiados no âmbito da Saúde XXI (FEDER, 2006), foi possível conhecer dois hospitais com projectos neste âmbito, embora ambos realizados após o ano 2000.

Um corresponde ao Centro Hospitalar de Vila Real / Peso da Régua, EPE, tendo em 2001 sido homologada a “criação de um entreposto de colecta e armazenamento de RH” (projecto nº 276). Outro é referente ao Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE, tendo em 2002 sido homologada a “instalação de uma estação de separação e armazenagem de resíduos sólidos hospitalares” (projecto nº 626).

Apesar de não haver informação disponível relativa aos últimos anos sobre a construção/adequação de unidades de armazenamento de RH, sabe-se que muitos hospitais têm tido a preocupação de modernizar estes locais.

- Instalações de incineração

No PERH duas metas focam as instalações de incineração, uma é relativa a “identificar as instalações de incineração de RH perigosos passíveis de requalificação ambiental, no máximo duas” e a outra menciona “encerrar todas as instalações de incineração identificadas que não obedeçam aos requisitos tecnológicos e legais exigíveis, ou que pela sua pequena dimensão não justifiquem a sua existência”. Estas metas correspondem aos objectivos programáticos 1, 2 e 3 da Tabela 7.3.

O objectivo 1 é operacionalizado pela acção 1 que refere: “recolha de informação relativa às condições de funcionamento das unidades de incineração”, programada para ser efectuada em Abril de 1999, pela DGS e o INR.

Devido ao prazo estabelecido (Abril de 1999), uma hipótese é considerar que esta recolha de informação é a referida em DGS/INR (1999), ou seja, a que serviu de base à calendarização até ao início de 2000 do encerramento de diversas unidades de incineração (tabela AD – apêndice 17). Neste caso, pode-se afirmar que esta acção foi cumprida.

Em relação ao objectivo 2 relativo a “encerrar instalações inadequadas”, a acção correspondente determina que o “encerramento das unidades terá por base: a) calendarização do encerramento; b) vistoria às unidades; c) assegurar a continuidade do circuito de gestão de RH”. Esta acção deveria ser concretizada de Maio a Dezembro de 1999 e durante 2000, tendo por base o apresentado na tabela AD (apêndice 17).

Em relação às vistorias realizadas às unidades de incineração, na tabela AD (apêndice 17) pode-se observar a respectiva data de realização. Também na mesma tabela são apresentadas as datas de encerramento das incineradoras, sempre que foi possível aceder a essa informação. Constata-se que apenas em 8 casos foram de certeza cumpridos os prazos temporais propostos para o encerramento. Segundo um

documento da DGS, datado de 11 de Outubro de 2000, nessa data permaneciam ainda a laborar 10 incineradoras em hospitais do SNS (DGS, 2007b).

Pelo exposto, verifica-se que 10 unidades de incineração não foram encerradas durante 2000, contudo como na acção correspondente era referido que o encerramento das unidades deve ter por base assegurar a continuidade do circuito de gestão de RH, pode-se considerar que a meta foi cumprida, até porque destas 10 incineradoras 9 foram posteriormente encerradas e a restante requalificada.

O objectivo 3, “requalificar unidades de incineração e dotar ou instalar novos equipamentos nas unidades existentes” foi operacionalizado pela acção que refere “adjudicar estudo de impacte ambiental (EIA) de apoio à tomada de decisão para a localização e requalificação das unidades”. O prazo de concretização corresponde ao último trimestre de 1999 e ao ano 2000.

Por forma a facilitar a verificação do cumprimento da acção anterior, esta pode ser subdividida em duas partes: adjudicação de EIA de apoio à tomada de decisão para a localização das unidades de incineração e adjudicação de EIA para requalificação das unidades seleccionadas. Além disso, numa das metas do PERH é referido que deverão existir duas unidades de incineração de RH em Portugal Continental, sendo em DGS/INR (1999) salientado que uma deve ser localizada a Norte e outra a Sul.

Relativamente à adjudicação de EIA de apoio à tomada de decisão para a localização das unidades de incineração, constatou-se, pela consulta dos arquivos da DGS (DGS, 2007b), que foi efectuado em 4 de Outubro de 1999 um despacho do Sr. Secretário de Estado da Saúde a referir que este EIA deveria ser promovido pelo SUCH, com a máxima urgência.

Em 27 de Julho de 2000, um outro despacho do Sr. Secretário de Estado da Saúde⁶ refere que o Hospital São João e o Hospital Júlio de Matos deverão ser as entidades gestoras dos projectos de incineradoras hospitalares, ficando o SUCH responsável pelas obras de requalificação e exploração (DGA, 2007).

No documento sobre o Ponto de Situação da Estratégia Nacional de Gestão de RH: 1999 – 2000 (DGS, 2007b), é referido em relação ao objectivo 3 que “é urgente a definição da entidade que irá assegurar a gestão das duas unidades de incineração, por forma a permitir o lançamento do concurso para execução de um estudo prévio para a localização e do EIA para a requalificação de duas unidades”, e que “as verbas foram propostas ao III Quadro Comunitário de Apoio”.

Em Janeiro de 2001 é realizada uma reunião de “peritos” na DGS de que resulta um documento intitulado “Plataforma de entendimento/PERH”. Neste documento é

⁶ O Sr. Secretário de Estado da Saúde que efectuou este despacho não foi o mesmo que emitiu o despacho anterior, de 4/10/1999.

considerado prioritário a adopção de uma abordagem em duas etapas. Na primeira etapa uma incineradora em Lisboa e, eventualmente numa segunda etapa, uma incineradora no Norte, em função dos resultados da primeira fase.

A primeira etapa abrange: a requalificação da incineradora do Parque da Saúde de Lisboa, nomeadamente a implementação de uma segunda linha e o seu funcionamento em contínuo; o encerramento das restantes unidades (incluindo a do Hospital São João, entretanto com a actividade suspensa); a implementação de mecanismos capazes de levar à diminuição/proibição da incineração dos RH do grupo III, entre outras medidas.

É de salientar que esta “Plataforma de entendimento/PERH” não teve a concordância de um dos peritos envolvidos. Além disso, suscitou dúvidas à Sr.^a Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde, apesar de na globalidade ter a sua concordância (despacho de 15/02/2001). Algumas destas dúvidas/questões não conseguiram ser resolvidas pela Divisão de Saúde Ambiental da DGS, até porque ultrapassavam as respectivas competências.

Em Dezembro de 2002, a Quercus vem denunciar o incumprimento do estabelecido no PERH, bem como da legislação nacional e comunitária, tanto em relação ao encerramento das incineradoras (estavam ainda três a laborar, duas das quais já deveriam estar encerradas), como ao facto da incineradora do Parque da Saúde de Lisboa não ter ainda Avaliação de Impacte Ambiental. Realça ainda o retomar da ideia de instalar um novo incinerador no Hospital São João, sem a necessária avaliação das necessidades, defendida na “Plataforma de entendimento/PERH”.

Como é referido no Capítulo 5 – Operadores de gestão de RH, em 2003 decorreu a requalificação ambiental da unidade de incineração de RH do Hospital Júlio de Matos, financiada ao abrigo da Saúde XXI (FEDER, 2006). Esta requalificação contemplou, nomeadamente, a substituição da câmara de combustão, que passou a funcionar em contínuo (24h/dia), e o aumento da capacidade do processo de incineração (DGS, 2007b).

Em relação ao respectivo EIA, em 29 de Setembro de 2004 deu entrada no Instituto do Ambiente a Proposta de Definição de Âmbito do EIA para Requalificação da Central de Incineração de RH do Parque da Saúde de Lisboa. A última versão do EIA foi entregue à DGS em Setembro de 2005, tendo a consulta pública decorrido entre 21 de Outubro e 16 de Dezembro do mesmo ano.

Em Março de 2006⁷ foi emitida pelo Sr. Secretário de Estado do Ambiente a Declaração de Impacte Ambiental, favorável ao projecto mas condicionada a algumas condicionantes e medidas. Em finais de Setembro de 2006, em resposta, o SUCH remeteu para a DGS o “Projecto final de requalificação da central de incineração de

⁷ Esta Declaração de impacte Ambiental foi ligeiramente alterada em Maio de 2006.

RH perigosos do Parque da Saúde de Lisboa, o qual contempla os aspectos focados na Declaração de Impacte Ambiental, actualizando assim a versão anterior” (DGS, 2007b).

Relativamente aos elementos entregues pelo SUCH, foram solicitados pareceres aos organismos competentes. Na sequência destes pareceres e da visita técnica efectuada em finais de 2006, a DGS elaborou, em 12 de Janeiro de 2007, um conjunto de condições a serem cumpridas num prazo de 120 dias úteis, findo o qual o SUCH deverá solicitar nova vistoria para verificar conformidade em relação às condições mencionadas (DGS, 2007b).

Pelo exposto, conclui-se que não foi cumprida a acção referente ao terceiro objectivo programático, adjudicar EIA, nem no prazo determinado no Plano de Acções para 1999-2000, nem posteriormente. Só em 2004 foi adjudicado um EIA, embora apenas relativo à requalificação de uma unidade de incineração, a do Parque da Saúde de Lisboa.

De acordo com a informação consultada, parece encontrar-se ainda em aberto a possibilidade de ser criada uma unidade de incineração para RH no Norte do país, não tendo também havido qualquer estudo que fundamente a localização das duas unidades de incineração definidas no PERH, nem estando prevista a sua adjudicação.

- Sistemas alternativos de tratamento

Neste Programa de Intervenção Operacional a última meta do PERH é relativa a “desenvolver novas instalações de tratamento alternativo à incineração, bem como tratamentos específicos para os diferentes fluxos especiais”.

O objectivo programático correspondente é o objectivo 5, sendo a acção respectiva: “incrementar o tratamento alternativo de resíduos”. O período de realização é de Maio a Dezembro de 1999 e durante o ano 2000, sendo a responsabilidade da respectiva concretização da DGS, INR e do SUCH.

De acordo com o documento sobre o Ponto de Situação da Estratégia Nacional de Gestão de RH: 1999 – 2000 (DGS, 2007b), que deve ter sido realizado no final de 1999, é referido que estavam em curso licenciamentos de unidades de tratamento alternativo à incineração.

De facto, pela consulta da informação presente no Capítulo 5 – Operadores de gestão de RH, em 1999 a DGS licenciou 3 centros de serviço (Lisboa, Portimão e Porto) da empresa Cannon Hygiene, que efectua tratamento de RH do grupo III por desinfecção química dentro do contentor. A empresa Tratospital que trata os RH do grupo III por autoclavagem foi igualmente licenciada nesse mesmo ano.

Avaliação no período 1999 – 2000:

As metas definidas no PERH no âmbito deste Programa de Desenvolvimento Legislativo são concretizadas através de dois objectivos programáticos. Contudo, existem algumas diferenças na respectiva abrangência, em especial entre a segunda meta e o objectivo correspondente.

- Revisão do dispositivo legal

No PERH uma das metas refere a necessidade de revisão da legislação relevante sobre RH, discriminando, o respectivo objectivo programático quatro diplomas legais: Despacho nº 242/96, da Ministra da Saúde, de 13 de Agosto; Portaria nº 178/97, de 11 de Março; Portaria nº 174/97, de 10 de Março; Portaria nº 335/97, de 16 de Maio.

As acções a desenvolver neste âmbito são: “realizar um *Workshop* dirigido para a revisão do dispositivo legal”, em Outubro de 1999, e “criar grupo de trabalho”, entre Setembro e Novembro do mesmo ano, para os primeiros três diplomas legais e para a Portaria nº 335/97, de 16 de Maio, em Novembro e Dezembro de 1999. As responsabilidades pela constituição destes grupos de trabalho também são ligeiramente diferentes consoante o diploma em revisão.

Tal como para as acções correspondentes ao Programa de Intervenção Operacional, também neste caso o documento sobre o Ponto de Situação da Estratégia Nacional de Gestão de RH: 1999 – 2000 (DGS, 2007b), de finais de 1999, refere que até aquela data não tinha sido criado qualquer grupo de trabalho, apenas tinham sido iniciados contactos para apoiar a DGS na organização do *Workshop*.

Este *Workshop*, que se denominou “RH – Revisão dos Dispositivos Legais”, foi realizado em 22 de Maio de 2000, no auditório do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e contou com cerca de 50 participantes.

Em relação aos grupos de trabalho para a revisão dos diplomas legais sobre RH, as diligências para a sua criação tiveram início em Janeiro de 2002, de acordo com os arquivos da DGS (DGS, 2007b).

A opção recaiu na constituição de um único grupo de trabalho, tendo como objectivo a revisão do pacote legislativo relativo a RH. Este grupo integrou representantes da DGS, do INR, das ARS, dos CRSP, do Instituto Nacional de Medicina Legal e da Direcção-Geral de Veterinária. A coordenação do grupo ficou a cargo da Divisão de Saúde Ambiental da DGS.

Em Julho de 2003 foram apresentados, ao Gabinete do Sr. Ministro da Saúde, os anteprojectos do dispositivo legal, que alterava os diplomas exclusivamente sobre RH (Despacho nº 242/96, de 13 de Agosto, Portaria nº 174/97, de 10 de Março, e Portaria

nº 178/97, de 11 de Março) e os diplomas que não são do âmbito exclusivo dos RH: (Decreto-Lei nº 239/97, de 9 de Setembro, e Portaria nº 335/97, de 16 de Maio).

Um ano depois, Julho de 2004, o Sr. Ministro da Saúde concorda com as alterações propostas ao pacote legislativo dos RH, de acordo com o ofício nº 8026, enviado pelo respectivo Chefe de Gabinete à DGS (DGS, 2007b). Contudo, este pacote legislativo não chega a ser publicado.

É de salientar que durante aquele período foi publicada a Portaria nº 209/2004, de 3 de Março, relativa à Lista Europeia de Resíduos (LER) e às características de perigo atribuíveis aos resíduos, além de também se verificarem progressos em termos de evolução de conceitos e do entendimento técnico-científico na área da gestão de RH.

Em Agosto de 2004 é constituído um novo grupo de trabalho intersectorial e multidisciplinar, agora denominado Grupo Tutelar da Saúde, formado por alguns membros do grupo de trabalho anterior. Este grupo tinha como objectivo efectuar o acompanhamento do pacote legislativo relativo a RH, bem como promover a avaliação do PERH e acompanhar a sua revisão.

Neste novo contexto, foi solicitado ao Sr. Ministro da Saúde, através do seu Gabinete, que fosse concedida autorização para realizar a actualização dos anteprojectos já mencionados. Em Julho 2005, esta solicitação mereceu concordância do Sr. Secretário de Estado da Saúde (Of. 6624, de 28 de Julho de 2005).

Em Março de 2006, a DGS, através do Ofício nº. 4534 (de 30.03.2006), apresentou ao Sr. Ministro da Saúde, através do seu Gabinete, um documento intitulado “Revisão da legislação relativa à gestão de RH”, no qual enunciou questões cuja resolução a nível ministerial seria imprescindível para a apresentação de uma proposta de diplomas. Neste documento foram identificados os vários problemas da actual legislação, bem como as questões que careciam de decisão ministerial. Não foi recebida qualquer resposta por parte do Gabinete Ministerial até ao encerramento deste trabalho. O Grupo Tutelar da Saúde terminou as suas funções em Dezembro de 2006. Em Março de 2007 não tinha ainda sido publicada nova legislação sobre RH.

Pelo exposto verifica-se que as acções relativas ao primeiro objectivo não foram cumpridas no período definido no Plano de Acções para 1999-2000, embora o tenham sido posteriormente. O *Workshop* foi realizado em Maio de 2000, tal como se verificou com a constituição do primeiro grupo de trabalho para a revisão dos diplomas legais sobre RH formado em Janeiro de 2002.

- Critério de descontaminação

Neste caso, a meta do PERH: “estabelecer critérios, baseados em normas, relativos ao conceito de descontaminação, a garantir, através dos tratamentos alternativos

à incineração” tem uma abrangência diferente da correspondente ao objectivo programático: “optimizar critérios e normas de descontaminação”. Este objectivo tem um significado mais lato, não especificando que a descontaminação tem que ser relativa a tratamentos alternativos à incineração, como surge referido na meta.

A acção a desenvolver refere “criar grupo de trabalho dirigido para a definição dos itens considerados”, a qual deve ser concretizada após Setembro de 1999 e durante o ano 2000. Como entidades responsáveis são referidas: a DGS, o INR, o Instituto Português de Qualidade, entre outros.

Pela informação obtida, este grupo de trabalho não chegou a ser constituído, nem no prazo referido, nem posteriormente não havendo assim evidências da concretização desta acção. Por este motivo não chegou, também, a ser necessário redefinir a meta ou o objectivo programático respectivo (Tabela 7.5).

III. Programa de Formação/Informação

No PERH, para o horizonte 2000, surge apenas uma meta em relação à formação e informação, cujo conteúdo é apresentado na Tabela 7.6. Esta meta, dá origem no Plano de Acções para 1999-2000, a três objectivos programáticos (Tabela 7.7).

Tabela 7.6. Programa de Formação/Informação: metas definidas no PERH e inseridas neste programa.

Metas - horizonte 2000	
PERH ¹	Plano 99/00 ²
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover acções de formação e informação, no sentido de garantir um registo, triagem, recolha selectiva e tratamento adequados. 	III

¹ Fonte de informação: Portugal-Ramos *et al.* (1999); ² Fonte de informação: DGS/INR (1999).

Tabela 7.7. Programa de Formação/Informação: objectivos, acções, responsabilidades e período de realização (DGS/INR, 1999).

Avaliação	III - Programa de Formação/Informação									
	Objectivos programáticos	Acções a desenvolver	Responsabilidades	Período de realização 99/00						2000
				A	M	J	J	A	S	
X	1. Formar formadores de grupos específicos, como os DEP, CCI e SSO	1. Garantir a realização de acções de formação dirigidas a formadores	1. DRHS, DGS, ARS, INR							
X	2. Formar responsáveis institucionais das UPCS e de tratamento de resíduos	2. Promover a prossecução de acções de formação (contratualizadas ou não) que envolvam os anteriores agentes na formação dos quadros de pessoal	2. DRHS, DGS, ARS, Outros							
X	3. Sensibilizar e informar os utilizadores e público em geral no que se refere, em especial, à triagem dos RH	3. Adjudicar estudos de marketing com vista à criação de campanhas de sensibilização e de <i>posters</i>	3. DGS, ARS, INR							

S – sim; X – Não.

De acordo com DGS/INR (1999), os programas de formação e informação são programas chave, que permitem desenvolver canais de comunicação e articulação entre o campo conceptual e a prática real, apurar dificuldades, perspectivar soluções e reestruturar conceitos, práticas, normas e procedimentos.

Ainda segundo a mesma fonte de informação, pelas condicionantes pedagógicas associadas à estratificação dos receptores da mensagem e ao tipo de mensagem a veicular é importante separar o processo formativo, dirigido essencialmente a profissionais, do processo informativo, vocacionado e dirigido a grupos mais alargados e inespecíficos, com diferentes papéis e níveis de intervenção.

Avaliação no período 1999 – 2000:

No PERH a meta relacionada com formação/informação menciona: “promover acções de formação e informação, no sentido de garantir um registo, triagem, recolha selectiva e tratamento adequados”. Como anteriormente referido, esta meta foi operacionalizada em três objectivos programáticos.

- Formar formadores e estes darem formação

No primeiro objectivo programático (Tabela 7.7), é proposto o desenvolvimento de acções de formação de formadores, por agentes creditados, dirigidas a grupos de formadores, como as comissões de controlo de infecção (CCI), os serviços de saúde ocupacional (SSO) e os departamentos de educação permanente (DEP) (DGS/INR, 1999).

A correspondente acção a desenvolver refere: “garantir a realização de acções de formação dirigidas a formadores”, sendo o período de realização entre Maio e Outubro de 1999.

No segundo objectivo programático é mencionado que estes formadores deverão integrar núcleos de formação, contratualizados ou não e dirigidos aos quadros de pessoal dos sistemas locais de saúde, tentando reproduzir a formação que lhes foi ministrada, de forma a poder ser estabelecido um *continuum* de informação creditada e normalizada. Acresce que estes grupos de formadores devem também criar acções de formação para agentes privados, nos próprios sistemas locais de saúde (DGS/INR, 1999).

A acção a desenvolver, inerente ao objectivo referido, corresponde a: “promover a prossecução de acções de formação (contratualizadas ou não) que envolvam os anteriores agentes na formação dos quadros de pessoal”, devendo ser concretizada entre Abril e Dezembro de 1999.

Pela informação que foi possível obter, não existem elementos que comprovem a realização de acções de formação para formadores. Também, em relação ao segundo objectivo, muito relacionado com a execução do primeiro, como não há evidências que

as primeiras acções tenham sido realizadas, pressupõe-se que as formações também não tenham ocorrido. Desta forma, considera-se que estes dois objectivos não foram cumpridos, pelo menos no período proposto (até finais de 1999).

Esta constatação é comprovada no documento sobre o Ponto de Situação da Estratégia Nacional de Gestão de RH: 1999 – 2000 (DGS, 2007b), efectuado em finais de 1999, que refere “não foi iniciada a formação de formadores”.

Contudo e ainda em relação à formação sobre RH, no Relatório de RH de 1999 (DGS, 2000) é referida a realização de inquéritos por questionário aos hospitais do SNS. Estes questionários tiveram como objectivo “determinar o ponto de situação relativo às necessidades de formação nestas unidades de saúde”.

A taxa de resposta a estes questionários foi de 84%, tendo 72% dos hospitais que responderam afirmado que realizaram acções de formação no ano de 1999. Destes, em 68% dos hospitais a formação foi realizada por uma entidade interna (na maioria dos casos pela CCI ou pelo DEP), tendo em 17% também sido realizada formação por entidades exteriores, como os operadores de gestão de RH (DGS, 2000).

Os destinatários das acções de formação foram, prioritariamente os auxiliares de acção médica e os enfermeiros. Estas acções realizaram-se, na maior parte dos hospitais, uma vez durante 1999. Em DGS (2000), é referido que os resultados do questionário efectuado permitem constatar que existe uma maior preocupação pela sensibilização em relação à gestão de RH, sendo no entanto ainda necessário desenvolver muito trabalho nesta matéria.

- Sensibilizar e informar os utilizadores e público em geral

O terceiro objectivo programático pretende “sensibilizar e informar os utilizadores e público em geral no que se refere, em especial, à triagem dos RH”. As acções correspondentes mencionam que se devem “adjudicar estudos de marketing com vista à criação de campanhas de sensibilização e de *posters*”.

Em DGS/INR (1999) é proposto que entre Setembro e Dezembro de 1999 se proceda à adjudicação de estudo de marketing com o lançamento de uma campanha de sensibilização nos *mass media*, acompanhada de *posters*.

No documento sobre o Ponto de Situação da Estratégia Nacional de Gestão de RH: 1999 – 2000 (DGS, 2007b), efectuado em finais de 1999, é referido que nessa altura estavam a ser estabelecidos contactos no sentido de ter uma perspectiva dos meios necessários para uma campanha com esta abrangência. Além disso, era salientado que a mesma campanha deveria ser desenvolvida em concertação com o EIA.

Pelo referido anteriormente verifica-se que estas acções não foram cumpridas no período definido no Plano de Acções para 1999-2000, não tendo também sido

encontradas evidências da sua realização posterior. É de referir igualmente que acções como estas, dirigidas aos utilizadores e público em geral, deveriam ser alvo de uma prévia avaliação que relacionasse o grau de eficácia e os custos envolvidos, devendo também ser pensada uma redefinição de objectivos .

IV. Programa de Suporte e Migração de Dados

Na Tabela 7.8 são apresentadas as duas metas do PERH que se enquadram no Programa de Suporte e Migração de Dados. Estas metas são relativas ao intercâmbio e comunicação entre os organismos institucionais relacionados com os RH e à implementação de uma base informatizada como suporte da informação sobre RH.

Tabela 7.8. Programa de Suporte e Migração de Dados: metas definidas no PERH e inseridas neste programa.

Metas - horizonte 2000	
PERH ¹	Plano 99/00 ²
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aperfeiçoar o intercâmbio e a comunicação entre os diferentes Organismos Institucionais envolvidos na problemática dos RH; 	IV
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementar uma base informatizada como suporte de informação relativa à produção, tratamento e destino final dos RH. 	IV

¹ Fonte de informação: Portugal-Ramos *et al.* (1999); ² Fonte de informação: DGS/INR (1999).

Na Tabela 7.9 surgem os três objectivos programáticos definidos para este programa no Plano de Acções para 1999-2000.

Tabela 7.9. Programa de Suporte e Migração de Dados: objectivos, acções, responsabilidades e período de realização (DGS/INR, 1999).

Avaliação	IV - Programa de Suporte e Migração de Dados														
	Objectivos programáticos	Acções a desenvolver	Responsabilidades	Período de realização 99/00											
				A	M	J	J	A	S	O	N	D	2000		
X	1. Alargar a base de dados do Sistema de Informação de Saúde Ambiental a uma rede nacional, de forma a conter informação relativa a resíduos resultantes da prestação humana de cuidados de saúde: a) Produção b) Tratamento c) Destino final	1. Adjudicar projecto de aplicação da base de dados (<i>software</i> operacional)	1. DGS, ARS, IGIF												
X	2. Criar base de dados que contenha informação relativa a resíduos resultantes da actividade veterinária	2. Colaborar no projecto de aplicação da base de dados	2. DGS, DGV, Outros												
X	3. Alargar base de dados de forma a permitir a circulação de dados e informação entre Organismos	3. Adjudicar o alargamento e integração de diferentes bases de dados	3. DGS, DGV, INR, IGIF												

S – sim; X – Não.

Avaliação no período 1999 – 2000:

As duas metas do PERH que se inserem neste programa são operacionalizadas por três objectivos programáticos (Tabela 7.9). Contudo, a primeira meta, relativa a “aperfeiçoar o intercâmbio e a comunicação entre os diferentes organismos institucionais envolvidos na problemática dos RH”, não é transposta na totalidade pelos objectivos referidos, até porque estes são apenas relativos à criação e alargamento da base de dados, nada sendo referido em relação a outras formas de intercâmbio e comunicação entre organismos institucionais.

- Criar e alargar base de dados

O primeiro objectivo programático refere o alargamento da base de dados do Sistema de Informação de Saúde Ambiental (SISA) a uma rede nacional, de forma a conter informação relativa a resíduos resultantes da prestação humana de cuidados de saúde. A acção a desenvolver corresponde a “adjudicar projecto de aplicação da base de dados (*software* operacional)”, entre Junho e Dezembro de 1999.

O segundo objectivo diz respeito a “criar base de dados que contenha informação relativa a resíduos resultantes da actividade veterinária”, sendo a acção correspondente “colaborar no projecto de aplicação da base de dados”, também entre Junho e Dezembro de 1999.

O terceiro objectivo programático refere o alargamento da base de dados de forma a possibilitar a circulação de dados e informação entre organismos. Este alargamento deverá permitir a circulação de informação entre diversas estâncias de análise e organismos, integrando diferentes bases de dados e permitindo ajustar e suportar as decisões relativas ao processo de gestão de RH, bem como as resultantes da actividade veterinária (DGS/INR, 1999).

Por consulta ao documento sobre o Ponto de Situação da Estratégia Nacional de Gestão de RH: 1999 – 2000 (DGS, 2007b), realizado em finais de 1999, verifica-se que estas acções não foram iniciadas durante o período definido no Plano de Acções para 1999-2000 (até Dezembro de 1999), por falta de recursos.

De acordo com os arquivos da DGS (DGS, 2007b), em 2003 tem início o projecto SISARH, desenvolvido no âmbito do SISA, sistema de informação com articulação com outras aplicações em saúde pública, como o SARA (Sistema de Alerta e Resposta Adequada), o SISÁGUA e o SADDO.

A aplicação informática SISARH pretendia ser utilizada a nível nacional por produtores públicos e privados de RH, permitindo o registo e consulta de informação via *Web* e substituindo o preenchimento do mapa de registo de RH (Portaria nº 178/1997, de 11 de Março), por parte dos produtores. Além disso, tinha como objectivo

uma articulação com outras entidades com intervenção na área dos RH, tal como o INR.

Em Novembro de 2003, é iniciado o desenvolvimento de uma aplicação informática baseada no projecto “Sistema de Informação dos Centros Regionais de Saúde Pública – conversão para *web* do Subsistema de Registo e Controlo dos RH”, por uma empresa do ramo. Em Julho de 2004 é terminado o trabalho, contudo não foi possível instalar a aplicação *Web* no servidor do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), devido a problemas que se prendem com incompatibilidades a nível informático (DGS, 2007b).

A DGS, com o objectivo de proceder ao registo dos dados de RH de 2003 que se encontravam em formato papel, solicita à mesma empresa o desenvolvimento de uma ferramenta adicional à aplicação SISARH. Esta ferramenta devia permitir também a execução de relatórios. Contudo, posteriormente constata-se que esta ferramenta apresenta algumas incorrecções.

Em Abril de 2005 a referida empresa apresenta uma proposta de correcção dos erros detectados e a elaboração de alterações com base nos documentos apresentados pela DGS. Em Julho de 2006, no âmbito de uma nova reunião, são detectadas mais incorrecções na aplicação SISARH, necessitando as mesmas de serem corrigidas, sendo estas listadas e enviadas à empresa responsável pela elaboração da aplicação.

Como referido anteriormente, as três acções e os correspondentes objectivos programáticos (Tabela 7.9) não foram cumpridos no prazo estabelecido, até Dezembro de 1999. No entanto, em 2003 foi adjudicado o projecto de aplicação da base de dados. Contudo, desconhecem-se as razões que motivam o facto de esta não estar ainda em funcionamento.

É de salientar que em DGS/INR (1999), é igualmente referido que a formação dos utilizadores da base de dados deve ser assegurada, tal como o carregamento da informação, nomeadamente nos diversos sistemas locais de saúde e no referente à actividade veterinária.

Em relação à formação dos utilizadores da base de dados, foi organizada pela Divisão de Saúde Ambiental da DGS uma acção de apoio técnico ao SISARH, realizada em 30 e 31 de Abril de 2004, em que estiveram presentes representantes de cada uma das ARS. Esta acção foi dividida em dois módulos, um sobre a administração da aplicação SISARH (dia 30) e outro relacionado com a aplicação *Web* SISARH (DGS, 2006b).

Em Dezembro do mesmo ano, foram organizadas, pela mesma entidade, duas acções de formação, designadas por “Curso sobre Sistemas de Informação em Saúde Ambiental – Resíduos Hospitalares – SISARH”. Ambas as acções foram semelhantes, com uma duração de 14 horas, sendo a primeira realizada nos dias 13 e 14 e a segunda nos dias 15 e 16 de Dezembro. Na primeira acção estiveram 8 participantes e na segunda 12.

De acordo com o documento de divulgação destes últimos cursos, pretendia-se dotar os serviços de saúde dependentes do Ministério da Saúde, com uma bolsa de técnicos devidamente preparados a fim de promover a implementação do SISARH, nas regiões de saúde.

V. Programa de Monitorização e Controlo

O último programa apresentado no Plano de Acções para 1999-2000 é referente à monitorização e controlo, o qual corresponde a quatro metas do PERH, como se pode visualizar na Tabela 7.10.

Tabela 7.10. Programa de Monitorização e Controlo: metas definidas no PERH e inseridas neste programa.

Metas - horizonte 2000	
PERH ¹	Plano 99/00 ²
▪ Criar esquemas ³ de quantificação que permitam avaliar os custos reais de gestão de resíduos, em cumprimento da legislação ambiental em vigor;	V
▪ Avaliar a necessidade de sustentabilidade com instrumentos de financiamento para as várias soluções implementadas;	V
▪ Incrementar as acções de inspecção conducentes à prossecução das metas anteriormente definidas;	V
▪ Definir indicadores de cumprimento para avaliar a aplicação das estratégias.	V

¹ Fonte de informação: Portugal-Ramos *et al.* (1999); ² Fonte de informação: DGS/INR (1999).

³ Em vez de esquemas passou a ser sistemas.

A concretização deste programa é apresentada na Tabela 7.11. Trata-se da adaptação da base de dados anterior para possibilitar o tratamento e a operacionalização dos dados inseridos. Pretende-se encontrar indicadores de produção geográfica, produtividade, qualidade, custos, cumprimento, ou outros que se mostrem necessários e que possibilitem a opção por estratégias mais adequadas e racionais (DGS/INR, 1999).

Tabela 7.11. Programa de Monitorização e Controlo: objectivos, acções, responsabilidades e período de realização (DGS/INR, 1999).

Avaliação	V - Programa de Monitorização e Controlo											
	Objectivos programáticos	Acções a desenvolver	Responsabilidades	Período de realização 99/00							2000	
				A	M	J	J	A	S	O		N
X	1. Adaptar a base de dados para permitir o tratamento e a operacionalização dos dados inseridos na fase anterior, de forma a se obterem: a) Estratégias b) Custos c) Indicadores de cumprimento d) Análise geográfica e) Outros que se mostrem necessários	1. Adjudicar o aperfeiçoamento da base de dados com fim à monitorização e controlo de estratégias, indicadores quantitativos e qualitativos e custos	1. DGS, INR, IGIF									

S – sim; X – Não.

Em DGS/INR (1999) é ainda referido que o acesso à informação mais correcta e em tempo útil permitirá melhores resultados, nomeadamente na inspecção, podendo esta ser efectuada de forma cirúrgica. No entanto, é salientado que o acesso a esta informação não deverá ser encarado unicamente numa perspectiva punitiva, mas também de forma educadora e modeladora de comportamentos e atitudes.

Avaliação no período 1999 – 2000:

As quatro metas do PERH mencionadas na Tabela 7.10 são referentes: à criação de sistemas de quantificação que permitem avaliar os custos reais de gestão de resíduos, à avaliação da necessidade de sustentabilidade com instrumentos de financiamento para várias soluções implementadas, à definição de indicadores de cumprimento para avaliar a aplicação de estratégias e ao incremento das acções de inspecção conducentes à prossecução das metas definidas.

- Base de dados que permita retirar informação tratada

Todas estas metas correspondem no Plano de Acções de 1999 – 2000 a um único objectivo. Este objectivo refere: “adaptar a base de dados para permitir o tratamento e operacionalização dos dados inseridos na fase anterior, de forma a se obterem: estratégias, custos, indicadores de cumprimento, análise geográfica e outros que se mostrem necessários”.

A respectiva acção a desenvolver corresponde a “adjudicar o aperfeiçoamento da base de dados com fim à monitorização e controlo de estratégias, indicadores quantitativos e qualitativos e custos”. Dezembro de 1999 era o período de realização desta acção, sendo a responsabilidade da DGS, INR e do IGIF.

Pelo referido anteriormente, a base de dados não se encontra ainda operacional. Constatando-se, pela informação obtida, que esta acção não foi concretizada, nem no período referido no Plano de Acções para 1999-2000, nem mesmo posteriormente. Além disso, deve-se salientar que as quatro metas englobadas neste Programa de Monitorização e Controlo não se revêm, na totalidade, no objectivo programático referido.

Para o horizonte 2000, das 15 metas propostas no PERH, 14 foram englobadas na Estratégia Nacional de Gestão de RH – 1999/2000, tendo sido anteriormente comentadas, através dos respectivos objectivos programáticos e acções a desenvolver.

No entanto, uma das metas não foi integrada na Estratégia mencionada, trata-se da correspondente a: “elaborar, pelas UPCS, programas de gestão de resíduos apoiados, preferencialmente, em Sistemas de Gestão Ambiental”. Pela informação obtida, não se

dispõem de elementos para avaliar o respectivo grau de cumprimento, nem até finais do ano 2000, nem mesmo posteriormente.

7.2.2. Horizonte 2005

Como referido, 2005 é o segundo horizonte temporal proposto. Neste caso, as cinco metas definidas no PERH e apresentadas na Tabela 7.12, não originaram qualquer Plano de Acções, tal como sucedeu com as metas relativas a 2000.

Tabela 7.12. Metas do PERH a atingir no horizonte 2005 (Portugal-Ramos *et al.*, 1999).

Metas PERH - horizonte 2005
<ul style="list-style-type: none">▪ Criar uma base de informação geográfica da produção, tratamento e destino final dos resíduos;▪ Avaliar os programas de gestão de resíduos desenvolvidos nas UPCS;▪ Continuar a realização de acções de formação e informação;▪ Eventual aperfeiçoamento da rede de tratamento, com capacidade para a produção nacional, garantindo a adequada monitorização das emissões face à legislação nacional;▪ Consolidar um programa de monitorização para avaliar a aplicação das estratégias.

Avaliação no período 2000 – 2005:

A cinco metas estabelecidas para este período, como não deram origem à proposta de objectivos programáticos e de acções a desenvolver, são analisadas directamente.

- Base de informação geográfica

A primeira meta, para este horizonte temporal, é referente a “criar uma base de informação geográfica da produção, tratamento e destino final dos resíduos”. Pelas pesquisas efectuadas não se encontraram evidencias dessa base alguma vez ter sido criada ou mesmo adjudicada.

- Avaliar os programas de gestão das UPCS

A segunda meta do PERH para 2005 é relativa a “avaliar os programas de gestão de resíduos desenvolvidos nas UPCS”. É de referir que existe alguma confusão entre programas e planos de gestão de RH. Em geral, considera-se que os planos têm um carácter mais genérico, sendo constituídos por programas, nos quais existem objectivos quantificáveis, enquanto que os planos têm objectivos estratégicos.

Contudo, como o PERH não define o que se entende por planos e por programas de gestão de RH a serem implementados nas UPCS, este grupo de trabalho optou por considerar que os planos devem seguir as orientações indicadas em Pruss *et al.* (1999).

Pelas pesquisas efectuadas teve-se conhecimento que foram recebidos na DGS, por solicitação da mesma aos Conselhos de Administração das ARS, os seguintes documentos designados pelas UPCS como programas de gestão de RH:

- Programa de Gestão de RH da SRS de Faro para 2005, elaborado em Novembro de 2004 e recepcionado na DGS em 16/06/2005.
- Programa de Gestão de RH: 2005 – 2007 e Programa de Gestão de Resíduos – Outros Resíduos (2005 – 2007) do CRSP do Centro, recepcionado na DGS em 19 de Julho de 2005.

E ainda outros com a designação de planos de gestão de RH:

- Ofício informando que todos os centros de saúde da SRS de Braga têm implementado e em execução o Plano de Gestão Integrado de RH seguindo as orientações e normas previstas no PERH, recepcionado na DGS em 29/06/2005;
- Plano de Gestão de RH em Centro Saúde⁸, elaborado por um grupo de trabalho do CRSP LVT e terminado em Março de 2006. Encontra-se em fase de publicação pela DGS.

Pela informação a que se teve acesso, pensa-se que os programas e planos de gestão de RH mencionados anteriormente não foram avaliados pela DGS. Contudo, foram analisados por este grupo de trabalho.

Em relação aos programas, considera-se que o Programa de Gestão de RH da SRS de Faro é um embrião de um plano de gestão de RH, enquanto que o Programa de Gestão de RH: 2005 – 2007 do CRSP do Centro, por incluir objectivos quantificáveis, pode ser denominado como programa.

Dos planos existentes na DGS, o primeiro listado anteriormente não corresponde a um plano, sendo apenas um ofício informando que os centros de saúde da SRS de Braga têm implementado e em execução o Plano de Gestão Integrado de RH. O segundo, o Plano de Gestão de RH em Centro Saúde, elaborado pelo CRSP LVT, deve ser considerado como um plano tipo, ou seja, um guião de gestão para ser adaptado por cada centro de saúde.

Em complemento a esta informação, no questionário realizado no âmbito deste trabalho, procurou-se saber se nos hospitais e centros de saúde do SNS existiam

⁸ Este documento não foi recebido na DGS no âmbito da solicitação efectuada pela DGS e referida anteriormente.

planos de gestão de RH. Optou-se por perguntar por planos e não por programas dado existir um conhecimento prévio de que algumas instituições dispunham de documentos a que chamavam planos de gestão de RH. Esta opção fundamentou-se, também, no facto de no PERH não ser referida a diferença entre planos e programas de gestão de RH.

Pelo questionário realizado, 47% destas UPCS referiram que tinham planos de gestão de RH, tendo uma percentagem significativa, 41% afirmado que apenas possuíam algumas recomendações escritas. Os hospitais foram os que mais mencionaram a existência de planos de gestão de RH (53%), embora a percentagem de centros de saúde que fez esta afirmação tenha também sido elevada (45%).

Pelo exposto, pode-se afirmar que o número de programas (ou planos) de gestão de RH recebidos na DGS é muito reduzido, não existindo evidências que os mesmos tenham sido avaliados. Além disso, pelas respostas dadas ao questionário realizado parece que o número de planos (ou programas) nas UPCS do SNS é bastante significativo.

Contudo, deve-se salientar que existe uma confusão generalizada entre o que se entende por programa de gestão de RH, por plano ou por apenas algumas recomendações escritas, o que possivelmente originou estas elevadas percentagens nos questionários. Desta forma, considera-se importante, além de definir estes conceitos, procurar confrontar os resultados do questionário com a realidade nacional, em termos dos planos de gestão de RH.

- Continuar as acções de formação e informação

A terceira meta do PERH para o horizonte 2005 é referente a “continuar a realização de acções de formação e informação”. Em relação a esta temática, apenas se dispõe dos resultados do questionário realizado no âmbito deste trabalho aos hospitais e centros de saúde do SNS, como anteriormente referido, e da informação presente nos arquivos da DGS.

Como é descrito no Capítulo 6 – Informação Complementar, o questionário realizado abordou vários aspectos relacionados com a formação sobre RH, focando dois períodos diferentes, um mais alargado - se habitualmente são efectuadas acções de formação sobre este tema, e outro referente concretamente a 2005.

Em relação ao período mais alargado, 66% das instituições que responderam ao questionário afirmaram que normalmente efectuam acções de formação sobre RH, enquanto que 60% referiram que as realizaram em 2005. Os hospitais são as UPCS que apresentam as maiores percentagens em relação à realização de acções de formação nos dois períodos em estudo.

Informação complementar sobre as respostas das instituições em relação às acções de formação (e.g. frequência das mesmas, iniciativa, duração, público-alvo, número de acções por ano) pode ser consultada no Capítulo 6 – Informação Complementar.

Relativamente à “informação” sobre RH, também referida na meta do PERH, apenas se sabe que foi efectuada a produção de um videograma no âmbito do projecto “Produção de videogramas sobre a evidência e gestão de riscos em saúde ambiental” – módulo “Gestão de RH”. Tratava-se de um suporte de apoio à formação dos profissionais de saúde das UPCS. Este videograma foi finalizado em 2005 não tendo até à data sido divulgado.

Pelo referido anteriormente, embora tenham sido realizadas acções de formação e informação nas UPCS, pelo menos nas do SNS, não se pode comprovar o empenho da tutela na concretização desta meta.

- Aperfeiçoar, eventualmente, a rede de tratamento de RH

Para o horizonte de 2005, a quarta meta do PERH refere “eventual aperfeiçoamento da rede de tratamento, com capacidade para a produção nacional, garantindo a adequada monitorização das emissões face à legislação nacional”.

Em relação a este assunto apenas se pode referir que a capacidade instalada em termos de tratamento alternativo à incineração aumentou neste período, além de também ter sido incrementado o movimento transfronteiriço de RH. Contudo, não foi possível ter acesso a dados mais concretos que os apresentados no Capítulo 5 – Operadores e gestão de RH.

Além disso, sabe-se que entre o ano 2000 e 2005, foram licenciadas pela DGS três novos centros de serviço da empresa Cannon Hygiene (em 2001 - Batalha, em 2002 - Castelo Branco e em 2003 – Setúbal) e uma nova unidade de tratamento de RH do grupo III em Beja (em 2004), da empresa Ambimed.

- Consolidar um programa de monitorização

A última meta do PERH é relativa a “consolidar um programa de monitorização para avaliar a aplicação das estratégias”. Sobre este assunto muito pouco há a comentar, uma vez que não foi evidenciado que este programa de monitorização alguma vez tenha sido implementado, pelo que não será possível a sua consolidação.

7.3. Avaliação complementar

Como alguns assuntos considerados fundamentais pelo grupo de trabalho não foram abordados, pelo menos directamente, nas metas analisadas anteriormente, considerou-

-se importante realizar uma breve avaliação de alguns desses temas. Neles enquadra-se o universo de produtores de RH, as produções de RH, os operadores de gestão de RH, a verificação da triagem dos RH e as correspondentes responsabilidades na gestão.

Universo de produtores de RH

Em relação ao universo de produtores de RH, após a análise da informação disponível confirmou-se que é impossível, com a informação actualmente disponível, apurar o número total de produtores de RH, em Portugal Continental.

Além disso, constatou-se que as identificações referidas pelos hospitais do SNS no mapa de RH não são, muitas vezes, coincidentes com as mencionadas nas estatísticas da saúde. Também, que as alterações das respectivas designações ocorrem, em muitos casos, por força de mudança do regime jurídico destas UPCS (e.g. agregação em centros hospitalares), não acompanhando as estatísticas da saúde as modificações introduzidas nestas designações.

Verificou-se, igualmente, que o profissional de saúde que realiza o preenchimento dos mapas de RH não tem, muitas vezes, em consideração a importância de referir a correcta designação do hospital (e em geral das UPCS), gerando-se equívocos difíceis de resolver.

Também, raramente coincidiram os números totais de hospitais e centros de saúde do SNS, por ano, mencionados nas diversas fontes de informação oficiais, como as estatísticas da saúde, os relatórios de RH ou os dados disponibilizados pelas entidades competentes.

Relativamente às UPCS não dependentes do Ministério da Saúde, quase nunca estão disponíveis dados consistentes, sendo mesmo desconhecido o universo de produtores de RH privados em Portugal Continental.

Por tudo o que foi anteriormente referido, optou-se por realizar o Capítulo 3 – Universo de produtores de RH, onde se procurou compilar, organizar e comparar a informação disponível. Foi efectuada uma inventariação destas UPCS, o mais exaustiva possível, recorrendo às diversas fontes de informação disponíveis, desde as entidades licenciadoras e outras relacionadas, às ordens profissionais e a procuras realizadas na *Internet*. Contudo, mesmo assim não foi possível saber qual a percentagem que se conseguiu obter em relação ao universo global.

Produção de RH

Os dados relativos à produção de RH a nível nacional são provenientes dos mapas de registo dos RH, enviados anualmente à DGS pelos produtores de RH, e da informação fornecida pelos operadores de gestão de RH.

Como foi referido no Capítulo 4 – Produção de RH, constatam-se diversas lacunas e faltas de precisão nos dados disponíveis, não sendo possível, na maior parte das situações, tirar conclusões fiáveis e efectuar comparações. Além disso, apenas existem dados para o SNS e mesmo neste caso, não englobam a totalidade das UPCS.

Constata-se que não está disponível informação das UPCS não dependentes do Ministério da Saúde⁹. Esta falta de dados está relacionada com o facto da maior parte desta informação se encontrar apenas em formato papel (dados dos mapas de registo de RH), mas também motivado pelos operadores de gestão disponibilizarem os seus dados de forma muito diversa e sem a agregação necessária, que possibilite serem trabalhados.

Como é demonstrado no Capítulo 4 – Produção de RH, é fundamental existir uma base de dados funcional, bem concebida e que responda às necessidades em termos de análise dos dados introduzidos. Além disso, esta base de dados deve ser facilmente acessível para que todos os produtores de RH e operadores de gestão possam lançar os seus dados. Contudo, não deve ser esquecida a necessária validação da informação introduzida.

Operadores de gestão de RH

Como foi explicitado no Capítulo 5 – Operadores de gestão de RH, estes operadores cumprem o preconizado na Portaria nº 178/97, de 11 de Março, através do envio anual do inventário dos RH à DGS.

No entanto, dado o inventário não obedecer a uma estrutura definida, à semelhança dos mapas de registo de RH, permite o recurso a concepções variadas de iniciativa do operador e conseqüentemente a diversidade na informação fornecida. Esta situação dificultou o tratamento da informação proveniente dos operadores relativamente aos itens referidos na legislação, porque ora estavam contemplados, ora eram omissos.

Esta falta de homogeneidade e rigor leva a que não se conheça com precisão a quantidade de RH produzidos em Portugal Continental e, muito menos, a quantidade de resíduos resultantes do tratamento dos RH.

⁹ Nos Relatórios de RH de 2000, 2001 e 2002, são apresentados dados agregados de produção de RH para UPCS privadas, contudo não permitem fazer uma avaliação fundamentada, por não referirem nomeadamente a classificação/categorização das UPCS englobadas.

Da mesma forma, desconhece-se a capacidade instalada no nosso país para tratar os RH, quer por operador, quer no total. Acresce o facto da DGS, quando oficia o operador de que se encontra licenciado, não indica o local da unidade de tratamento a que se refere a “licença”, nem mesmo a respectiva capacidade instalada e o regime de trabalho da unidade.

Contudo, e apesar do anteriormente mencionado, observa-se uma evolução positiva ao longo do período em estudo, tanto em relação ao desempenho dos operadores de gestão de RH, como em termos de número de “clientes” correspondentes a cada um dos operadores.

Auditorias/visitas para verificação da triagem dos RH

Pelo facto de se considerarem as auditorias/visitas aos serviços como uma ferramenta adequada para avaliar a gestão de RH nas UPCS, mas também o conhecimento dos profissionais de saúde, relacionado nomeadamente com a triagem dos RH, foi colocada esta pergunta no questionário realizado no âmbito deste trabalho.

Como resultados, 70% das instituições referem a realização de auditorias ou visitas para verificar a triagem dos RH, sendo a frequência mais habitual entre uma a três/quatro vezes por ano. A maior percentagem de realização de auditorias ou visitas corresponde aos hospitais, 84%, enquanto que nos centros de saúde são referidas em 65%.

É de salientar que, embora se soubesse da distinção entre auditoria e visita, também se tinha conhecimento da confusão que estes dois conceitos geram entre os profissionais de saúde, pelo que se optou por os utilizar indiscriminadamente, como referido no Capítulo 6 – Informação complementar.

Tanto os resultados do questionário realizado, como a análise efectuada às produções de RH, informação que permitiu aferir em relação à separação dos mesmos, permitiu salientar a importância destes procedimentos, bem como de se criarem orientações específicas de apoio à realização das auditorias e das visitas e da necessidade de se definirem estes conceitos.

Responsabilidades práticas pela gestão dos RH

Um outro aspecto também de grande importância na implementação de práticas correctas de gestão de RH está relacionado com a responsabilização prática nas UPCS, por esta mesma gestão.

Para que a gestão de RH possa ser eficaz é fundamental que seja nomeado formalmente, pela hierarquia máxima da UPCS (uma vez que a legislação lhe confere essa responsabilidade), um profissional ou um grupo de profissionais da instituição, de

modo a que lhe seja reconhecida essa responsabilidade por todos os envolvidos nas diversas etapas de gestão de RH.

No questionário realizado no âmbito deste trabalho procurou-se saber quem na realidade exercia a responsabilidade nos hospitais e centros de saúde do SNS, pela gestão dos RH. As respostas foram bastante diversificadas.

Nos hospitais, a responsabilidade recai sobretudo na CCI (em 29%) e no serviço de aprovisionamento ou de instalações e equipamento (em 21%). Nos centros de saúde, esta responsabilidade de gestão é fundamentalmente dos TSA ou do serviço/equipa de saúde pública (em 26%) e do enfermeiro chefe (em 20%).

8. Conclusões

O PERH foi elaborado no sentido de constituir um instrumento de planeamento que orientasse as suas principais opções estratégicas de gestão e regesse as suas principais directrizes, quer sob a forma de observações, quer de recomendações (Portugal-Ramos *et al.*, 1999).

É objectivo principal deste trabalho avaliar a implementação do PERH em Portugal Continental, entre 1999 e 2005, como preconizado no seu capítulo IX. Avaliação que engloba tanto as UPCS públicas e privadas, como os operadores de gestão de RH.

O presente trabalho subdividiu-se em duas fases: na primeira foi consultada a informação disponível na DGS, elaborado um questionário para ser aplicado às UPCS do SNS (hospitais e centros de saúde) e foram solicitados através da DGS elementos complementares, quer a entidades públicas, quer a privadas.

A segunda parte foi inteiramente dedicada ao tratamento da informação obtida, tendo esta constituído as linhas mestras para a organização do trabalho. Nesta parte foram igualmente avaliadas as metas propostas no PERH, para os horizontes 2000 e 2005. Em complemento efectuou-se uma breve avaliação de alguns assuntos não focados nas metas referidas, mas abordados na informação tratada e nos questionários realizados.

Pela análise efectuada é possível concluir que o universo de produtores de RH apenas é conhecido para as UPCS públicas do SNS, embora se constate alguma falta de rigor, tanto na quantificação dos estabelecimentos existentes, como nas respectivas designações, quer por parte dos organismos oficiais, quer das próprias UPCS.

Quanto ao universo das UPCS não dependentes do Ministério da saúde, especialmente o universo das privadas, este é desconhecido. Neste trabalho procurou-se inventariar, para 2005, o número destas unidades não dependentes do Ministério da Saúde, consultando todas as fontes de informação disponíveis. Contudo, esta pesquisa, apesar de fornecer bastante informação sobre a realidade nacional, não permitiu, nem mesmo conhecer, que percentagem foi obtida do universo global.

Em relação à produção de RH, neste trabalho foi efectuada, pela primeira vez, a compilação dos dados disponíveis entre 1999 e 2005, para todos os produtores de RH. No entanto, a maioria da informação obtida foi relativa às UPCS do SNS, uma vez que para as restantes unidades os dados encontram-se ainda em formato papel (no caso dos mapas de registo de RH), ou não são apresentados com a agregação necessária, que possibilite serem trabalhados (no caso dos operadores de gestão de RH).

Sempre que possível (sobretudo para os hospitais e centros de saúde do SNS) foram construídas tabelas que permitem acompanhar a evolução da produção de RH entre 1999 e 2005, tanto por grupos, como em termos de RH recolhidos selectivamente. É de salientar que nestas tabelas se pode observar a evolução em termos de disponibilização de dados e na forma como são fornecidos (e.g. valores conjuntos para os grupos III e IV), mas também em relação à respectiva fiabilidade. Permitem, ainda, comparações entre a informação presente nos mapas de registo e a fornecida pelos operadores de gestão de RH.

Relativamente aos operadores de gestão de RH a operar em território continental e nos aspectos consagrados pela legislação respectiva, é possível afirmar que se encontra ao critério de cada operador os itens a cumprir no inventário dos RH, enviado anualmente à DGS. Verificou-se igualmente não existirem indicações uniformes por parte desta entidade, quanto aos conteúdos e formato destes inventários.

No PERH são consideradas 15 metas para o horizonte 2000, tendo 14 sido englobadas no Plano de Acções para 1999-2000 (DGS/INR, 1999), concluindo-se ter ficado omissa uma delas. Neste plano as metas foram reorganizadas e agrupadas em função de cinco Programas, tendo estes objectivos programáticos, acções a desenvolver, responsabilidades e período de realização.

Da avaliação realizada constata-se que, dos 15 objectivos programáticos referidos no Plano de Acções para 1999-2000, apenas três foram cumpridos dentro do período previsto para a sua realização. Contudo, muitos outros foram, pelo menos em parte, concretizados, embora posteriormente ao período previsto.

Em relação às cinco metas definidas no PERH para o horizonte 2005, não foi publicado qualquer plano de acção, tal como se verificou para as metas de 2000. Por este facto apenas foram efectuados alguns comentários sobre as mesmas, não sendo referido o respectivo grau de cumprimento.

Pelos resultados deste trabalho e a título de consideração final, sugere-se que a DGS organize um documento com contributos para o novo PERH. Nesse sentido, considera-se que esta entidade deverá fornecer orientações precisas e recomendações, bem como definir as condições para a respectiva execução, propostas que deverão ser tidas em conta na elaboração do novo PERH.

Referências

ANEMVET <http://anemvet.no.sapo.pt/lenemvet.htm> Página da Internet da Associação Nacional dos Estudantes de Medicina Veterinária. Consultado em 17/03/2007

ANF (2006) <http://www.anf.pt/site/index.php?page=data/farmacias/procurar.php> Página da Internet da Associação Nacional de Farmácias. Consultado em Setembro de 2006.

DECRETO-LEI nº 92/2006 (DR nº 101, Série I-A de 2006-05-25) Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional.

DECRETO-LEI nº 72/2007 (DR nº61, Série I de 2007-03-27) Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional.

DECRETO-LEI nº 189/2006 (DR nº184, Série I de 2006-09-22) Ministério das Obras Públicas, Transportes e Comunicações.

DECRETO-LEI n.º 88/2005 (DR n.º 107, Série I-A de 2005-06-03) Ministério da Saúde.

DECRETO-LEI nº 230/2004 (DR nº 208, Série I-A de 2004-12-10) Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território.

DECRETO-LEI nº 267-A/2003 (DR nº 249, Série I-A de 2003-10-27) Ministério das Obras Públicas, Transportes e Habitação.

DECRETO-LEI nº 62/2001 (DR nº 42, Série I-A de 2001-02-19 de Fevereiro) Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território.

DECRETO-LEI nº 60/2003 (DR nº 77, Série I-A de 2003-04-01) Ministério da Saúde.

DECRETO-LEI nº 138/2000 (DR nº 160, Série I-A de 2000-07-13) Ministério da Saúde.

DECRETO-LEI nº 153/2003 (DR nº 158, Série I-A de 2003-07-11) Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente.

DECRETO-LEI nº 5/2000 (DR nº 24, Série I-A de 2000-01-29) Ministério da Saúde.

DECRETO-LEI nº 411/98 (DR nº 300, Série I-A de 1998-12-30) Ministério da Saúde.

DECRETO-LEI nº 239/97 (DR nº 208, Série I-A de 1997-09-09) Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional.

DECRETO-LEI n.º 286/99 (DR n.º173, Série I-A de 1999-07-27) Ministério da Saúde.

DECRETO-LEI nº 277/99 (DR nº 170, Série I-A de 1999-07-23) Ministério do Ambiente.

DECRETO-LEI n.º 157/99 (DR n.º108, Série I-A de 1999-05-10) Ministério da Saúde

DECRETO-LEI n.º 97/98 (DR n.º91, Série I-A de 1998-04-18) Ministério da Saúde.

DECRETO-LEI n.º13/93 (DR n.º12, Série I-A de 1993-01-15) Ministério da Saúde.

DESPACHO nº 22894/2003 (2ª série) (DR nº 273, Série II de 2003-11-25) Direcção-Geral de Transportes Terrestres.

DESPACHO nº 242/96 (DR nº 187, Série II de 1996-08-13) Ministra da Saúde.

DESPACHO conjunto nº 761/99 (DR nº 203, Série II de 1999-08-31) Ministérios da Saúde e do Ambiente.

DGS (2007). Relatório Resíduos Hospitalares 2004. Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Ambiental. Lisboa, Março.

DGS (2007a). Inventários dos Operadores de Gestão de Resíduos Hospitalares (1999 a 2005). Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Ambiental. Consultados entre Outubro de 2006 e Março de 2007.

DGS (2007b). Arquivos diversos da Divisão de Saúde Ambiental. Consultados em Março de 2007.

DGS (2006a). Relatório Resíduos Hospitalares 2005. Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Ambiental. Lisboa, Julho.

DGS (2006b). Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e Produção do SNS 2005. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa, Agosto.

DGS (2006c) <http://www.dgs.pt/> Página da Internet da Direcção-Geral da Saúde. Consultada em Julho/Agosto de 2006.

DGS (2005a). Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e Produção do SNS 2003. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa, Janeiro.

DGS (2005b). Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e Produção do SNS 2004. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa, Novembro.

DGS (2004a). Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e Produção do SNS 2002. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa, Julho.

DGS (2004b). Relatório Resíduos Hospitalares 2003. Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Ambiental. Lisboa, Dezembro.

DGS (2003a). Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e Produção do SNS 2001. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa, Dezembro.

DGS (2003b). Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e Produção do SNS 2000. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa, Dezembro.

DGS (2003c). Relatório Resíduos Hospitalares 2002. Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Ambiental. Lisboa, Julho.

DGS (2002a). Elementos Estatísticos Saúde / 1999. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa, Maio.

DGS (2002b). Relatório Resíduos Hospitalares 2000. Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Ambiental. Lisboa, Julho.

DGS (2002c). Relatório Resíduos Hospitalares 2001. Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Ambiental. Lisboa, Novembro.

DGS (2000). Relatório Resíduos Hospitalares 1999. Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Ambiental. Lisboa, Outubro.

FEDER (2006). Lista dos Projectos Financiados no Âmbito dos Resíduos Hospitalares entre 1999 e 2005. Saúde XX, 29 de Setembro de 2006.

GONÇALVES, M. G. (2005). *Gestão de Resíduos Hospitalares: Conhecimentos, Opções e Percepções dos Profissionais de Saúde*. Dissertação para a obtenção do Grau de Doutor apresentada à Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa.

INEM (2007), http://www.inem.min-saude.pt/pageGen.asp?SYS_PAGE_ID=469463 Página da Internet do Instituto Nacional de Emergência Médica. Consultada em Fevereiro de 2007.

INML (2007) <http://www.inml.mj.pt> Página da Internet do Instituto Nacional de Medicina Legal. Consultada em Março de 2007.

ISS (2006), Ofício do Instituto de Segurança Social

MS (2006). <http://www.portaldasaude.pt/Portal/Resources/orgms012006.pdf> Página da Internet do Ministério da Saúde. Consultada em Dezembro de 2006.

OMV (2006), Carta da Ordem dos Médicos Veterinários nº1270/CD/2006 de 2006/03.

PAI (2007), Clínicas Veterinárias em Portugal <http://www.pai.pt/search.ds>, Página da Internet das Páginas Amarelas, Consultada em 17/03/2007

PAI (2007), Laboratório Nacional de Investigação Veterinária, <http://www.pai.pt/search.ds> da Página da Internet das Páginas Amarelas, Consultado em 17/03/2007

PAI (2006), Página da Internet das Páginas Amarelas, consultada em 26/09/2006, http://www.pai.pt/empresas/Portugal/saude/servicos_tecnicos_de_saude/clinicas_dentarias.html

PORTARIA nº 320/2007 (DR nº 59, Série I de 2007-03-23) Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional.

PORTARIA nº1408/2006 (DR nº 241, Série I de 2006-12-18) Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional.

PORTARIA nº 209/2004 (DR nº 53 Série I -B, de 2004-03-03) Ministérios da Economia, da Agricultura, Desenvolvimento Rural e Pescas, da Saúde e das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente.

PORTARIA nº 91/2000 (DR nº 42, Série I-B de 2000-02-19) Ministérios da Saúde e do Ambiente e do Ordenamento do Território.

PORTARIA nº 744-A/99 (DR nº 198, Série I-B de 1999-08-25) Ministérios da Saúde e do Ambiente.

PORTARIA nº 335/97 (DR nº 113, Série I-B de 1997-05-16) Ministérios da Administração Interna, do Equipamento, do Planeamento e da Administração do Território, da Saúde e do Ambiente.

PORTARIA nº 178/97 (DR nº 59, Série I-B de 1997-03-11) Ministérios da Saúde e do Ambiente.

PORTARIA nº 174/97 (DR nº 58, Série I-B de 1997-03-10) Ministérios da Saúde e do Ambiente.

PORTARIA n.º772-B/96 (DR n.º302, Série I-B, 6.º Suplemento de 1996-12-31) Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Saúde.

PORTARIA nº143/91 (DR nº 100, Série II de 1991-05-02) Ministério da Saúde.

PORTARIA (DR nº172, Série II de 1988-07-27) Ministério da Saúde.

PORTUGAL-RAMOS, M.; RAMOS, M. M.; MONTEIRO, H; LOBATO-FARIA, A.; PÁSSARO, D. A. (1999). Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares. Ministérios da Saúde e do Ambiente. Lisboa.

PROFICO AMBIENTE (2004), Monitorização da Implementação de Planos e Estratégias. Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares (PERH). Instituto dos Resíduos. Lisboa.

PRUSS, A.; GIROULT, E.; RUSHBROOK, P. (1999). Safe Management Wastes from Health-care Activities. World Health Organisation. Genebra.

REGULAMENTO (CE) nº 1774/2002 do Parlamento Europeu e do Conselho de 03/10/2002 (JO nº L273, de 3 de Outubro p.0001 - 0095).

SAPO (2006), <http://farmacias.sapo.pt/distritos.html?id=18> Página da Internet do SAPO, Consultado em Setembro de 2006.

TAVARES, A. M. B. (2004). *A Gestão dos Resíduos Hospitalares e o Papel da Autoridade de Saúde – Caso do Concelho da Amadora*. Dissertação para a obtenção do Grau de Doutor apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.