Hospitais federais no Rio de Janeiro e a terceirização das atividades-meio: em busca de qualidade, flexibilidade e ganhos econômicos*

Luisa Regina Pessôa**

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. Terceirização: alguns aspectos conceituais; 3. O caso dos hospitais federais no estado do Rio de Janeiro: uma terceirização anacrônica; 4. Comprovando o anacronismo e formulando uma alternativa; 5. A nova metodologia implantada; 6. Resultados obtidos e análises preliminares.

PALAVRAS-CHAVE: administração hospitalar; atividades-meio; terceirização; manutenção predial.

Este artigo analisa o processo de terceirização das atividades de suporte à assistência médico-hospitalar (fornecimento e preparo de alimentos, lavagem de roupas, manutenção predial, limpeza e vigilância) em 17 hospitais federais no estado do Rio de Janeiro, focalizando a mudança da lógica de contratação destes serviços, iniciada em 1998.

Federal government hospitals in the state of Rio de Janeiro and the outsourcing of the support activities: looking for quality, flexibility and economic gain

This paper analyzes the outsourcing process of the support activities linked to healthcare and hospital services: food supply and preparation, laundering, housekeeping, cleaning, and surveillance. It covers 17 federal government hospitals in the state of Rio de Janeiro and focuses the change of logic for the contracting of such services, initiated in 1998.

---

* Artigo recebido em set. e aceito em out. 2000.

** Mestre em ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz e coordenadora da Regional Sul/Sudeste do Projeto ReforSUS/Ministério da Saúde. A autora agradece a Adriana Gonçalves Castro, pelo apoio logístico, e a Antônio Ivo de Carvalho, pelas críticas e sugestões, sempre bem-vindas.

1. Introdução

A questão da eficiência na alocação de recursos financeiros, tanto de custeio quanto de capital, tem sido um dos temas emergentes nas discussões relativas ao financiamento no setor saúde. No âmbito da gestão em saúde, esta questão ganhou relevância a partir das recomendações formuladas pela XXX Assembléia Mundial de Saúde, reunida em 1977, e das discussões realizadas na Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, Alma Ata, em 1978. Ambas estabeleceram a meta global de alcançar saúde para todos no ano 2000, constatando, entretanto, que um dos entraves para sua concretização reside na escassez de recursos disponíveis, principalmente nos países do denominado Terceiro Mundo.

A partir desta constatação prioriza-se nos países da América Latina o processo de discussão da otimização dos recursos, objetivando o estabelecimento de mecanismos gerenciais e administrativos que possibilitem sua utilização de forma a obter o maior aproveitamento possível.

Em se tratando de otimizar recursos numa organização profissional,[1] como é o caso das organizações hospitalares, dá-se destaque às intervenções nas áreas administrativas e de apoio logístico, pois, devido ao alto custo de operação destas organizações, é fundamental que estas áreas tenham bom desempenho gerencial.

No momento das discussões para a formulação de instrumentos gerenciais e estratégias de ação que viabilizem o objetivo proposto, surgem alguns questionamentos quanto à eficiência e eficácia da gerência da rede física de serviços de saúde, ganhando, assim, importância os *recursos físicos*,[2] aí compreendidos o prédio, suas instalações e equipamentos.

Constata-se, na discussão relativa à otimização dos recursos, que tanto a manutenção da rede em funcionamento quanto os mecanismos adotados para a adaptação e ampliação da rede física existente ocorrem de forma desordenada. Ao mesmo tempo, reconhece-se que a incorporação de tecnologia inerente ao processo de transformação e de expansão da rede física no setor

---

[1] Segundo Mintzberg (Azevedo, 1993:40), organização profissional é aquela à qual se atribui uma autoridade de natureza profissional, onde o poder advém do conhecimento (no caso, o conhecimento médico), da especialização, da profissão, e que apresenta processo de trabalho complexo e especializado, com resultados de difícil mensuração.

[2] As teorias administrativas englobam nos chamados recursos disponíveis os recursos humanos, financeiros e materiais, agregando na categoria recursos materiais desde um pacote de gaze ou uma seringa até a complexa instalação de uma rede aterrada, ou mesmo um equipamento de ressonância magnética. Neste artigo, destacamos dos recursos materiais os denominados *recursos físicos*, dada a pertinência e relevância de estudá-los de modo diferenciado dos demais recursos.

saúde também tem ocorrido de modo desordenado, contribuindo provavelmente para elevar desnecessariamente os custos, já altos, do setor.

A compreensão de que se deveria melhorar o processo de gerenciamento dos recursos físicos, como um dos pontos prioritários para o melhor e maior aproveitamento da rede de prestação de serviços de saúde, direcionou, a partir da década de 1980, as atividades de engenheiros e arquitetos da área da saúde na busca de novas estratégias para o enfrentamento do problema.

No Brasil, tanto o Ministério da Saúde quanto o extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, detentor à época da maior rede pública do país, optaram pela terceirização das atividades relacionadas à manutenção, adaptação e expansão de suas redes de prestação de serviços, sem, entretanto, constituir e capacitar quadros técnicos de engenheiros e arquitetos para o gerenciamento deste universo crescente de contratos de prestação de serviços.

De um modo geral, os resultados desta estratégia não foram positivos. A deterioração física dos hospitais federais, principalmente no estado do Rio de Janeiro, bem como a extensão de área física desativada, ou o montante de equipamentos quebrados, parados e ociosos é a expressão destes resultados, que são denunciados pela população, pelos órgãos representativos dos profissionais de saúde e pela mídia.

Este artigo verifica os critérios adotados na implantação desta estratégia, focalizando as questões relativas à eficiência da alocação de recursos de custeio, por meio do estudo dos mecanismos de contratação de serviços continuados de limpeza, vigilância, lavagem de roupa, alimentação e, sobretudo, de manutenção predial nos hospitais federais no estado do Rio de Janeiro.

2. Terceirização: alguns aspectos conceituais

O processo de terceirização já há algum tempo vem sendo empregado no Brasil, no âmbito da indústria automobilística (Martins & Ramalho, 1994), embora só recentemente tenha constituído um ponto da pauta de reflexão das empresas privadas e das organizações sindicais.

Entretanto, a origem e a consolidação deste processo em detrimento dos mecanismos convencionais de alocação de mão-de-obra especializada ou não estão associadas às mudanças ocorridas na sociedade norte-americana em meados da década de 1970.

Em meio à crise econômica vivida pelos EUA a partir de meados da década de 1960, ficou evidenciada a "incapacidade do fordismo e do keynesianismo de conter as contradições inerentes ao capitalismo" (Harvey, 1993:135), na medida em que a dinâmica da sociedade industrial, impulsionada pela competição internacional tanto da Europa Ocidental quanto do Japão e de outros países recém-industrializados que abalaram a hegemonia americana no setor

industrial, exigia *flexibilidade*, mas os investimentos de capital, os mercados (financeiro e de consumo), o Estado e, principalmente, os contratos de trabalho, sob a égide das doutrinas keynesiana e fordista, respondiam com inflexibilidade.

Segundo Harvey (1993) a expressão superficial dessas dificuldades pode ser sintetizada em uma única palavra: *rigidez*.

A profunda recessão de 1973 impulsionou essa década e a seguinte a um conturbado período de reestruturação econômica, social e política. A rigidez do fordismo precisou ceder espaço às novas experiências de organização industrial, social e política pautadas numa nova dinâmica de acumulação de capital, regulada política e socialmente de modo bastante distinto. Harvey (1993) denominou "acumulação flexível" essa nova dinâmica de acumulação.

Este novo modelo de acumulação, pautado na flexibilidade dos processos, introduziu mudanças significativas nos processos de trabalho, nos mercados de trabalho, nos produtos e padrões de consumo. Entre elas, dado o escopo deste artigo, interessa em particular a consolidação do processo de terceirização das atividades não-especializadas, que introduzem mudanças relevantes no mercado de trabalho.

Em face do grande contingente de mão-de-obra excedente (desempregados ou subempregados) e ao enfraquecimento do poder sindical — "uma das colunas políticas do regime fordista" (Harvey, 1993:141) — as forças patronais impõem regimes e contratos de trabalhos mais flexíveis[3] e imprimem aparentemente uma redução do emprego regular, privilegiando o uso do trabalho em tempo parcial, temporário ou subcontratado (ou terceirizado) (Harvey,1993).

Das novas modalidades de vinculação (ou não-vinculação), a subcontratação parece ser a mais usual, apresentando crescimento expressivo no início da década de 1980, tanto nos EUA quanto em alguns países europeus.

Atualmente, impulsionado pela "onda terceirizante" dos países industrializados, este processo cresce e se estende às tarefas consideradas de apoio, como limpeza e vigilância, e aquelas ditas especializadas (Martins & Ramalho, 1994).

No âmbito do setor público, o processo de terceirização vem sendo empregado desde o final da década de 1970 basicamente nas tarefas de apoio e principalmente no âmbito federal. As razões para isso podem ser encontradas nas tentativas de driblar aquele que constitui um dos principais entraves para a ação do Estado, o déficit crônico de recursos humanos, tanto no que diz respeito à quantidade quanto à qualidade.

---

[3] Por exemplo, contratos com cláusulas que permitam jornada de trabalho flexível, isto é, inferior ou superior a 44 horas semanais, dependendo da demanda. Outro exemplo seria a contratação por tempo parcial (20 ou 30 horas semanais) e os contratos por tempo determinado.

A alternativa para contar com pessoal em número suficiente e com as qualificações profissionais requeridas encontra-se na terceirização das funções-meio, ou seja, aquelas que não estão diretamente relacionadas com a missão ou objetivos institucionais.

Deste modo, as atividades mais comumente terceirizadas pelos órgãos públicos são as que se enquadram na ampla categoria das atividades gerais (não específicas da organização considerada), como vigilância, limpeza e manutenção. No âmbito hospitalar somam-se às já mencionadas duas outras atividades cuja terceirização é significativa: o preparo de alimentos e a lavagem de roupas.

A principal motivação para uma empresa terceirizar suas atividades é *a busca do ganho econômico*, mas constitui também uma motivação de grande relevância a possibilidade de *flexibilização da força de trabalho*, ou seja, a maior facilidade de ajustar o perfil da mão-de-obra terceirizada às suas necessidades específicas do momento, sejam estas de mudança do perfil quantitativo ou qualitativo.

A questão central de discussão é em que bases tem sido feita esta delegação de responsabilidades para execução das atividades-meio — do setor hospitalar público federal para o setor privado, representado pelas empresas terceirizadas — e, conseqüentemente, se os resultados deste processo de delegação podem ser considerados vantajosos para os hospitais estudados.

3. O caso dos hospitais federais no estado do Rio de Janeiro: uma terceirização anacrônica

Desde meados dos anos 1970 os hospitais públicos federais vêm contratando serviços de vigilância, limpeza, lavagem de roupa, alimentação e manutenção predial,de modo a suprir o déficit de recursos humanos existente nestas categorias profissionais. Estas contratações são precedidas de processo licitatório e, de acordo com a legislação vigente, cada contrato pode ser renovado por até cinco anos.

Nos hospitais estudados, há exemplos de empresas que se mantiveram prestando serviços para um mesmo hospital por mais de 20 anos, como se fizessem parte do hospital. Como a base de contratação era a alocação de mão-de-obra, os quadros das empresas se “miscigenaram” aos quadros das unidades, gerando, em alguns casos, um tipo de “promiscuidade institucional”.

Num processo de contratação de serviços, além das peças jurídicas (editais e contratos), é obrigatória a existência de especificações técnicas (o que, onde, quando e como fazer), ou projeto básico, cuja elaboração é de responsabilidade dos quadros técnicos do *cliente*. Cabe também a ele a estimativa dos custos mensal e anual de cada contrato.

Historicamente, as especificações técnicas são textos genéricos, aplicados a qualquer hospital (em alguns casos a qualquer coisa), e o objeto do edital e do contrato é *a alocação de mão-de-obra, cuja unidade de medida para dimensionamento e pagamento mensal é o homem-hora*. Deste modo, a unidade hospitalar arbitrava um montante de homens para limpeza *X*, ao custo mensal *Y*, e a multiplicação destes fatores, em cujo resultado incidiam os impostos e o lucro da empresa, era o valor a ser contratado. Contratava-se com base num quantitativo de mão-de-obra prefixado, mas arbitrado com grande grau de incertezas.

Do ponto de vista dos ganhos econômicos — um dos principais objetivos da terceirização —, *não há vantagens* na contratação de empresas para disponibilizar mão-de-obra em uma organização se esta mão-de-obra é contratada com um salário mensal fixo (no caso estudado o *homem-hora*),[4] e fica disponível, muitas vezes ociosa, à espera de algo para fazer.

Em 1987, a rede do Inamps possuía 16 hospitais e pouco mais de 90 PAMs, todos com contratos de manutenção predial, "e os contratos contratavam nada, a qualquer preço". Naquele momento deu-se a primeira tentativa de regular, ainda que timidamente, "porque no escuro", a compra deste serviço. Do total de recursos mensais destes contratos, entre 10% e 15% eram destinados à compra de material de construção e os 85% restantes para o pagamento de um efetivo fixo de trabalhadores, incluindo equipamentos de segurança e encargos sociais.

Como ponto de partida, tentou-se traçar um perfil de necessidades das unidades, a partir de sua classificação nas seguintes categorias de análise: idade da edificação, tempo da última reforma, complexidade das instalações elétricas e hidrossanitárias e intensidade de uso, distinguindo-se unidades com e sem serviço de emergência e maternidade. Todos indicadores muito gerais, mas os possíveis naquele momento. A partir daí redimensionaram-se as quantidades de homem-hora dos contratos — por falta de outra melhor, manteve-se a unidade de medida *homem-hora* —, o que possibilitou alguma nível de racionalização e economia, mas ainda muito distante do necessário para a reversão da lógica de contratação.

Em 1991, no Hospital Geral de Bonsucesso, e durante o processo de cogestão entre o Inamps e a Secretaria Municipal de Saúde, deu-se outro passo no aprimoramento de uma nova lógica de contratação, que consistiu na agregação da manutenção predial e de instalações em um único contrato de serviços afins, o que é aconselhável. Quando estes serviços estão desagregados em vários contratos independentes, é mais difícil controlar a qualidade, o prazo e

[4] A unidade homem-hora é adotada pelos sindicatos de um modo geral, significando uma quantidade máxima mensal (sem horas extras) de até 220 horas trabalhadas. Por esta lógica seria possível contratar alguém por 32 horas. Entretanto, nos contratos estudados um homem era contratado para trabalhar as 220 horas mensalmente e, trabalhasse este homem ou não, o cliente pagava por esta quantidade invariável de horas mensais, exceto no casos de falta.

o custo de um serviço. Por exemplo, com três contratos, na reforma de um banheiro — que pode envolver pedreiros, estucador, eletricistas e bombeiros —, três firmas interagem: uma quebra o banheiro, uma outra cuida das instalações de água e esgoto e mais uma cuida das instalações elétricas, retornando a primeira para recompor as alvenarias e acabamentos, e o cliente, sem nenhum controle, é expropriado e malservido.

Essa intervenção resultou em um ganho econômico, reduziu-se o custo do contrato, provavelmente houve um ganho no processo de trabalho (que não foi aferido), mas a *unidade de medida homem-hora* permaneceu.

4. Comprovando o anacronismo e formulando uma alternativa

Em 1995, em um estudo comparado de 17 hospitais federais no estado do Rio de Janeiro (Pessôa, 1996), foi possível constatar a lógica geral de contratação de cinco tipos de serviços terceirizados, utilizando dois indicadores para cada tipo de contrato (quadro 1).

Quadro 1

Lógica de contratação de serviços terceirizados

Serviço contratado	Indicador de dimensionamento	Indicador de preço
Limpeza	Homem-hora/mês	Preço unitário do homem-hora/mês
Vigilância	Homem-hora/mês	Preço unitário do homem-hora/mês
Manutenção predial	Homem-hora/mês	Preço unitário do homem-hora/mês
Alimentação	Número de refeições por leito ativado/mês	Preço unitário da refeição
Lavagem de roupa	Quilograma de roupa lavada por leito ativado/dia	Preço unitário do quilograma de roupa lavada

Tomaram-se como padrões de normalidade, no caso da alimentação, *150 refeições por leito/mês* (cinco por dia, em 30 dias) e, para lavagem de roupa, *4 a 8 kg por leito/dia*, dependendo do perfil do hospital. Nos demais contratos não se possuía um padrão de referência estabelecido pelo mercado, ou pelo cliente, para comparação.

Os resultados dos indicadores podem ser observados nas tabelas 1 e 2. Em uma análise auto-referida,[5] percebe-se a total ausência de um balizamento técnico para o estabelecimento da necessidade e do preço unitário do homem/1.000m^2.

[5] Análise auto-referida é aquela que tem como padrão de referência as partes constituintes do conjunto estudado, ou seja, os parâmetros encontrados em cada um dos elementos do conjunto estudado servem de base de comparação entre si.

Na tabela 1, observa-se que no Hospital do Andaraí eram necessários 42 homens para limpar 1.000m^2, e no Hospital Geral de Bonsucesso apenas nove. Os 42 homens/1.000m^2 encobriam motoristas, maqueiros e outros RH deficitários no hospital, disponibilizados por meio do contrato de limpeza.

No caso da manutenção predial, em 1.000m^2 necessitava-se de 6,62 homens no Hospital do Andaraí, de 2,75 homens no Hospital Geral de Bonsucesso e de apenas 0,89 no Hospital da Lagoa, embora sejam hospitais com estrutura física e instalações semelhantes.

Em cada linha das tabelas, que revela a postura de cada hospital, ou em cada coluna, que expressa o comportamento do serviço no conjunto de hospitais, percebem-se disparidades. Algumas delas atenuadas por situações inusitadas, como o HRPS, que possuía vigilância armada (?), pois o hospital é cercado de favelas, mas, mesmo assim, os R$2.356 por vigilante/1.000m^2 (tabela 2) têm grande impacto. Embora perceba-se uma menor disparidade nos preços unitários (tabela 2), talvez por serem mais fáceis de controlar, os dos contratos de vigilância variam de R$205/vigilante/1.000m^2 até os R$2.356 praticados pelo HRPS.

Tabela 1

Consolidado de dimensionamento dos serviços

Unidade	Perfil	Alimentação	Roupa lavada	Manutenção predial	Limpeza	Vigilância
HA	G c/ M e E	133	3,18	6,62	42,15	4,52
HGB	G c/ M e E	109	–	2,75	9,35	4,57
HGJ	–	–	–	–	–	–
HL	G s/ M e E	129	2,54	0,89	4,27	2,08
MAF	M	121	4,33	*	7,62	4,05
MCD	M	162	12,29	2,38	5,67	*
MP XV	M	115	4,02	6,66	17,38	3,47
HP	G s/ M e E	195	–	*	3,75	3,09
HRPS	G c/M e s/E	125	–	0,36	6,31	1,46
IPP	P	129	1,66	2,84	4,99	1,65
CPP II	P	357	–	1,08	4,86	3,82
CJM	P	111	–	–	5,79	4,27
Into	TO	386	7,04	2,64	8,29	2,24
HI	G s/ M e E	136	4,22	1,48	7,30	2,13
HCL	C	144	3,80	2,07	6,36	2,94
HSE	G c/M e s/E	–	4,00	*	3,45	*
HGNI	G c/ M e E	663	15,00	1,81	4,83	3,07
Mediana		133	4,02	2,07	5,79	3,07
Média		201	5,64	2,63	11,39	3,09

Fonte: Pessôa (1996).
Obs.: C = cardiologia; E = emergência; G = geral; M = maternidade; P = psiquiatria; TO = traumato-ortopedia;
* sem dados disponíveis.

Tabela 2

Consolidado de preços unitários dos serviços (R$): maio 1995

Unidade	Perfil	Alimentação	Roupa lavada	Manutenção predial	Limpeza	Vigilância
HA	G c/ M e E	4,13	1,59	1.301	464	1.305
HGB	G c/ M e E	4,79	–	1.181	416	658
HGJ	–	–	–	–	–	–
HL	G s/ M e E	4,58	2,61	774	410	369
MAF	M	4,69	2,15	*	411	807
MCD	M	4,13	1,63	1.306	705	*
MP XV	M	4,11	3,33	1.319	508	1.885
HP	G s/ M e E	2,94	–	*	411	411
HRPS	G c/M e s/E	3,36	–	2.305	532	2.356
IPP	P	2,02	1,94	585	388	456
CPP II	P	2,42	–	658	609	205
CJM	P	2,06	–	–	594	482
INTO	TO	3,37	2,00	1.175	766	820
HI	G s/ M e E	3,77	3,12	1.490	250	324
HCL	Ca	4,64	2,40	838	301	237
HSE	G c/M e s/E	–	1,39	*	322	*
HGNI	G c/ M e E	3,46	1,37	1.224	441	1.032
Mediana		3,46	2,00	1.181	416	482
Média		3,40	2,13	1.179	470	810

Fonte: Pessôa (1996).
Obs.: C = cardiologia; E = emergência; G = geral; M = maternidade; P = psiquiatria; TO = traumato-ortopedia;
* sem dados disponíveis.

Uma alternativa para a reversão desta lógica de contratação homem-hora é dada pela própria denominação do que se está contratando: *contratam-se serviços*.

No processo de terceirização a unidade de medida deveria *ser um produto, resultado de um processo de trabalho*, e de fácil mensuração. No caso dos contratos estudados, a unidade homem-hora deveria ser substituída por: *metro quadrado limpo, posto de vigilante e serviços executados*.

A mudança da unidade de medida alteraria a lógica de pagamento: no contrato histórico, mesmo que os funcionários da contratada não trabalhassem, "a homem-hora" era paga. Com a substituição da unidade de medida por uma que expressasse o produto desejado, a contratada deixaria de receber um valor fixo mensal e passaria a receber (ou faturar) mensalmente pelos serviços efetivamente executados, o número de metros quadrados limpos e/ou os postos de vigilância.

No caso específico dos contratos de manutenção predial, regidos tecnicamente pelos parâmetros da construção civil, existem várias publicações oficiais e privadas que compõem preço para centenas de *tipos de serviços executados* (a colocação de uma lâmpada, o metro quadrado de alvenaria de tijolo furado e outros existentes), onde no custo unitário do processo de trabalho estão apropriados todos os insumos, os tempos e tipos de RH necessários.

Caberia ao cliente, como no contrato anterior, identificar a necessidade de serviços e controlar a quantidade, qualidade e preço dos mesmos. Talvez este seja o maior desafio, *o papel decisivo do cliente*, identificando o serviço que quer comprar e os mecanismos de monitoramento e controle do acelerado processo de terceirização em curso nos hospitais públicos.

5. A nova metodologia implantada

Em 1998, a Coordenação Geral das Unidades Hospitalares Próprias do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, com base nos absurdos constatados em 1995 e em um diagnóstico da situação dos contratos à época, iniciou um processo de reestruturação dos contratos, com a criação da Comissão de Apoio Operacional (CAO), abrangendo um núcleo central com funcionários da coordenação (atualmente Gerência de Contratos) e consultores de outras instituições.

Em que pese ao objetivo principal da redução dos gastos com serviços terceirizados, que à época, segundo documentos internos da CAO, representavam aproximadamente 75% dos gastos em custeio,[6] a percepção da necessidade de mudança da lógica de contratação destes serviços esteve presente em cada atitude e decisão da comissão.

Um dos primeiros projetos básicos elaborados foi para o Edital de Limpeza e Conservação, posto que a Instrução Normativa nº 18/97[7] continha al-

[6] Envolvendo, além dos serviços já mencionados, os contratos de gases medicinais e informática, que não estão no escopo deste artigo.

[7] Adoção, como padrão, dos parâmetros preconizados pela Instrução Normativa Mare nº 18/97, referente à execução dos serviços e definição de preços, principalmente para os contratos de vigilância e limpeza.

guns parâmetros de metro quadrado limpo para as áreas administrativas, o que, em tese, facilitaria os trabalhos da comissão. Entretanto, uma informação simples e teoricamente de fácil obtenção foi um dos primeiros e grandes impasses na tentativa de reversão da lógica de contratação deste serviço: *qual o universo a limpar?*

Que número mágico daria conta da área construída (m^2) do Hospital dos Servidores do Estado: 83.800m^2, 101.000m^2 ou 121.000m^2?

Esta informação é vital para um contrato por produto. A instituição tem de saber seu universo, tem de se conhecer para saber do que precisa. Por exemplo, a transformação de *homem-hora* em *m^2 limpo* impõe uma discussão fundamental: a rotina e o custo de limpar 1m^2 no centro cirúrgico certamente é diferente da rotina e do custo de limpar um 1m^2 no serviço de pessoal e nas diversas internações. *Quantos metros quadrados tem cada uma destas áreas, em cada um dos hospitais?*

A CAO trabalhou com as informações disponíveis, fornecidas pelas unidades hospitalares, e ainda com uma grande margem de incertezas, pois, da mesma forma que no passado arbitrava-se quantidade de homem-hora, nos novos contratos arbitrou-se quantidade de metros quadrados a serem limpos, como no caso do HSE.

Apesar das incertezas e de algumas "arbitragens", as novas lógicas de dimensionamento de quantidades e preços para contratação de serviços foram delineadas, como se vê nos quadros 2 a 6.

Quadro 2

Limpeza e conservação

Lógica dos contratos históricos	Dimensionamento	▼ Homem-hora/mês. ▼ Neste quantitativo estavam incluídos outros profissionais não relativos ao objeto contratado(desviados de função).
	Preços unitários	▼ Homem-hora/mês — os insumos eram fornecidos pelo cliente. ▼ Preço fixo mensal, faturado pela contratada.
Lógica dos novos contratos	Dimensionamento	▼ Metro quadrado a ser limpo, na classificação de áreas: (a) Administrativas internas e externas; (b) médico-hospitalares, mas diferenciadas pelo uso.
	Preços unitários	▼ Por tipo de metro quadrado limpo, incluindo os insumos necessários: material de limpeza e utensílios. ▼ Redução de 10% sobre os limites fixados pela administração federal.

Quadro 3

Lavanderia

Lógica dos contratos históricos	Dimensionamento	▼ Quilograma de roupa lavada/mês.
	Preços unitários	▼ Quilograma de roupa lavada/mês.
Lógica dos novos contratos	Dimensionamento	▼ Quilograma de roupa limpa fornecida/mês. (a) Recolhimento da roupa suja e distribuição da roupa limpa sob responsabilidade da contratada; (b) controle de perdas e desvios sob responsabilidade da contratada.
	Preços unitários	▼ Por quilograma de roupa higienizada fornecida/mês, incluindo o fornecimento de roupa nova e demais atividades descritas no dimensionamento.

Quadro 4

Vigilância

Lógica dos contratos históricos	Dimensionamento	▼ Homem-hora/mês. ▼ Neste quantitativo estavam incluídos outros profissionais, não relativos ao objeto contratado (desviados de função).
	Preços unitários	▼ Homem/hora mês — os insumos eram fornecidos pelo cliente. ▼ Preço fixo mensal, faturado pela contratada.
Lógica dos novos contratos	Dimensionamento	▼ Posto de serviço, com plantões diferenciados pelo funcionamento da área a ser vigiada: 8 horas, 12 horas e 24 horas.
	Preços unitários	▼ Por tipo de posto de vigilância, incluindo os insumos necessários — armas e munições, quando for o caso. ▼ Redução de 5% sobre os limites fixados pela administração federal.

Quadro 5

Alimentação

Lógica dos contratos históricos	Dimensionamento	▼ Refeição-dia/mês.
	Preços unitários	▼ Por tipo de refeição mais as refeições extras, onde estavam os excessos do contrato. ▼ Os cardápios eram padronizados após a contratação, pela contratada.
Lógica dos novos contratos	Dimensionamento	▼ Refeição-dia/mês. ▼ Padronização dos cardápios por tipo de paciente, no projeto básico. ▼ Padronização dos alimentos considerados extras.
	Preços unitários	▼ Por tipo de refeição-dia/mês. ▼ Por tipo de alimentação extra. ▼ Incluindo o fornecimento de utensílios.

Quadro 6

Manutenção predial

Lógica dos contratos históricos	Dimensionamento	▼ Homem-hora/mês.
	Preços unitários	▼ Homem-hora/mês + equipamentos de proteção e ferramentas + 10 a 15% de material de construção: (a) preço fixo mensal, à guisa de homem-hora/mês, faturado pela contratada; (b) faturamento mensal de 10 a 15% sobre o valor anterior, à guisa de material de construção.
Lógica dos novos contratos	Dimensionamento	▼ Parte fixa do contrato, baseado na contratação por homem-hora/mês: a) equipe de emergência — com plantão de eletricista 24 horas nas subestações, e de gasista fora do horário comercial; b) equipe preventiva — equipe mínima de diferentes categorias profissionais, responsável pelas rotinas preventivas, e serviços imensuráveis; c) equipe de administração local — composta por engenheiro, encarregado, estagiários e apoio, localizada na unidade hospitalar. ▼ Parte variável do contrato, baseada na contratação por serviço executado: manutenção corretiva, baseada no plano de trabalho elaborado em conjunto pelo cliente e a contratada e nas situações de emergência.
	Preços unitários	▼ Estabelecimento de um valor máximo mensal para faturamento, envolvendo: a) parte fixa do contrato, baseada na contratação por homem-hora/mês, como descrito no dimensionamento; b) parte variável do contrato, cujo faturamento mensal é baseado no serviço executado no mês e pago com base na tabela de preços da Emop. A soma das duas partes — fixa e variável — resultaria no faturamento mensal. Obs.: Esta parcela fixa mensal representa, em média, 50 a 60% nos hospitais com até 20.000m^2 e 40 a 50% nos hospitais com área superior a 20.000m^2.

De um modo geral, as novas metodologias de contratação de serviços esbarraram em dois grandes obstáculos:

- as resistências de algumas unidades na adoção das mudanças propostas, inclusive pela inexistência de quadros suficientes para o gerenciamento dos novos contratos;

- as dificuldades das empresas licitantes em absorver a nova sistemática de formulação de propostas técnicas e de preços.

Cabe destacar, reiterando, que na dinâmica de execução dos novos contratos, *o cliente* assume cada vez mais um papel decisivo para que os contratos atinjam os resultados pretendidos, cabendo aos hospitais: identificar as necessidades e controlar as quantidades e a qualidade dos serviços, uma vez que os preços unitários foram estabelecidos por licitação, exigindo um processo contínuo e intenso de monitoramento dos resultados, a cada momento da execução.

6. Resultados obtidos e análises preliminares

A tabela 3 demonstra a redução de custos obtida em cada tipo de contrato após a mudança da lógica de contratação.

Tabela 3

Redução de custos obtida com a mudança de lógica de contratação

Serviço	Valor mensal geral *antes* da licitação	Valor mensal geral *depois* de licitado e contratado	Redução percentual
Vigilância	836.531,44	443.131,61	47,03
Limpeza e conservação	1.281.998,96	712.978,25	44,39
Lavagem de roupa	805.201,62	677.390,00	15,87
Alimentação*	1.758.326,69	1.500.043,38	14,69
Manutenção predial	1.199.875,00	892.825,92	25,59
Total	5.881.933,71	4.226.369,16	28,15

* Estes resultados não são definitivos, pois a licitação foi cancelada e está sendo refeita.

Ao se reverem as especificações técnicas e o produto a ser contratado, houve uma diminuição natural dos custos dos contratos. Entretanto, a redução de quase 50% nos contratos de limpeza e vigilância expressa, além disso, a correção das distorções existentes nos contratos históricos, quando se embutiam desviados de função nas categorias profissionais deficitárias nos hospitais, tais como maqueiros, auxiliares e funcionários de apoio administrativo.

Após mais de 20 anos com uma lógica de contratação desvantajosa para os hospitais federais no Rio de Janeiro, os novos contratos estão em vigor há aproximadamente um ano. Este período de vigência não é suficiente para a verificação das distorções decorrentes das mudanças impostas, ou mesmo para a identificação das vantagens e desvantagens desta nova lógica de contratação. Entretanto, pela análise da tabela 3, que expressa a economia real praticada em cada tipo de contrato, bem como pelos novos critérios estabelecidos para a contratação dos serviços, pode-se esperar uma relação mais vantajosa para os hospitais federais no trato com os prestadores de serviços.

Referências bibliográficas

Azevedo, Creusa da Silva. Gerência hospitalar; a visão dos diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social/Uerj, 1993. (Tese de Mestrado.)

Harvey, David. *A condição pós-moderna.* São Paulo, Loyola, 1993.

Martins, Heloísa de Souza & Ramalho, José Ricardo (orgs.). *Terceirização: diversidade e negociação no mundo do trabalho.* São Paulo, Hucitec, 1994.

Pessôa, Luisa Regina. Terceirização nos hospitais públicos: mais um problema ou uma possível solução? Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1996. (Dissertação de Mestrado.)