

CONCEITOS BASICOS E PLANEJAMENTO DA MODERNA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Compreendendo:

PLANO DA RÊDE NACIONAL DE HOSPITAIS
HOSPITAL - PADRÃO - PROGRESSIVO - FLEXÍVEL
PRIMEIRO CENSO GERAL DAS INSTITUIÇÕES
NORMAS — INSTRUÇÕES — PLANTAS

PUBLICAÇÃO NÚMERO CINCO
DA

DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

(D. N. S. — MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE)

DR. TEÓFILO DE ALMEIDA
DIRETOR

o 5

RIO DE JANEIRO

ANO DE 1949

Reeditada em 1950 e 1954

O presente trabalho foi reeditado, no corrente ano, por determinação do actual DIRETOR DA DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR, DR. AURELIANO DE CAMPOS BRANDÃO.

Rio de Janeiro, Maio de 1954

CONCEITOS BASICOS E PLANEJA-
MENTO DA MODERNA ASSISTÊNCIA
HOSPITALAR

Compreendendo:

PLANO DA RÊDE NACIONAL DE HOSPITAIS
HOSPITAIS - PADRÃO - PROGRESSIVO -
FLEXÍVEL PRIMEIRO CENSO GERAL DAS
INSTITUIÇÕES

NORMAS – INSTRUÇÕES – PLANTAS

PUBLICAÇÃO NÚMERO CINCO
DA
DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

D. N. S. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE

DR. TEOFILU DE ALMEIDA

DIRETOR

N.º 5

RIO DE JANEIRO ANO DE 1949
Reeditada em 1950 e 1954

O QUE CONTÉM A PUBLICAÇÃO N. 5

Quando, em 1941, foi criada a Divisão de Organização Hospitalar, como órgão técnico, normativo, do D. N. S. dêste M. E. S. e assumimos, como seu primeiro Diretor, compromisso de estudar o problema nacional da assistência hospitalar e indicar, fomentar e promover os meios da solução conveniente dêsse problema, estabelecemos, de início, um programa que constituiu a legislação básica a ser executada, por etapas, prevendo um trabalho intensivo de um decênio e uma continuidade e perseverança de ação por tempo indeterminado.

Parece-nos vencido, até a data, o período fundamental, decisivo, desta obra de coordenação, cooperação, orientação e controle de hospitais e de instituições para-hospitalares em nosso vasto país, atingindo e aproveitando a todos setores da assistência médico-social, oficial e particular, de finalidade filantrópica, não-lucrativa e mesmo de finalidade lucrativa.

O programa se desenvolveu de maneira sistemática: legislação, educação e propaganda sobre o novo conceito da hospitalização; formação de técnicos e de especialistas em organização hospitalar; conhecimento real da situação graças ao primeiro Censo Geral e Cadastro dos hospitais; plano da Rede Nacional de Hospitais Gerais e Regionais, já hoje em plena fase experimental.

Tais são os assuntos publicados neste quinto volume. Nos números anteriores se fez inserção exparsa dessa matéria, e mais particularmente sobre os Cursos de Especialização e Aperfeiçoamento realizados com a nossa contribuição, e em que se ensina e se pratica a nova especialidade: Organização e Administração Hospitalares. Continua ainda inédito o volumoso trabalho da D. O. H. que encerra o estudo completo, município por município, sobre a situação da deficiência de leitos e número de leitos a construir, completar ou melhorar em cada Estado região.

O Censo-Cadastro revelou uma estatística preciosa que representa o ponto firme de partida e também de referência para futuro, e positivou, ainda, um sem número de fatos e falhas assás instrutivas, entre outras, a falta de Arquitetos e Construtores, e mais ainda, de especializados em hospitais, no interior do país. Mostrou ainda, o censo, a carência de recursos de toda sorte e quase total quanto à orientação, não só para

4 CONCEITOS BASICOS E PLANEJAMENTO DA MODERNA ASSIST. HOSP.

o planejamento do hospital, como para seu funcionamento e administração, via de regra entregue a leigos a leigos quando não abandonada em mãos piedosas...

O nosso primeiro cuidado foi estudar não plantas de dois ou três tipos de hospitais a serem construídos aqui, ali e acolá, êrro do presente e do passado, que devíamos evitar, mas, sim, procurámos criar um MODÉLO, normativo apenas, auxiliar de ARQUITETURA FUNCIONAL, plantas parciais e de conjunto a serem adaptada a cada caso e a cada lugar, sem pretensão maior, a maneira de meia confecção, deixando livre a técnica do Arquiteto e do Engenheiro, embora facilitando o desenho e a construção especializada. O hospital poderá ser pequeno ou grande, pobre ou rico segundo as possibilidades locais; começar e funcionar mínimo, e se ampliar para o tipo médio ou máximo na medida da necessidade e consoante os recursos.

Após um trabalho de longa observação e alterações constantes, realizamos êsse modêlo, já bastante conhecido pela designação de HOSPITALAR-PADRÃO-PROGRESSIVO-FLEXÍVEL e que é considerado original pela sua concepção e conjunto.

A presente Publicação n.º 5 inclui, com especial destaque, referência e plantas dêsse PADRÃO e amostras da sua aplicação entre centenas de projetos elaborados por nós para novos hospitais e ampliações, para tôdas zonas do país, sendo que êsses trabalhos estão intitulados sempre como “ESTUDO”, deixando, destarte, ensejo para sugestões, alterações e especificações de parte do Arquiteto ou Construtor especializado.

Concluindo, quero render uma homenagem de justiça e amizade aos cooperadores técnicos dêsses estudos, Arquitetos, Drs. Pedro Peixoto Vieira e Daniel Valentim Garcia, e Nicolau Del Negro e ao Dr. Alcides Figueiredo da Silva Jardim, Chefe da Secção de Edificações e Instalações, e por extensão aos Chefes da SOA, Dr. Matias Joaquim Gama e Silva e da SASS, Dr. A. Odorico Antunes, e a todos os nossos auxiliares e colaboradores na D. O. H. e nas Delegacias Federais de Saúde, que concorreram para a obra de conjunto realizada, já publicada ou não divulgada.

TEÓFILO DE ALMEIDA

ÍNDICE

Apresentação: "O QUE CONTÉM A PUBLICAÇÃO N.º 5.....	3
POSTULADOS FUNDAMENTAIS SÔBRE ASSISTÊNCIA E ORGANIZAÇÃO HOSPITALARES.....	7
FICHA INSTITUCIONAL PARA INSPEÇÃO HOSPITALAR.....	15
INSTRUÇÕES AOS INSPETORES HOSPITALARES PARA O CENSO-CADASTRO.....	17
ESTATÍSTICA RESULTANTE DO CENSO HOSPITALAR.....	21
PLANO DA RÊDE NACIONAL DE HOSPITAIS.....	29
SUMÁRIO DO PLANO PARA FINS DE FUNCIONAMENTO EM 1948.....	35
SUGESTÕES PARA FINANCIAMENTO POR PARTE DA UNIÃO.....	40
PLANEJAMENTO E CONSTRUÇÃO DE HOSPITAIS.....	43

Publicações Edidatas pela D. O. H.

“HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DOS HOSPITAIS”

Autor **Prof. Dr. Ernesto de Souza Campos** – PUBLICAÇÃO

N.º 1 – Reeditada.

“INICIAÇÃO DA MODERNA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR”

Por **Dr. Teófilo de Almeida** – PUBLICAÇÃO N.º 2 – Reeditada.

“ESPECIALIZAÇÃO NA MODERNA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR”

Por **Dr. Teófilo de Almeida e E. Souza Campos** – PUBLICAÇÃO N.º 3 – Reeditada.

“APERFEIÇOAMENTO TÉCNICO NA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR”

Por **Drs. Teófilo de Almeida, A. F. Silva Jardim, Daniel V. Garcia, José Amelio**, e colaboradores **Stas. Marsaud, Ruth Barcelos e Lieselotti Hoeschi** – PUBLICAÇÃO N.º 4 – Reeditada.

POSTULADOS FUNDAMENTAIS SÔBRE ASSISTÊNCIA E ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Por DR. TEÓFILO DE ALMEIDA

- 1 – O conceito da Assistência (do latim *ad sistere*, ajudar, assistir), evoluiu através o seu primitivo sentido, eminentemente cristão, até ao seu significado atual de socorro e prevenção, cuidado e cooperação, que tem nas várias modalidades de Serviço Social, seja como Assistência Pública ou beneficência oficial; seja como Assistência Particular, de grupos e classes, tanto leiga, como religiosa.
- 2 – A Assistência, oriunda do sentimento de solidariedade humana, socorre no sofrimento e previne diante do perigo comum; cuida no infortúnio e na doença; coopera para atenuar os descontentamentos, para satisfazer reivindicações populares, e, sempre, sob a orientação das misticas: religiosa, cívica e social.
- 3 – A Assistência, de início mista e indefinida, sob a proteção da caridade, desde as diaconias no tempo dos Apóstolos e ainda durante muitos séculos, serviu indiferentemente e conjuntamente o peregrino ou simples viajante; o indigente e o desamparado; o velho, o deficiente físico, e o doente; e, assim, nasceram, em épocas diversas, o Albergue, o Abrigo, o Hospício, o Asilo, a Estância de Cura, o Ambulatório e o Dispensário, as Clínicas ou Enfermarias isoladas, que são instituições para-hospitalares. Por fim o hospital-instituição que é relativamente, a mais nova das instituições assistenciais.
- 4 – A Assistência, seguindo a sua evolução milenar, do albergue ao hospital, tem sido a companheira tutelar da humanidade na acidentada travessia da vida dos povos; e marcou índice nas fases diversas da marcha da civilização e no desenvolvimento das ciências e das artes, refletindo, de algum modo, o próprio progresso dos conhecimentos humanos.
- 5 – As várias instituições de Assistência, já diferenciadas e complementares, ainda hoje guardam semelhança e afinidades, e interdependência, e a feição familiar de origem. Sendo elos de uma mesma cadeia, constituem elementos inseparáveis que visam o tratamento e o bem estar; cuidados médicos e cuidado social; e formam no seu conjunto a Assistência Médico-Social na sua mais larga significação, reunindo tôdas as atividades de um tão vasto domínio.

ASSISTÊNCIA MÉDICO-SOCIAL

- 6 – A Assistência Médico-Social compreende, no todo, o hospital e as demais instituições assistenciais e, destarte, se divide em dois setores:
- a) Assistência hospitalar;
 - b) Assistência para-hospitalar;

- 7 – A estruturação moderna de várias Assistências, do hospital até ao albergue; a especificação das atividades de cada uma delas; e a padronização segundo as etapas de seu progresso; as suas normas administrativas e os modêlos aperfeiçoados; os ditames técnico-científicos de uma nova prática no exercício de um velho e sempre renovado ofício, a sistematização, enfim, dêsses setores, eis o que hoje se denomina Serviço ou Organização Médico-Social que abrange a ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR, incluindo ou dissociando a ORGANIZAÇÃO PARA-HOSPITALAR.

Constitue êsse complexo uma especialidade, já caracterizada, definida, dispondo de numerosa bibliografia e de cursos regulares, de técnicos ou consultores especializados. Eis o que é: ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO HOSPITALARES.

- 8 – A Assistência Hospitalar Moderna, e a sua sistematização, que é a Organização e Administração Hospitalares, abrange o planejamento e a execução dos seguintes vários setores: Edificações, Instalações, Equipamento, Administração, Financiamento e Assistências ou elementos de cooperação: social, religioso, educativo, etc.

- 9 – Os princípios e fórmulas da Organização Hospitalar, bem assim da Assistência Social, complementar, no seu novo conceito e com orientação técnica, se aplicam e convêm, igualmente, a um grupo ou classe, e se enquadram, totalmente, no hospital-instituição, ou em qualquer unidade médico-social, cada entidade considerada como um todo.

- 10 – O problema da Assistência ou Organização Hospitalar de um país não se resolve hoje exclusivamente e satisfatoriamente com a assistência pública ou oficial; nem com a Caridade, nem com a Filantropia, e menos ainda com uma certa garantia falível, ilusória e abusiva, sem a devida previsão, com que certas corporações e coletividades de previdência e assistência, pretendem socorrer as necessidades sociais de uma parte ou da massa da população.

Em qualquer que seja a comunidade, todos têm direitos a certo benefício e quando se favorece parcialmente a alguns e mesmo a muitos, mas não a todos, resultará um desvio ilícito, sendo uma apropriação inébita do valor comum. Como consequência há o descontentamento, que impede o bom êxito das instituições e prejudica a aceitação e o desenvolvimento do plano adotado.

- 11 – A coordenação, a orientação e o controle das Assistências e, assim, da Organização Hospitalar e Para-Hospitalar de um país, convém sejam centralizadas no Governo da União ou em Associação ou Fundação com recursos excepcionais; mas a execução deve ser descentralizada e levada a efeito, como obra da mais ampla cooperação dos recursos locais e regionais, e como convier, compreendendo os governos federal, estadual, municipal e iniciativa ou instituição particular.

PLANO DE UMA RÊDE HOSPITALAR

- 12 – O planejamento da Rêde Nacional de Hospitais para um país, e também para um Estado, Província ou Comunidade, exige um trabalho sistemático, que pode ter as seguintes etapas:
- a) Realização do Censo e Cadastro das instituições hospitalares e para-hospitalares, feita diretamente, confiada a Inspectores de preferência com curso de especialização que preencherão uma ficha institucional completa, devendo, além do mais, colher in loco fotografia, plantas, publicações e outros informes durante a inspeção ou “survey” da instituição.
 - b) Organização do dossier ou “prontuário” de cada instituição e manter atualizado o mesmo.
 - c) Estudo minucioso da distribuição de leitos existentes e a construir, bem assim a localização das futuras construções.
 - d) Estudo da arquitetura funcional, de tipos de padrão-progressivo-flexível para as edificações e criação ou adaptação de modelos de unidades ou plantas parciais que facilitem o trabalho do Consultor Hospitalar e, particularmente, do Arquiteto.
 - e) Utilizar ou criar em cada região ou em cada localidade destinada à rêde hospitalar, uma instituição com os fundos próprios e necessários e recursos financeiros disponíveis ou aproveitáveis, servindo-se dos elementos de grupos ou classes provenientes de doações particulares, de auxílios dos governos e de contribuições da comunidade.
 - f) A cooperação poderá ser na seguinte base de contribuição: um terço federal; um terço estadual e municipal e um terço particular ou institucional, resultando daí o hospital da comunidade não oficial. Em certos casos o governo construirá o prédio e o doará à instituição mantenedora.
 - g) É mister promover a fundação de cooperativa ou sociedade para o mesmo fim.
 - h) O hospital ou instituição para-hospitalar deve funcionar com vida autônoma, com economia própria de preferência como organização particular, de finalidade não lucrativa ou filantrópica, sob a responsabilidade de um Conselho Administrativo constituído por pessoas das mais representativas de várias profissões ou classes.

10 CONCEITOS BASICOS E PLANEJAMENTO DA MODERNA ASSIST. HOSP.

- i) Será de competência do Govêrno da União e da autoridade e órgão federal especializado, a supervisão geral, segundo uma legislação especial, que traduza a orientação técnica dêstes postulados.
- j) Devem ser determinados os tipos de instituição de acôrdo com a região ou município, e a conveniente distribuição de leitos, evitando-se a duplicidade, que é tão prejudicial como a deficiência; atendendo-se ao mesmo tempo, o índice de ocupação dos leitos.
- k) O hospital regional deverá ser o centro das atividades, não só da medicina curativa, como preventiva, isto é, será o centro da assistência à saúde.
- l) Haverá unidades hospitalares, urbanas e rurais, como contribuição e colaboração nessa assistência.
- m) Serão mantidos cursos sôbre organização e administração hospitalares, inclusive, e especialmente, para diretores e administradores e Irmãs de Caridade e Religiosas em geral, a fim de que todos os cargos e funções sejam exercidos no hospital por pessoal especializado.
- n) Terá a instituição um corpo clínico convenientemente selecionado e organizado, que se reunirá periôdicamente, por seções ou conjuntamente, para tratar de assuntos referentes às suas atividades e de interêsse científico.
- o) Serão estabelecidas normas, modêlos e padrões mínimos e inspeções periódicas ou “survey” para aplicação dessa orientação geral acêrca dos assuntos e dos vários setores do hospital, estudado como um todo.
- p) A instituição terá organização eminentemente econômica, e deverá procurar rendas, e manter fundos, e ter patrimônio, sempre que possível.
- q) A assistência a indigentes e ao doente gratuito em geral, não sendo mais o único objetivo, como era no hospital antigo, e outras instituições para-hospitalares, deverá ser paga na base de “interno-dia” ou “doente-dia” ou por unidade de serviço, em cooperação, pelos Governos, pela Caridade, pela Filantropia.
- r) A renda proveniente dos contribuintes: particulares, caixas e institutos, cooperativas e sociedades mútuas, servirá para ampliar e melhorar a instituição e os serviços.
- s) O corpo médico deve ser aproveitado, de preferência o existente ou que resida na região, dando-se assim possibilidade ao profissional de continuar a exercer e ampliar sua clínica particular dentro do hospital com o que cooperará melhor dando uma assistência constante, e beneficiará a todos os enfermos, e assim a contribuintes e indigentes, fazendo, enfim, do hospital a sua oficina.

- 13 – Adotar-se-á uma classificação geral de assuntos e de tipos instituições, igualmente, definições e uma terminologia ou glossário hospitalar a fim de que em todo o país se une a mesma linguagem e seja uniforme e compreensível a legislação hospitalar e para-hospitalar a ser adotada.
- 14 – Com o objetivo de bem caracterizar a instituição para definir-lhe a finalidade e as exigências para cada tipo, admitiu-se que será considerado hospital o que tiver 25 leitos no mínimo e classificado como hospital de tipo pequeno os até 49 leitos; de tipo médio de 50 a 149; de tipo grande de 150 a 500 leitos. O tipo aconselhável de hospital-geral é o de 150 a 500 leitos. O Hospital-Geral-Regional não convém exceder de 250 a 300 leitos. As instituições de 500 a 1.000 leitos são consideradas de tipo especial, destinadas via de regra, para hospital de ensino ou a certas especialidades, e mais para doentes crônicos.

O HOSPITAL MODERNO

- 15 – Ao Hospital-padrão, protótipo do aprimoramento hospitalar no momento, se convencionou chamar: o “Hospital-Moderno”, bem planejado e bem construído; grande ou pequeno; geral ou especializado; aprestado para facilitar o diagnóstico e o tratamento, para favorecer e elevar a profissão médica e a seus profissionais, que sem o hospital vivem dispersos, sem os recursos indispensáveis. É, também, hospital para a rotina prática e ensino da Medicina, cirurgia e especialidades, da Enfermagem e da Dietética nos seus conceitos técnicos mais avançados.
- 16 – O hospital-moderno, sobre ser hospital-oficina, é ainda o hospital para todos, em que o doente constitui o principal personagem e para seu benefício tudo concorre. É o hospital para todos os doentes, dos mais ou menos afortunados, contribuintes e gratuitos e que servirá eficientemente, aos indigentes e desajustados sociais, os quais, só assim, com tais garantias, terão afinal assegurados o bom agasalho e o tratamento conveniente, que ainda não tenham até ao momento. Também não deve haver, no hospital moderno, uma medicina e uma cirurgia diferente, para o rico e para o pobre, pois o doente, seja qual for, será sempre um doente, e gozará seja como interno ou externo, da primazia de todas as atenções do hospital, pois êle, o doente, representa a razão de ser e o objetivo máximo da instituição. Dando assistência que for indispensável para cada doente, só poderá variar, para uns e outros, um maior conforto.
- 17 – O Hospital-Padrão máximo, considerado como um departamento, compreende dez divisões, incluindo seções, ou serviços, e a respectiva execução, a saber:
- 1) Divisão Econômica-Administrativa (D.E.A.).
 - 2) Divisão Auxiliar de Serviços da Administração (D.A.S.A.).
 - 3) Divisão da Dietética (D.D.).

12 CONCEITOS BASICOS E PLANEJAMENTO DA MODERNA ASSIST. HOSP.

- 4) Divisão de Admissão e Registros (D.A.R.).
 - 5) Divisão de Serviço Social (D.S.S.).
 - 6) Divisão de Fichário Clínico Central (D.F.C.C.).
 - 7) Divisão das Clínicas e Corpo Clínico (D.C.C.C.).
 - 8) Divisão Auxiliar de Diagnóstico e da Terapêutica (D.A.D.T.).
 - 9) Divisão da Enfermagem (D.E.).
 - 10) Divisão dos Doentes Externos (D.D.E.). (*)
- 18 – Edificações e Instalações – Constitui ponto básico, fundamental, indispensável para se estabelecer a rede nacional de hospitais e uma boa organização hospitalar o estudo prévio de cada instituição, segundo os padrões; uma boa construção do hospital consoante a arquitetura de tipo funcional. Deve-se evitar que o hospital seja projetado por arquitetos não especializados, sem a colaboração indispensável do consultor hospitalar.
- 19 – Alguns preceitos presidem à mais moderna orientação no tocante à construção do hospital e aplicáveis para as demais edificações de instituições para-hospitalares, como e onde convier, e são os seguintes:
- a) Sendo o hospital um organismo vivo, obra de arquitetura e de engenharia, intimamente ligado a seu destino e função médico-social, deverá ser planejado com a cooperação desde o início, do Consultor ou Inspetor Hospitalar de preferência que tenha feito curso especializado. O consultor elaborará o programa do novo hospital, estudando *in loco*.
 - b) Inicialmente adotar-se-á um modelo de “questionário para a inspeção prévia” da localidade e terreno de que há já um modelo preparado pelo serviço federal, a Divisão de Organização Hospitalar, que poderá servir de guia.
 - c) A escolha do terreno é de máximo valor, e uma falha neste particular ou uma topografia inconveniente, inutilizarão ou prejudicarão totalmente a futura instituição. Entre os requisitos aconselhados se apontam: urbanização indicada, área suficiente para ampliações futuras, local aprazível, saudável, de fácil acesso e de articulação favorável, sem perturbações de ruído, de poeiras, fumaça e gases nocivos, de mosquitos e outros insetos, enfim, que não tenham qualquer proximidade indesejável ou inconveniente.
 - d) O arquiteto de posse do programa, iniciará os esboços que apresentados ao Consultor, servirão de base para o estudo pedido, o qual terá a seguir, colaboração constante desses dois técnicos e de outros que forem indicados para colaborar no planejamento até ao fim.

(*) A especificação desta classificação foi publicada pelo Autor na Publicação n.º 3 da D. O. H. à pág. 86.

- e) O plano do prédio e a sua localização obedecerão rigorosamente a orientação solar e ventos dominantes favoráveis e outras indicações aconselháveis segundo o clima local.
- f) A construção será de preferência do tipo monobloco, seja no sentido vertical, aplicável nas grandes cidades e quando haja recursos especiais para um regular funcionamento de elevadores; seja do tipo monobloco horizontal, destinado êste, via de regra, para hospital regional e para o interior do país, com um, dois ou três pavimentos no máximo.

O nosso hospital padrão-progressivo-flexível resolve ou facilita a solução do problema da arquitetura funcional desejada no interior do país. Um hall, com galerias e rampas, atende os requisitos da boa circulação geral, sendo facultativo a instalação de elevadores para que, aliás, existe uma área disponível. O corpo central é para os serviços, e se amplia, à medida das possibilidades; e alas ou blocos laterais, de vários tipos, previamente estudados, são destinados a enfermarias e quartos. De posse do programa, se estabelece posição conveniente dos blocos indicados, com as adaptações necessárias. É a meia confecção...

- g) Estudo da distribuição de áreas especiais , para leitos e enfermagem, para o que já existem tabelas por nós publicadas.
 - h) A previsão e instalações especiais para evitar e extinguir incêndios são requisitos primordiais.
 - i) As instalações, assim consideradas, as gerais, fixas, como sejam: central e rêdes de água, de esgoto, de vapor, de eletricidade, de inter-comunicações, de gás e outras, merecem estudo e execução por especialistas, oportunamente. São colaboradores do projeto.
- 20 – Equipamento – Aparelhos e móveis em geral deverão ter a sua seleção e localização bem cuidadas, segundo a orientação do diretor e administrador do hospital, de médicos e engenheiros e outros técnicos a serviço do hospital e de sua organização, os quais poderão ser ouvidos.
- 21 – Administração e funcionamento – O conceito de especialização ainda domina todo êste setor, que é de importância máxima, fundamental, como garantia da vida e prosperidade da instituição.

O cargo de Provedor-Diretor ou Diretor e Administrador, deve ser exercido por quem haja feito curso de Organização e Administração Hospitalar.

É êste um longo e novo capítulo do progresso hospitalar.

O plano sôbre a orientação e direção do hospital em funcionamento se acha inscrito nas linhas gerais dos postulados que norteiam a assistência e organização hospitalar moderna. Organogramas completos e normas padronizadas têm sido elaboradas pelo serviço especializado federal e, particularmente, nos programas minuciosos do curso oficial sôbre organização e administração hospitalar, que vimos realizando anualmente, desde 1943, com magnífica cooperação de técnicos. Sem a boa administração não poderão existir a assistência médica e a enfermagem técnica in-

14 CONCEITOS BASICOS E PLANEJAMENTO DA MODERNA ASSIST. HOSP.

dispensáveis. Sem êsses conhecimentos técnicos ninguém poderá superintender um hospital moderno. O cargo de direção não é mais honraria: é especialidade de tempo total.

- 22 – Financiamento e Assistência diversas – Renova-se aqui a mesma indicação quanto a administração e sôbre normas a seguir.

Insistimos em alguns preceitos:

- a) A caridade e a filantropia já não bastam, no momento, para criar e manter instituições hospitalares e assistenciais, hoje de alto custo e de dispendiosa manutenção.
- b) Só com a contribuição ampla de particulares e de governos, e com a mais ampla cooperação de recursos e fundos disponíveis ou aproveitáveis, nacionais, regionais e locais, se conseguirá criar e manter o hospital para todos, o hospital que atenderá as necessidades de grupos, de tôdas as classes, servindo integralmente, á comunidade, à coletividade, à família e ao indivíduo; permitindo, ao mesmo tempo, e fomentando o progresso da medicina, da cirurgia e de suas especialidades, favorecendo, destarte, os médicos e a profissão médica, e todos os profissionais, colaboradores de uma grande obra comum, tanto científica como humana, que é de máximo interêsse nacional. Não mais o hospital só de caridade, o hospital de futuro, que já é do presente, o hospital-cooperação, o hospital de todos para todos.
- 23 – Em resumo, para uma boa organização moderna, hospitalar e para-hospitalar, se exige o mais rigoroso contrôle de tôdas as atividades na instituição, desde as inscrições e qualificações de doentes, na admissão; os registros clínicos diários e as estatísticas, até a escrituração minuciosa, atenta, de tudo que se relacione com a vida econômica e financeira, sôbre a previsão e gastos diários, quanto à receita e à despesa. E êste preceito é indispensável para cada uma e para tôdas as instituições médico-sociais, sem exclusão das modestas ou mais pobres.
- 24 – O Diretor ou Administrador do hospital será o supervisor que para bem orientar e dirigir a instituição, terá que ser necessariamente o profissional competente, com curso e com tirocínio técnico comprovado, médico ou engenheiro, enfermeira ou irmã de caridade não importa, desde que seja o técnico habilitado, e não mais o medalhão, não mais o notável cirurgião ou clínico como prêmio ou como honraria, mas que não dispõem de tempo, nem dos conhecimentos, hoje especilizados, que requerem a direção e administração do hospital moderno.
- 25 – Concluindo, eis, entre outros, os postulados ou conceitos que pudemos formular ou coligir, com contribuição da experiência própria e alheia, à bem da moderna organização e administração hospitalares, e de modo geral em prol do progresso, da assitência e da organização médico-social, completa, atualizada, que desejamos difundida para todo o Brasil.

Ficha institucional que serviu para o Primeiro Censo-Cadastro Nacional dos Hospitais realizados pelo D.O.H. e que serve para as inspeções anuais ás instituições

M. E. S. - D. N. S.
DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

I

Ficha da Instituição n.º _____
 Seção _____ Pasta _____ Documento _____
 Em _____ / _____ / _____
 Data desta ficha _____
 Em _____ / _____ / _____
 Data da fundação _____

Nome da Instituição _____

Outras denominações da Instituição _____

ESTADO _____ Localidade _____
 MUNICIPIO _____ Rua _____ N.º _____

É ambulatório? _____ ou dispensário isolado? _____ É clínica? _____ ou policlínica isolada? _____ Hospital Colônia? _____ Hospital Geral? _____
 Hospital especializado? _____ Maternidade? _____ ou clínica obstétrica? _____ Hospital de crianças? _____ ou clínica pediátrica? _____ De medicina ou
 clínica médica? _____ De cardiologia? _____ Para nervosos? _____ ou de doenças mentais? _____ De doenças transmissíveis agudas? _____ Para
 tuberculosos? _____ De doentes de lepra? _____ De dermatologia? _____ De clínica cirúrgica? _____ De acidentados ou traumatologia? _____ De
 ortopedia? _____ De otorrinolaringologia? _____ De oftalmologia? _____ De vias urinárias? _____ De venerologia? _____ De ginecologia? _____
 De cancer? _____ De crônicos? _____ De convalescente ou de repouso? _____ De deficientes físicos? _____ De outra especialidade, qual? _____

Nome do Presidente: _____ Nome do Provedor _____
 Nome do Diretor _____ Nome do Administrador _____

- Atenção: 1) Responder no máximo possível, com algarismos ou "sim" ou "não"
 2) As informações, aqui pedidas, se referem ao ano de 194_____
 3) Depois de responder se a Instituição é "Ambulatório", "Clínica", "Hospital Geral" ou "Especializado", sublinhar as várias clínicas que funcionam, organizadas.

M.E.S. - D.N.S. - D.O.H. II - EDIFICAÇÕES - INSTALAÇÕES - EQUIPAMENTOS

É de construção moderna? _____ Na zona urbana? _____ Tem parque? _____ Jardim? _____ É do tipo monobloco? _____ Quantos pavimentos? _____
 Ou tipo pavilhões? _____ Quantos pavilhões? _____ Quantas edificações anexas? _____ Soma das áreas construídas, inclusive dos pavimentos? _____
 Tem sala para Diretor? _____ para Administrador? _____ para Chefe da Enfermagem? _____ Secretaria? _____ Contabilidade? _____ para fichário? _____
 Quantas enfermarias? _____ Quantas com mais de 8 leitos? _____ Total de leitos nas enfermarias? _____ Capacidade total das mesmas na base de
 6m² por leito? _____ Quantos quartos particulares? _____ Quantos semi-particulares (de 2 ou 3 leitos) _____ Total dos leitos nos quartos? _____ Lo-
 tação ou total de leitos no hospital? _____ Quantas estações de enfermeira? _____ Quantas salas de operação sépticas? _____ assépticas? _____ para
 repouso de operado? _____ para arsenal cirúrgico? _____ para curativos? _____ Quantos consultórios? _____ Salas de parto? _____ Berçário? _____ Quantos
 berços? _____ Tem instalação para ortopedia? _____ para radiologia? _____ sendo: para diagnóstico? _____ para tratamento? _____ Instalação para eletro-
 terapia? _____ hidroterapia? _____ gasoterapia? _____ para otorrinolaringologia? _____ oftalmologia? _____ cardiologia? _____ Tem soldário? _____ Quantos
 gabinetes dentários? _____ Quantos quartos para médicos residentes? _____ para doutorandos? _____ para estudantes? _____ para enfermeiros-as? _____
 para outros auxiliares e empregados? _____ Clausura? _____ Instalação para fotografia? _____ Tem farmácia? _____ com laboratório anexo? _____ labora-
 tório para soluções injetáveis? _____ Lab. clínico? _____ bacteriológico? _____ anatomo-patológico? _____ sorológico? _____ Tem necrotério? _____ Sala de
 autopsia? _____ Velório? _____ Capelas? _____ Sala para leitura? _____ para cursos? _____ para reuniões? _____ para recreio de crianças? _____ para pro-
 jeção? _____ Aparelhos de projeção fixa? _____ de cinema 16mm? _____ de 35mm? _____ Quantos refeitórios para docentes? _____ para médicos, técnicos e
 administração? _____ para auxiliares subalternos? _____ Tem instalação elétrica? _____ do gás? _____ de vapor? _____ Aquecimento interno? _____ Re-
 frigeradores elétricos? _____ a gás? _____ Câmaras frigoríficas? _____ Tem ar condicionado? _____ só filtrado? _____ esterilizado? _____ Tem telefone? _____
 Correio pneumático interno? _____ Inter-comunicação telefônica? _____ de alta voz? _____ de sinal som? _____ de sinal luminoso? _____ Mecânica? _____ Receptores
 de rádio? _____ Rede interna de rádio recepção? _____ Quatos reservatórios d'água? _____ Total de litros _____ Há instalação para filtragem? _____
 depuração química? _____ Depósitos de água quente? _____ Quantas cozinhas? _____ sendo dietéticas? _____ Quantas copas? _____ Despensas? _____
 Depósito geral ou alinoxarilado? _____ Rouparias? _____ Sala de costura? _____ Há lavanderia mecânica? _____ ou lavagem manual? _____ Há oficinas de
 que? _____ Destino do lixo? _____ É removido pela Limpeza Pública? _____ Quantos aparelhos sanitários? _____ Banheiros ou
 chuveiros? _____ Destino do esgoto: Réde geral? _____ Curso d'água? _____ Fossa? _____ o efluente da fossa é tratado? _____ clorado? _____ Quantos ama-
 bulâncias? _____ Quantos elevadores só para passageiros? _____ para mnen ou camas? _____ para serviço? _____ para comida? _____ para roupas? _____
 Carros térmicos para conduzir comida? _____ Outros veículos, quais e quantos? _____ Diversões, Campos
 desportos, quais? _____ Plantações, crinações especificar _____

M. E. S. - D. N. S. - D. O. H.

FICHA DA INST. N.º

III - FUNCIONAMENTO E ADMINISTRAÇÃO

DOENTES INTERNOS: Estatística referente ao ano de 194... Doentes que passaram do ano anterior?... sendo Adultos?... Menores de 14 anos?... a masculino?... s. feminino?... Total de doentes entrados, afora de maternidade, em 194...? Quantos saídos em 194...? sendo alta?... transferidos?... falecidos?... Total de doentes-dia em 194?... Quantos doentes-dia pensiónistas... de contribuição parcial?... gratuitos?... Total de internados em clínicas-médicas, inclusive que passaram para 1 de jan.?... Total de internados de clínicas cirúrgicas, idem?... Total de parturientes, idem?... de infantes ou lactentes idem?... Meses de maior frequência ou ocupação de leitos em geral?... **DOENTES EXTERNOS OU DE AMBULATORIO:** Total de matrículas novas durante 194...? Total de consultas em 194...? **LACTARIO?**... Total de matrículas novas em 194?... sendo de sexo masculino?... sexo feminino?... Quantos fornecimentos de leite?... de outras dietas? **CRECHE?**... Matrículas novas em 194...? Sexo masculino?... sexo feminino? **SERVIÇOS MEDICOS:** Quantos médicos efetivos em 194...? Não efetivos?... Quantos de clínica geral?... de cirurgia geral?... obstetras?... pediatras?... ginecologistas? urologistas?... venerologistas?... dermatologistas?... oculistas?... otorrinolaringologistas?... neurologistas?... psiquiatras? fisioterapeutas?... fisiologistas?... leprologistas?... cancerologistas?... ortopedistas?... radiologistas?... cardiologistas?... outros especialistas, especificar:... Dos médicos efetivos-quantos residentes?... plantonistas?... Quantos médicos estagiários durante o ano de 194...? doutorandos, internos?... Estudantes, internos?... Tem organizado o **FICHARIO MÉDICO CENTRAL?** Quantos laboratoristas médicos em 194?... Quantos não Médicos? **ENFERMAGEM:** Quantas Enfermeiras ou Enfermeiros diplomados (Tipo Escola Ana Neri)?... sendo leigas?... Irmãs ou religiosas?... diplomados por Escolas de outro tipo?... sendo leigas?... Irmãs ou religiosas? Auxiliares de enfermagem N.º?... com certificado?... Enfermeiros licenciados? **MASSAGISTAS?** **QUANTOS DENTISTAS?**... quantos auxiliares? **FARMACIA?** Quantas receitas aviadas?... sendo: para D. Internos?... para D. Externos?... para Lactario?... para Creche?... Farmacêuticos diplomados?... licenciados?... Praticos de farmacia? **ADMINISTRAÇÃO** tem: Presidente?... Provedor?... Mordomo?... Diretor?... Administrador?... Procurador? Gerente?... Econômico?... Almozarite?... E' administração leiga?... religiosa?... mista?... Quantas Irmãs... Qual a congregação?... Tem capelão?... Quantos guarda-livros?... Escriturários?... Bibliotecários?... Ficharistas?... Datilografos?... Telefonistas?... Motoristas... Ascensoristas?... Artífices?... Serventes?... Trabalhadores? **OBSERVAÇÕES E IMPRESSÕES:**

M. E. S. - D. N. S. - D. O. H.
IV - FINANCIAMENTO E ASSISTÊNCIA

Valor aproximado do terreno? Cr\$... das edificações? Cr\$... das instalações fixas? Cr\$... Do equipamento, aparelhos e móveis? Cr\$... E' propriedade do Governo Federal?... Estadual?... Municipal?... E' mantida pelo Exército... pela Marinha?... pela Aeronáutica?... de outro Ministério, qual?... E' de policia Militar? **Civil?**... de Bombeiros?... de Saúde Pública?... de Assistência Publica?... de Funcionários?... Para Ensino oficial?... particular?... Qual?... De outra instituição oficial?... Qual?... Tem finalidade filantrópica ou de caridade?... É de irmandade?... de fundação?... de associação?... É instituição de finalidade não lucrativa?... de ordem terceira?... De beneficência?... De cooperativa?... De grupo ou classe?... De escola ou universidade?... De indústria?... De udoles rural?... De finalidade lucrativa?... De furma?... Soc. Anon.?... por quotas?... Quanto tem de patrimônio? Cr\$... Quanto teve de renda em 194... Cr\$... Especificar: de taxa de matrícula? Cr\$... De pensionistas Cr\$... Bibliotecários? Ficharistas? Datilografos? De produto industrial Cr\$... alugueis? Cr\$... de dividendos ou juros? Cr\$... De auxilio Federal em 194...? Cr\$... Estadual? Cr\$... Municipal? Cr\$... De donativo particular? Cr\$... De outras fontes? Cr\$... Qual a despesa de manutenção e conservação? Cr\$... Discriminar: Com pessoal afora médicos Cr\$?... Só com médicos? Cr\$... Soma de despesas do material: de Administração e Escritórios? Cr\$... Com alimentação? Cr\$... Com lavanderia e rouparia? Cr\$... com outros serviços de manutenção e conservas? Cr\$... Só com tratamento de doentes, afora médicos e auxiliares? Cr\$... Com Ensino? Cr\$... Com vestuário e uniformes? Cr\$... Com transporte? Cr\$... Se possível separadamente: gasto com radiologia? Cr\$... Com laboratório? Cr\$... com obstetricia? Cr\$... com farmácia? Cr\$... **Cardiologia?** Cr\$... Metabolismo? Cr\$... Fisioterapia? Cr\$... Total de despesas com obras novas, construções? Cr\$... Quantos médicos remunerados?... Qual a taxa de matrícula cobrada a doentes? Cr\$... Preço de diárias de doentes: máxima? Cr\$... Mínima? Cr\$... Quantos leitos ocupados com indigentes em 194...? Tem assistência social a doentes?... Assistência judiciaria?... Religiosa?... Educacional?... Recreacional?... funeraria?... Outras informações

Data e assinatura do Inspetor

Do Informante

NOTA: a) Queira juntar uma coleção completa das fichas e todos demais impressos usados na instituição, bem assim, fotografias, plantas, relatórios, publicações e quaisquer documentos ou dados complementares para enriquecer o prontuário; b) Vide modelos e esclarecimentos na publicação n.º 2 da D. O. H. "Instituição da Moderna Organização Hospitalar."

INSTRUÇÕES PARA INSPEÇÃO ANUAL DAS INSTITUIÇÕES DE
ASSISTÊNCIA MÉDICO-SOCIAL, OFICIAIS E PARTICULARES
DESDE 1941

A Divisão de Organização Hospitalar do Departamento Nacional de Saúde tem por objetivo coordenar, cooperar ou orientar em todo o Brasil, os estudos e a solução dos problemas que dizem respeito à assistência a doentes e deficientes físicos e a desamparados, promovendo, entre outros planos gerais para êsse fim, o planejamento da rede nacional de hospitais regionais que compreenderá todo o território do país.

Nesse sentido a D.O.H. fornecerá normas e padrões e tudo fará para incentivar iniciativas e o desenvolvimento das instituições e dos serviços existentes, fomentando a criação de hospitais padronizados, sugerindo melhoramentos, quer nas construções, quer no funcionamento técnico e administrativo das instituições já existentes: hospitais, clínicas, ambulatórios, estâncias, asilos, abrigos e albergues.

A D.O.H. manterá sempre atualizado o cadastro dessas entidades hospitalares e para-hospitalares, repositório indispensável, como fará as inspeções, para que se possa esclarecer os processos de subvenção federal a essas instituições e a fim de se verificar a aplicação, anualmente, dos auxílios da União.

Em cada Estado, Capital, Município, por meio de seus inspetores da D.O.H. ou através a colaboração das Delegações de Saúde, serão visitadas as instituições hospitalares ou para-hospitalares, existentes, para inspeção minuciosa, fichando-as, caso ainda não tenham sido fichadas, as novas entidades. Preenche-se a ficha em cada visita.

Informar-se-á o Inspetor, ainda das condições sanitárias da localidade, quais as endemias predominantes na região e para êste fim devem os inspetores procurar entendimentos com os Prefeitos, os médicos clínicos, e outras autoridades, a fim de colhêr dados estatísticos referentes às atividades e incidência.

A Inspeção: – O inspetor visitará cada instituição médico-social, se possível marcando com antecedência dia e hora da visita, a qual deverá estar presente o Diretor clínico, o Provedor ou Administrador; Gerente, Secretário, Guarda-livros e Tesoureiro, a fim de que seja informado sobre a situação, percorrendo em seguida tôdas as dependências da instituição. De início, visita-se a Secretaria e Contabilidade, para o indispensável exame da escrituração, da Receita e Despesa e, bem assim., sobre o registro e estatística do movimento dos doentes.

O Inspetor pedirá a coleção de fichas clínicas e administrativas, demais impressos usados no estabelecimento, fotografias, plantas e tôda e qualquer publicação e documento que digam respeito à instituição, para enriquecer os respectivos prontuários já existentes na D.O.H., facilitando-se, destarte, a manter o cadastro e censo geral das instituições médico-sociais do país.

Os Inspetores das Delegacias colherão em duplicata os exemplares das ditas fichas e impressos, sendo uma coleção para remeter à D.O.H.

Acompanhando a leitura da ficha desta D. O. H., o Inspetor faz a visita completa da instituição, tomando notas; e ao terminar, voltará à Secretaria para receber a documentação pedida no início, e os dados ne-

18 CONCEITOS BASICOS E PLANEJAMENTO DA MODERNA ASSIST. HOSP.

cessários, devendo tomar nota, se foram executadas as "sugestões" e "exigências" anteriormente feitas.

Durante a visita, antes e depois, o Inspetor a propósito dos assuntos à vista, fará, uma exposição técnica e dará sugestões, indicando as falhas graves que serão mais tarde repetidas no laudo ou relatório da visita a ser fornecido pelo mesmo Inspetor, para fins da subvenção, bem assim indicará processos novos para melhorar a organização e administração.

O QUE DEVE SER SUGERIDO AOS HOSPITAIS (*)

EXIGÊNCIAS E SUGESTÕES

A INDICAÇÃO EM CADA CASO DEVE SER CONDICIONADA AO TAMANHO DO HOSPITAL: PEQUENO (25 A 49 LEITOS), MÉDIO (50 A 149 LEITOS), GRANDE (150 A 500 LEITOS) E EXTRA OU ESPECIAL (MAIS DE 500 LEITOS), VIDE "CLASSIFICAÇÃO GERAL" DA D.O.H.

- 1 – O hospital deve ter entradas separadas, sempre que possível, uma para médicos, administração e visitas; outra para doentes e acompanhantes; e outra para os serviços.
- 2 – Os hospitais devem ter quartos particulares, semi-particulares e receber doentes contribuintes de 1.^a classe e classe média, inclusive em enfermarias especiais. Também se diz: Classe A, B, C.
- 3 – As enfermarias devem ser de quatro (4) a seis (6), sendo que enfermaria de oito (8) leitos ainda se tolera, facilitando, assim, a separação para medicina e cirurgia e suas especialidades, por sexo, por idade, segundo a gravidade dos casos, e até mesmo atendendo às condições sociais.
- 4 – Quando o hospital receber parturientes, deve possuir uma seção especial, separada. Pessoal diferente. Salas de parto. Isolamento para infetadas. Berçário – Ambulatório. Salas de estar.
- 5 – Pequeno Laboratório Clínico de rotina, inclusive para os serviços externos de contribuintes da clínica particular do município, fonte de renda para auxiliar a pagar o leito indigente.
- 6 – Seção cirúrgica: no mínimo uma sala asséptica, salas de esterilização de arsenal cirúrgico, de preparo dos médicos, de repouso para operados. Sala de anestesia.
- 7 – Aparelho de Raio X para radiagnóstico (radioscopia e radiografia). Também para terapêutica, em casos de certas instituições especializadas. Igualmente para serviço externo, como fonte de renda. Sala de negatoscopia, anexa, franqueada a todos os médicos.
- 8 – Seção e fisioterapia; de eletricidade médica.

(*) As instituições com menos de 25 leitos, serão igualmente inspecionadas e cadastradas, conservando-se a sua denominação, mas aplicando-se a classificação D. O. H. que as considera como *Clínica ou Enfermarias isoladas*.

- 9 – Farmácia, com pequeno laboratório para manipulação. Se possível, preparo de soluções injetáveis.
- 10 – Quartos para médicos e enfermeiras residentes ou plantonistas.
- 11 – Refeitórios para médicos, Administração e acompanhantes; para doentes crônicos e convalescentes e para pessoal subalterno.
- 12 – Cozinha comum, convenientemente equipada, e pequenas instalações para dietética. Instalação de refrigeração ou uma geladeira de dimensão conveniente.
- 13 – Reservatório d'água que abasteça as necessidades do hospital por 48 horas, em casos de cessar o fornecimento geral. Seguro, previsão e aparelhagem para extinção de incêndios.
- 14 – Instalação de banheiros ou chuveiros de água quente, e aparelhos sanitários, de acôrdo com a lotação ou movimento do hospital. Em conexão com uma fossa ou estação depuradora na falta de rêde de esgôto.
- 15 – Necrotério com instalação anexa, e equipamento especial para necropsia. Capela mortuária e velório.
- 16 – Lavandaria mecânica. Ou lavagem manual anexa ao hospital pequeno. Incineração de lixo do hospital, se possível.
- 17 – Regular e permanente serviço de registro clínico, Ambulatório geral e sempre que possível separado ou afastado da entrada principal do hospital. Ambulatórios especializados dependentes das respectivas clínicas, horários fixos.
- 17- A – *Fichário geral* para o qual convergem no original ou cópia de todas as fichas. A mesma ficha de registro clínico deve servir, tanto para doentes de ambulatórios como para internados: *Ficha única de registro*. Número único que é o da primeira matrícula do doente no hospital; Número geral. Números de registros para cada nova admissão. Cartões-índices por ordem numérica ou alfabética, ou por ambas. *Doentes internos e doentes externos ou* dos ambulatórios, a mesma ficha, o mesmo tratamento.
- 18 – Assistência médica diária para os doentes internados. Corpo clínico: médicos e cirurgiões especializados. Especificar quando o clínico efetivo da instituição presta serviços, tanto médicos como cirúrgicos e de especializados, acumulando tais atividades. Médicos efetivos, consultores, estagiários.
- 19 – Serviço social para investigação sôbre recursos do doente e da família, e para a devida contribuição ou para dar-lhes assistência social, espiritual e outras, inclusive amparo financeiro a seus dependentes.
- 20 – Diretor e administrador especializado, do tempo integral, se necessário. Administração residente, em parte pelo menos, e bem organizada.

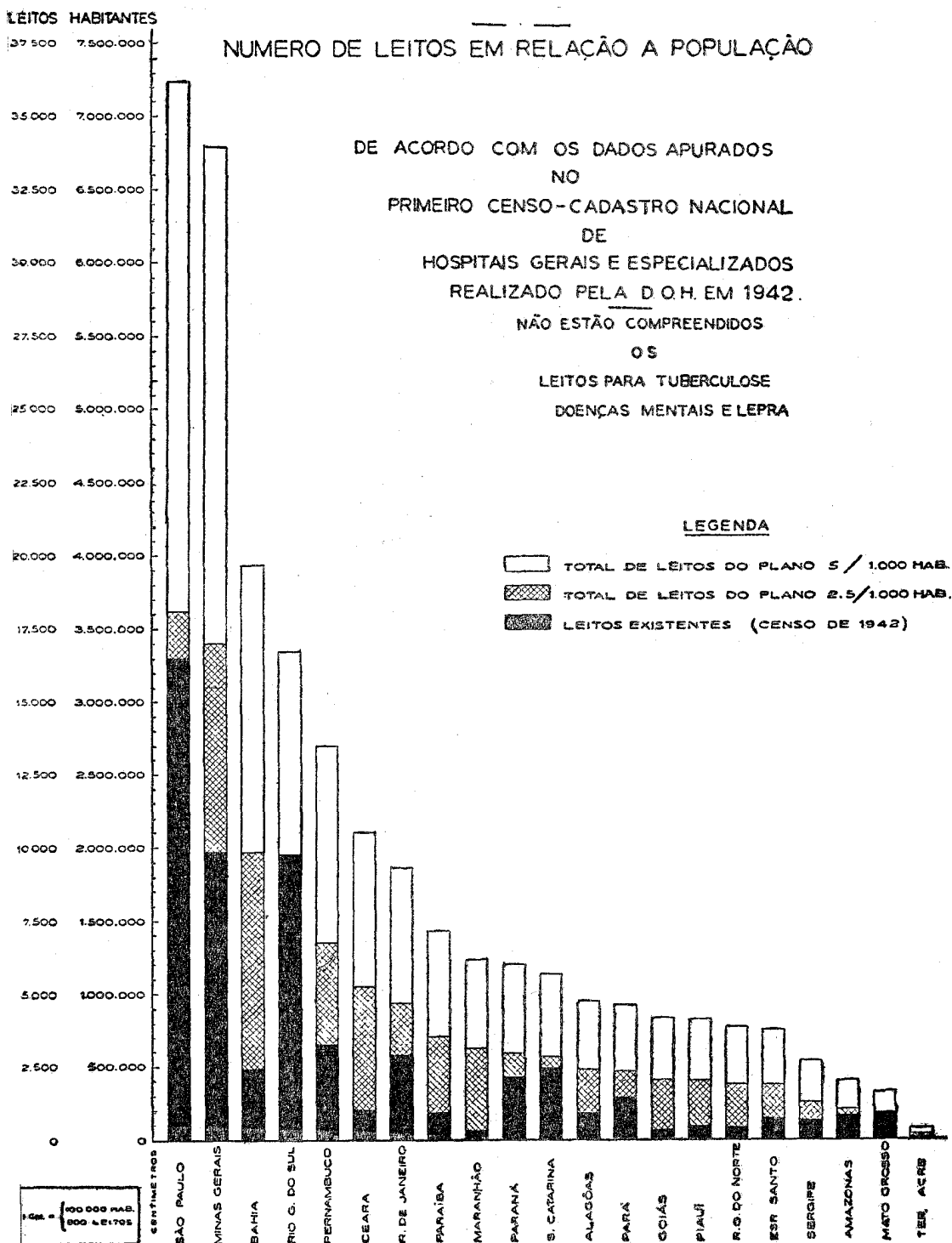
20 CONCEITOS BASICOS E PLANEJAMENTO DA MODERNA ASSIST. HOSP.

- 21 – Boletim ou Censo diário de movimento de doentes: de meia noite.
(Veja modelo de D. O. H.). (*)
- a) Passaram do dia anterior.
 - b) Entrados nas 24 horas.
 - c) Saídos, a saber: alta, transferência e óbito.
- Discriminar para cada item, sexo e idade: Criança ou Menor (até 14 anos) – Adulto (Maiores de 14 anos).
- Doentes-dia:* Os que passaram de véspera, mas entrados nas 24 horas, menos os saídos no mesmo período, igual a DOENTES-DIA ou número de doentes que passam para o dia seguinte. Contaram-se, a mais, os que entram e saem dentro do mesmo período das 24 horas. Exemplo: os que permaneceram horas apenas internados entre meia noite e meia noite.
- 22 – *Corpo de Enfermeiras:* na impossibilidade de ter tôdas diplomadas, no mínimo uma para Chefe ou Instrutora (tipo-Escola Ana Neri); pelo menos Auxiliares de Enfermeira com curso ou Atendentes licenciadas. Serventes e auxiliares em número proporcional à capacidade de serviços clínicos do hospital, para atenderem, dia e noite, com regime de plantão.
- 23 – *Secretaria:* Nos mesmos hospitais, uma moça, no mínimo, que faça também os registros nas fichas clínicas.
- 24 – *Contabilidade:* Pelo menos, é indispensável um guarda-livros remunerado, parcialmente que seja, e que sirva de procurador, auxiliar na gerência interna e externa, e que deverá, manter a escrituração, da receita e despesa, rigorosamente em dia.

(Assinado) *Teófilo de Almeida*

(*) A D. O. H. fornecerá, diretamente à instituição que solicitar por escrito informes complementares e instruções especiais e modelos para cada ítem ou assunto, tratado na presente de instruções.

MINISTERIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE
 DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR



HOSPITAIS E NUMERO DE LEITOS PARA DOENÇAS MENTAIS TUBERCULOSE E LEPRO DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR CENSO E CADASTRO 1941 e 1942 D.N.S. - MES.				
E S T A D O S	POPULAÇÃO	NUMERO DE INSTITUIÇÕES	LEITOS	LEITOS POR MIL HABITANTES
ACRE	81.326	2	92	1,1
AMAZONAS	453.233	3	766	1,6
PARAÍ	956.870	6	1.674	1,7
MARANHÃO	1.242.721	2	423	0,3
PIAUI	826.320	2	193	0,2
CEARA'	2.101.325	5	557	0,2
RIO GRANDE DO NORTE	774.464	4	331	0,4
PARAÍBA	1.432.618	2	228	0,1
PERNAMBUCO	2.694.616	6	1.045	0,3
ALAGÔAS	957.628	3	134	0,1
SERGIPE	545.962	1	112	0,2
BAHIA	3.938.909	3	1.080	0,2
ESPIRITO SANTO	758.535	3	448	0,5
RIO DE JANEIRO	1.862.900	12	1.575	0,8
DISTRITO FEDERAL	1.781.567	25	7.681	4,3
SÃO PAULO	7.239.711	58	19.567	2,7
PARANÁ	1.248.536	5	1.515	1,2
SANTA CATARINA	1.184.838	3	653	0,5
RIO GRANDE DO SUL	3.350.120	9	2.679	0,7
MATO GROSSO	434.265	4	303	0,6
GOIÁS	832.869	2	156	0,1
MINAS GERAIS	6.798.647	23	7.016	1,3
BRASIL	41.497.980	183	48.228	1,1

NOTA: LEITOS DE HOSPITAIS ESPECIALIZADOS (DOENÇAS MENTAIS, TUBERCULOSE E LEPRO) —
AFORA LEITOS EM HOSPITAIS GERAIS —

— TOTAL DE HOSPITAIS E LEITOS GERAIS E ESPECIALIZADOS —
EXTRATO DO PRIMEIRO CENSO E CADASTRO HOSPITALARES DADO.H.
NÃO COMPREENDENDO D. MENTAIS TUBERCULOSE E LEPROSA
DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

1941-1942
 D.N.S. — MES.

ESTADOS	POPULAÇÃO	NUMERO DE INSTITUÇÕES	LEITOS	LEITOS PORMIL HABITANTES
ACRE (TERRITÓRIO)	81.326	6	89	1,0
AMAZONAS	453.233	11	823	1,8
PARAÍ	956.870	13	1.477	1,5
MARANHÃO	1.242.721	5	301	0,2
PIAUI	826.320	5	439	0,5
CEARÁ	2.101.325	16	925	0,3
RIO GRANDE DO NORTE	774.464	6	421	0,5
PARAIBA	1.432.618	16	936	0,6
PERNAMBUCO	2.694.616	35	3.235	1,2
ALAGÔAS	957.628	14	823	0,8
SERGIPE	545.962	19	631	1,1
BAHIA	3.938.909	41	2.273	0,5
ESPIRITO SANTO	758.535	5	668	0,8
RIO DE JANEIRO	1.862.900	56	2.848	1,5
DISTRITO FEDERAL	1.781.567	71	10.532	5,9
SÃO PAULO	7.239.711	252	16.508	2,2
PARANÁ	1.248.536	46	2.347	1,8
SANTA CATARINA	1.184.838	60	2.419	2,0
RIO GRANDE DO SUL	3.350.120	163	9.726	2,9
MATO GROSSO	434.265	12	875	2,1
GOIÁS	832.269	9	211	0,2
MINAS GERAIS	6.798.647	190	9.934	1,4
BRASIL	41.497.980	1.051	68.441	1,6

NOTA: A) LEITOS GERAIS AFÓRA DOENÇAS MENTAIS, TUBERCULOSE, LEPROSA
 B) NÃO ESTÃO INCLUIDOS OS LEITOS GERAIS DE ENFERMARIAS OU CLÍNICAS ISOLADAS.

DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR					
ESTADÍSTICA POR ESTADOS DOS MUNICÍPIOS QUE POSSUEM OU NÃO					
HOSPITAIS DE LEITOS GERAIS - PRIMEIRO CENSO					
D.N.S. - M.E.S.					
1941 - 1942					
ESTADOS	NUMERO	NUMERO	NUMERO DE MUNICÍPIOS		TOTAL GERAL DE MUNICÍPIOS
	DE INSTITUIÇÕES	DE LEITOS	EM QUE EXISTEM HOSPITAIS	NÃO EXISTEM INSTITUIÇÕES	
ACRE (TERRITÓRIO)	6	89	6	1	7
AMAZONAS	11	823	6	22	28
PARAÍ	13	1477	3	48	53
MARANHÃO	5	301	1	64	65
PIAUI	5	439	3	44	47
CEARA	16	925	4	75	79
RIO GRANDE DO NORTE	6	421	3	39	42
PARAÍBA	16	936	9	32	41
PERNAMBUCO	35	3235	16	69	85
ALAGÓAS	14	823	8	25	33
SERGIPE	19	631	14	28	42
BAHIA	41	2273	23	127	150
ESPIRITO SANTO	5	668	2	30	32
RIO DE JANEIRO	56	2848	30	20	50
DISTRITO FEDERAL	71	10532	-	-	-
SÃO PAULO	252	16508	134	136	270
PARANÁ	46	2347	24	25	49
SANTA CATARINA	60	2419	29	15	44
RIO GRANDE DO SUL	163	9726	57	31	88
MATO GROSSO	12	875	6	22	28
GOIÁS	9	211	5	47	52
MINAS GERAIS	190	9934	139	149	288
BRASIL	1051	68441	524	1049	1573

AFORA INSTITUIÇÕES E LEITOS PARA D. MENTAIS, TUBERCULOSE E LEPROSA

DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR HOSPITAIS E LEITOS PARA DOENTES MENTAIS E NERVOSOS - INSTITUIÇÕES - DNS. - M.E.S. CENSO - CADASTRO 1941 DE 1942				
E S T A D O S	POPULAÇÃO	NUMERO DE INSTITUIÇÕES	LEITOS	LEITOS PORMIL HABITANTES
ACRE (TERRITÓRIO)	81.326	-	-	-
AMAZONAS	453.233	1	137	0,3
PARAÍ	956.870	1	358	0,3
MARANHÃO	1242.721	1	100	0,08
PIAUI	826.320	1	64	0,07
CEARA	2.101.325	2	180	0,08
RIO GRANDE DO NORTE	774.464	1	70	0,09
PARAIBA	1.432.618	1	154	0,1
PERNAMBUCO	2.694.616	5	845	0,3
ALAGÔAS	957.628	2	97	0,1
SERGIPE	545.962	1	112	0,2
BAHIA	3.938.909	1	700	0,1
ESPIRITO SANTO	758.535	1	32	0,4
RIO DE JANEIRO	1.862.900	2	519	0,2
DISTRITO FEDERAL	1.781.567	18	6.489	3,6
SÃO PAULO	7.239.711	23	8.591	1,1
PARANÁ	1.248.536	2	593	0,4
SANTA CATARINA	1.184.838	2	226	0,1
RIO GRANDE DO SUL	3.350.120	7	1.905	0,5
MATO GROSSO	434.265	1	20	0,04
GOIÁS	832.869	-	-	-
MINAS GERAIS	6.798.647	11	3.130	0,4
BRASIL	41.497.980	84	24.322	0,5

NOTA: LEITOS DE DOENÇAS MENTAIS AFORA LEITOS EM HOSP. GERAIS

EXTRATO DO PRIMEIRO CENSO E CADASTRO HOSPITALARES REALIZADOS PELA				
DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR				
TOTAL DE				
HOSPITAIS E LEITOS PARA TUBERCULOSOS				
D.N.S. - MES.				
1941-1942				
ESTADOS	POPULAÇÃO	NUMERO DE INSTITUÇÕES	LEITOS	LEITOS POR MIL HABITANTES
ACRE (TERRITÓRIO)	81.326	-	-	-
AMAZONAS	453.233	1	32	0,07
PARÁ	956.870	2	93	0,09
MARANHÃO	1242.721	-	-	-
PIAUI	826.320	-	-	-
CEARÁ	2.101.325	1	32	0,01
RIO GRANDE DO NORTE	774.464	2	115	0,01
PARAÍBA	1.432.618	-	-	-
PERNAMBUCO	2.694.616	-	-	-
ALAGÔAS	957.628	-	-	-
SERGIPE	545.962	-	-	-
BAHIA	3.938.909	1	300	0,07
ESPIRITO SANTO	758.535	1	40	0,05
RIO DE JANEIRO	1.862.900	9	758	0,4
DISTRITO FEDERAL	1.781.567	5	474	0,2
SÃO PAULO	7.239.711	30	2508	0,3
PARANÁ	1.248.536	2	168	0,1
SANTA CATARINA	1.184.838	-	-	-
RIO GRANDE DO SUL	3.350.120	1	344	0,1
MATO GROSSO	434.265	1	26	0,06
GOIÁS	832.869	-	-	-
MINAS GERAIS	6.798.647	8	671	0,09
BRASIL	41.497.980	64	5.567	0,1

NOTA: LEITOS DE TUBERCULOSE, AFORA LEITOS PARA TUBERCULOSOS EM HOSPITAIS GERAIS E CLINICAS ISOLADAS

DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR COLONIAS, HOSPITAIS E LEITOS PARA DOENTES DE LEPRA CENSO E CADASTRO 1941 DE 1942 D.N.S. - MES.				
ESTADOS	POPULAÇÃO	NUMERO DE INSTITUIÇÕES	LEITOS	LEITOS PORMIL HABITANTES
ACRE (TERRITÓRIO)	81.326	2	92	1,1
AMAZONAS	453.233	1	597	1,3
PARÁ	956.870	3	1.223	1,2
MARANHÃO	1.242.721	1	323	0,2
PIAUI	826.320	1	129	0,1
CEARA'	2.101.325	2	345	0,1
RIO GRANDE DO NORTE	774.464	1	146	0,1
PARAIBA	1.432.618	1	74	0,05
PERNAMBUCO	2.694.616	1	200	0,07
ALAGÔAS	957.628	1	37	0,03
SERGIPE	545.962	-	-	-
BAHIA	3.938.909	1	80	0,02
ESPIRITO SANTO	758.535	1	376	0,4
RIO DE JANEIRO	1.862.900	1	298	0,1
DISTRITO FEDERAL	1.781.567	2	718	0,4
SÃO PAULO	7.239.711	5	8.468	1,0
PARANA'	1.248.536	1	754	0,6
SANTA CATARINA	1.104.838	1	427	0,3
RIO GRANDE DO SUL	3.350.120	1	430	0,1
MATO GROSSO	434.265	2	257	0,5
GOIA'S	832.869	2	156	0,1
MINAS GERAIS	6.798.647	4	3.215	0,4
BRASIL	41.497.980	35	18.345	0,3

NOTA: HOSPITAIS E LEITOS PARA DOENTES DE LEPRA EM INSTITUIÇÕES JA' FUNCIONANDO

— TOTAL DE HOSPITAIS E LEITOS GERAIS E ESPECIALIZADOS —
EXTRATO DO PRIMEIRO CENSO E CADASTRO HOSPITALARES REALIZADOS PELO

DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR
E REFERENTES A 1941-1942

D.N.S. — M.E.S.
TOTAL GERAL

E S T A D O S	POPULAÇÃO	NUMERO DE INSTITUIÇÕES	LEITOS	LEITOS POR MIL HABITANTES
ACRE (TERRITÓRIO)	81.326	8	181	2,2
AMAZONAS	453.233	14	1.589	3,5
PARAÍ	956.870	19	3.151	3,2
MARANHÃO	1.242.721	7	724	0,5
PIAUI	826.320	7	632	0,7
CEARA	2.101.325	21	1.482	0,7
RIO GRANDE DO NORTE	774.464	10	752	0,9
PARAIBA	1.432.618	18	1.164	0,8
PERNAMBUCO	2.694.616	41	4.280	1,5
ALAGÔAS	957.628	17	957	0,9
SERGIPE	545.962	20	743	1,3
BAHIA	3.938.909	44	3.353	0,7
ESPIRITO SANTO	758.535	8	1.116	1,4
RIO DE JANEIRO	1.862.900	68	4.423	2,3
DISTRITO FEDERAL	1.781.567	96	18.213	10,2
SÃO PAULO	7.239.711	310	36.075	4,9
PARANÁ	1.248.536	51	3.862	3,0
SANTA CATARINA	1.184.838	63	3.072	2,5
RIO GRANDE DO SUL	3.350.120	172	12.405	3,6
MATO GROSSO	434.265	16	1.178	2,7
GOIÁS	832.869	11	367	0,4
MINAS GERAIS	6.798.647	213	16.950	2,4
BRASIL	41.497.980	1.234	116.669	2,7

NOTA: NÃO ESTÃO INCLUIDOS OS LEITOS GERAIS DE CLÍNICAS E ENFERMIARIAS ISOLADAS

PLANO DA REDE NACIONAL DE HOSPITAIS
ESTUDADOS PELA DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO
HOSPITALAR D.N.S. – M.E.S.

APRESENTADO AO SR. MINISTRO
PELO
DR. TEOFILLO DE ALMEIDA (*)

REFERÊNCIA: – Decreto 8.674 de 4 de fevereiro de 1942 – art. 16, alíneas "a" e "b"
– Á D.O.H. compete:

- a) encarrega-se do estudo e solução dos problemas referentes à assistência médico-social a doentes, deficientes físicos – desamparados;
- b) organizar o plano geral dessa assistência, aí compreendida a rede de hospitais para todo o território nacional;

JUSTIFICAÇÃO:

- 1) *Finalidade assistencial* : Assistência Médico-Cirúrgica, parte integrante da organização nacional.
- 2) *Finalidade econômica*: Indispensável na organização do trabalho, na indústria e comércio, atividades agro-pecuárias, em todo o país. Recuperação de valores para a produção nacional.
- 3) *Finalidade médico-militar*: Aparelhamento de constante oportunidade para atender à Defesa Passiva, ainda, particularmente quanto à assistência ortopédica.

1 – Este plano se refere a hospitais gerais e especializados, com exclusão dos destinados à Maternidade, Doenças Mentais, Tuberculose, Lepra, *quando instituição autônoma*, considerando que para estas quatro especialidades serão organizados planos especiais, estudados e apresentados pelos respectivos serviços federais do D.N.S., M.E.S..

2 – O presente plano, que obedece a Terminologia e a Classificação médico-social adotada pela Divisão de Organização Hospitalar é um esquema básico, estudado e sistematizado, de feição original, visando a

(*) Este plano foi publicado, parcialmente, em 1943, com estudo completo para imediata aplicação nos Estados litorâneos do Norte e Nordeste, com cálculo do custo por leito-construção, e previsão total para funcionamento, a fim de atender a situação do momento, em tempo de guerra. Não houve, entretanto, oportunidade de sua execução por parte do Governo.

elaboração e execução de um programa nacional de assistência médico-social, incumbência confiada à D.O.H. pela citada legislação federal, referente ao Departamento Nacional de Saúde – M.E.S..

3 – Para maior esclarecimento e significação uniforme serão neste plano denominados "leitos gerais" todos leitos destinados a doentes, nos hospitais, com exclusão dos para maternidade, para doentes mentais, tuberculose e de lepra, quando em *instituições autônomas, sanatórios ou outra entidade nosocomial especializada*.

4 – No sentido de atender à assistência médica e de especialidades, com exceção das referidas, a determinação do número de *leitos gerais* em relação à população, segundo o consenso dos *autores e técnicos de organização hospitalar*, pode ser estabelecida em 5 leitos por mil habitantes, como média, em relação à população de um País ou de um Estado.

Essa relação se distribui, ainda como média na razão de 3 leitos por mil habitantes na zona rural e de 7 leitos por mil habitantes na zona urbana, sendo que em certas *capitais ou cidades industriais*, poderá subir a 10, a 15 e a 20 leitos por mil habitantes. Isto mostra que o coeficiente por leitos em relação à população, geralmente adotada, é de valor apreciável só quando se tem de calcular uma grande massa de população mista, rural e urbana, a fim de estabelecer uma percentagem média, como ponto de partida. Assim, neste *plano nacional*, tomando-se a média entre 70/00 e 30/00 que é 50/00, temos os *cinco leitos gerais por mil habitantes*, que é o coeficiente básico consagrado em estudos congêneres.

5 – Sendo o coeficiente de 5 leitos por mil habitantes um *ideal* que não foi ainda atingido pelos maiores países do mundo e dos mais adiantados, e também porque o nosso índice hospitalar-assistencial ainda é baixo, vamos fixar para o nosso plano a base realizável de 50% desse *índice ideal*, isto é, metade de cinco leitos por mil habitantes, ou 2,5 leitos por mil habitantes. Esta base está subordinada ainda a alterações, consoante vários fatores das condições geofísico-econômicas e referente utilização dos serviços hospitalares, a saber: vida econômica e social da população regional, meios de comunicação transporte, condições sanitárias locais e possibilidade de assistência médica e de enfermagem técnica. Todos esses fatores pesarão quando se tiver a realizar ou distribuir os benefícios da rede de hospitais regionais, por todo o território nacional.

6 – O presente plano se desenvolve em 3 fases ou períodos: *Primeira fase ou fase preparatória*; Cadastro e Censo hospitalares-Estatística – *Segunda fase ou fase de aplicação ou adaptação*; estudo da população com relação à área habitada; determinação do número de leitos com relação à densidade demográfica; localização dos hospitais a construir ; modernização e ampliação das instituições existentes, a aproveitar. – *Terceira fase ou fase de execução* da rede nacional de hospitais; em ampla cooperação, com auxílio federal, estadual e municipal, igualmente com toda e qualquer contribuição particular. De preferência como instituição de finalidade filantrópica e de finalidade não lucrativa.

7 – Adotou-se, como base para os cálculos aludidos, quanto à superfície e população dos municípios, o Recenseamento Geral do Brasil, de 1940, segundo a "*Sinopse Preliminar dos Resultados Demográficos – 1941*", com o fim de determinar o número ideal de *leitos necessários* na razão do coeficiente fixado, 5 por mil habitantes.

8 – A realização da *Primeira fase* compreendeu a verificação da situação existente, a coleta dos dados relativos a cada instituição hospitalar, conforme consta dos "*prontuários*" e preenchimento das "*fichas institucionais*", assás completas.

O Censo-Cadastro levantado por nós, expressamente para êste fim, pela Divisão de Organização Hospitalar, com colaboração de outros serviços oficiais de saúde, de novembro de 1941 a dezembro de 1942, se refere ao período 1940-1941. É o primeiro realizado oficialmente em todo o Brasil, e em tôdas as Américas, de que temos notícia, com igual ou semelhante objetivo. Foi feito exclusivamente por médicos oficiais, que visitaram, pessoalmente, todos os municípios onde constatou a existência de hospital, qualquer que fosse, e assim fizeram a inspeção, ou "survey", preencheram, êles próprios, no local, a *ficha institucional* que encerra um questionário de cêrca de duzentos itens sôbre edificações, instalações, equipamento, organização, administração, financiamento, assistências. Coletaram ainda outros dados, plantas, fotografias, relatórios e publicações sôbre cada instituição, informes e documentos que serão atualizados, sempre que possível e, cada ano, graças a novas inspeções, para que êsse arquivo da D. O. H. continui a ser o repositório mais completo acêrca das instituições hospitalares existentes nos Estados, no Distrito Federal e Territórios da República.

9 – *Segunda fase*: O número de *leitos existentes*, para o fim dêste plano, se refere aos leitos de *Hospitais gerais e especializados*, com a exclusão das instituições destinadas á maternidade, doenças mentais, tuberculose e lepra, não obstante o Censo-Cadastro Hospitalar executado pela D. O. H. haver sido geral, completo, abrangendo também as excluídas instituições especializadas, em todo o Brasil. Fizemos para cada Estado ou Município o cálculo dos *leitos necessários*, na base de 2,5% por mil habitantes, deduzindo-se, em cada caso, o número dos *leitos existentes*, daí resultando o *número de leitos a construir* em novos hospitais ou leitos a completar, a ampliar, ou a melhorar em hospitais existentes, a serem modernizados. Foi essa a *Segunda Fase* realizada, trabalho exaustivo e minucioso; constando de vários volumes *in-folio* datilografados, e ainda inéditos.

10 – A distribuição dos hospitais regionais, a *construir*, e a escolha dos *a modernizar e ampliar*, constitui objeto de inspeção local minuciosa, complementar, atendendo à zona ou regiões definidas, em conexão com as autoridades estaduais e municipais e instituições particulares. São atividades de *Terceira Fase*. Essa *Fase da EXECUÇÃO*, em linhas gerais já estudada pela D. O. H. e até no que concerne ao custo do "leito de construção" e "tipos de hospitais" a *adotar*, e tudo mais, inclusive para futuro, no que diz respeito a Edificações, Instalações, Equipamento,

32 CONCEITOS BASICOS E PLANEJAMENTO DA MODERNA ASSIST. HOSP.

Administração, Financiamento e Assistência será objeto de apreciação minuciosa no momento oportuno com estudos locais ou regionais, logo que os recursos necessários estejam disponíveis, para construção.

11 – Visa o plano o aparelhamento da *Assistência Hospitalar ou Médico-Cirúrgica*, como parte integrante da organização nacional, não mais, como outrora, considerada apenas como “leito de caridade” ou “leitos para indigentes” mas abrangendo, no conceito moderno, os “leitos convenientes disponíveis para atender a todas camadas sociais, com a cooperação financeira, orientação técnica e controle do governo de preferência como organizações civis”. E para benefício do indigente ou do desajustado social, porquanto na cooperação de contribuintes, maiores e melhores recursos virão favorecer o doente-gratuito.

12 – A rede nacional de hospitais regionais se comporá, de *hospitais modernos*, estudados como arquitetura funcional e organizados tecnicamente, hospitais para todos, estabelecendo certa igualdade para leitos destinados a doentes gratuitos e leitos para “indústrias”, “cooperativas” ou “irmandades” e os destinados a *particulares contribuintes*, considerados todos como de interesse da comunidade. O plano considera e aprecia devidamente as instituições hospitalares, tanto as *filantrópicas* e as de *finalidade não lucrativa*, e mesmo, de algum modo, as de *finalidade lucrativa*, as ditas “casas de saúde”, que também são necessárias, porquanto atendem a um setor social, embora tendem a decrescer com progresso hospitalar do país. Todos os leitos para doentes, criados e mantidos, representam um alívio ao encargo dos governos, porque atendem a um núcleo ou certa massa de população. Se não existisse a contribuição particular e de corporação, maior seria o onus do Estado com a assistência a doentes, maior a despesa com a assistência pública, federal, estadual ou municipal, seja diretamente, seja por meio de auxílios ou subvenções, não contando o prejuízo que representa a doença e, portanto, a falta ao trabalho, na economia nacional.

13 – A execução deste plano geral prevê o longo prazo de um decênio; há, entretanto, necessidade de realizar uma execução sistemática, coordenando-se todos os esforços, reunindo verbas, recursos e possibilidades, incentivando-se ao mesmo tempo, a iniciativa privada nesse sentido. Como se tem observado em outros países, sempre que o Governo intervém para realizar, sozinho, a assistência hospitalar, verifica-se a seguir a queda de número de leitos, da assistência particular gratuita, que se retrai. O hospital deve ser organização particular, com a cooperação e contribuição financeira dos governos. Só excepcionalmente será oficial ou de governo ou de Assistência Pública.

14 – A relação do número de “leitos gerais” disponíveis no Brasil, excluídas as 4 especialidades citadas, e de acordo com o Censo-Cadastro 1940-1941, se pode considerar para fins deste plano porquanto se aumenta o número de leitos em um quinquênio, também aumenta proporcionalmente e paralelamente, a necessidade de leitos hospitalares com o acréscimo da população, que é também constante.

É a seguinte a situação para cada Estado ou Território, falando por si os algarismos, quanto à superfície e população, *leitos existentes* por mil habitantes e *leitos necessários* na base de 5 mil habitantes e realizáveis no primeiro tempo, na base de 2,5 *leitos por mil habitantes* ou de 25 *leitos por dez mil habitantes*.

NÚMERO DE LEITOS A CONSTRUIR OU AUMENTAR NO INTERIOR DO PAÍS,
 A BASE DE 2,5 LEITOS POR 1.000 HABITANTES DE 5 LEITOS
 POR 1.000 HABITANTES NAS CAPITAIS
 HOSPITAIS GERAIS E ESPECIALIZADOS, NÃO INCLUÍDAS AS
 INSTITUIÇÕES DE MATERNIDADE E INFÂNCIA, DOENTES MENTAIS,
 TUBERCULOSE E LEPROSA

ESTADOS E TERRITÓRIOS	SUPERFÍCIE (Recens. 1940)	POPULAÇÃO (Recens. 1940)	LEITOS		
			Existentes (Cadastro D. O. H.)	Existentes (por mil habitantes)	A construir ou ampliar na base de 2,5 0/00
Territ. do Acre ...	148.027	87.326	89	1,0	153
Territ. Rio Branco	252.035	13.756	32	2,3	27
Territ. Guaporé ...	250.927	24.918	53	2,1	29
Territ. Amapá ...	143.716	23.406	0	0	73
Amazonas	1.508.533	410.415	683	1,7	614
Pará	1.219.250	932.975	1.441	1,5	1.411
Maranhão	346.217	1.242.721	275	0,2	3.050
Piauí	245.582	826.320	397	0,5	1.838
Ceará	148.591	2.101.325	373	0,4	4.927
R. G. do Norte ...	52.411	774.464	780	0,5	1.700
Paraíba	55.920	1.432.618	779	0,5	3.041
Pernambuco	99.254	2.694.616	2.991	1,1	4.628
Alagoas	28.571	957.628	743	0,8	1.879
Sergipe	21.552	545.962	546	1,0	966
Bahia	529.379	3.938.909	2.064	0,5	8.518
Espírito Santo ...	42.846	758.535	594	0,8	1.416
Rio de Janeiro ...	42.404	1.862.900	2.651	1,4	2.363
Distrito Federal ..	1.167	1.781.567	9.546	5,3	2.921
São Paulo	247.239	7.239.711	15.582	2,1	5.813
Paraná	152.668	1.207.474	2.076	1,6	1.299
Santa Catarina ...	80.205	1.140.178	2.275	2,0	692
Territ. Iguaçu ...	61.631	85.263	33	0,4	204
R. G. do Sul	272.179	3.350.120	9.655	2,9	Excedente
Mato Grosso	1.030.756	336.313	779	2,5	200
Territ. Ponta Porã	99.141	87.354	68	0,8	232
Goiás	661.140	832.869	211	0,2	1.993
Minas Gerais	583.804	6.798.647	9.556	1,4	7.970
	8.327.145	41.482.290	64.272	0/00	57.957

NOTA - O total de leitos a construir, 57.957, compreende a soma do número de leitos que faltam, em cada Estado, para atingir, na Capital, 5 por mil habitantes e, nos municípios, 2, 5 ou 25 por dez mil habitantes. Isto na base da realização de 50% do total necessário para todo o Brasil.

15 - A Divisão de Organização Hospitalar está aparelhada para dar orientação técnica indispensável à realização deste plano uniforme e sistematicamente, com uma orientação central, no sentido do conceito,

hoje consagrado nos países mais adiantados, e muito particularmente nos Estados Unidos, de que "organização hospitalar" é uma especialização que deve ser exercida por especialista. O "Hospital moderno", também como unidade, sistematizado como organismo, obedece a preceitos técnicos, segundo a prática e a definição vitoriosa, devido, sobretudo, a obra imensa do Colégio Americano de Cirurgiões, da Associação Médica Americana e da Associação Americana de Hospitais, entre outras notáveis corporações congêneres da Norte-América, não citando o trabalho multi-secular do progresso técnico-hospitalar na Europa.

16 – Entre nós anualmente se realiza, com a nossa orientação e cooperação, o Curso Oficial de Organização e Administração Hospitalares, cujos diplomados, que são já centenas de médicos, constituem o pessoal especializado disponível, e indispensável para execução do plano. Esses consultores ou diretores hospitalares se encontram e já exercem as suas atividades, nesta capital e, praticamente, em todos os Estados.

Com a coordenação, cooperação e orientação da D. O. H. esse numeroso grupo de especialistas está formando a *consciência hospitalar moderna* em nosso país à luz dos conhecimentos e da possibilidade nacional, da experiência estranha e nossa, e adquirida pessoalmente entre nós, e também por nós observada, pessoalmente, nos países mais adiantados, sobretudo nos Estados Unidos. A realização do plano da rede nacional de hospitais, isto é, o aparelhamento médico-social do Brasil, exige esse clima atual e o ambiente técnico que aqui se propõe para justificação dos vultosos recursos que serão aplicados e como garantia indispensável que é, do grande, do completo êxito que todos desejamos.

17 – As instalações hospitalares que constituirão a *rede nacional* serão dos seguintes tipos:

- a) *Centro Médico*: nas capitais e nas grandes cidades, também com finalidade do ensino médico e das profissões afins.
- b) *Hospital Geral e Regional*: para servir a zona ou distrito sanitário-hospitalar. Hospitais de tipo médio possivelmente com centro de saúde anexo.
- c) *Hospital Geral-Auxiliar: satélites*, em conexão com os hospitais regionais, em cidades menores da região. Hospitais pequenos possivelmente com posto de saúde anexo.
- d) *Posto Médico-Hospitalar*: compreendendo enfermaria e pequeno posto de saúde anexo, na zona rural.

SUMÁRIO DO PLANO GERAL DE ORGANIZAÇÃO E ASSISTÊNCIA HOSPITADARES INCLUSIVE DA RÊDE NACIONAL DE HOSPITAIS, ESTUDO PELA DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR D.N.S. – M.E.S.

**E APRESENTADO
Pelo DR. TEÓFILO DE ALMEIDA
EM 1948, PARA FINS DO FINANCIAMENTO**

REALIZAÇÕES NO PERÍODO DE 1942-1946 PROGRAMA 1947-1951

1) O plano de organização e assistência hospitalares do país, visando a formação de uma rede nacional de hospitais gerais que satisfaçam a necessidade da medicina curativa e da medicina preventiva, de que carece a população do Brasil foi exaustivamente estudado pela Divisão de Organização Hospitalar do D. N. S. desde 1942.

2) Constitui êsse trabalho a principal finalidade dêsse órgão especializado normativo federal como consta do Decreto 8.674, de 4-2-1942, artigo 16, que aprovou o Regimento do D. N. S..

3) O plano não inclui o aprestamento de instituições para maternidades, tuberculosos, doenças mentais e lepra, porquanto há serviços especializados e estudos e verbas especiais para atenderem essas assistências.

4) O plano previa, de início, a realização por etapas, em dois quinquênios, sendo uma Primeira Fase (1942 a 1946) preparatória ou básica e Segunda Fase (1947 a 1951). Execução : experimental e definitiva.

Prevê-se uma Terceira Fase, complementar e de aprimoramento, porquanto na 2.^a Fase será realizada apenas metade ou 50% do plano total, atendendo a dificuldades várias.

O plano está sendo realizado como foi previsto, embora parcialmente, a título de experiência, enquanto se aguarda recurso suficiente para a sua mais ampla execução.

5) PRIMEIRA FASE – Quinquênio de 1942-1946 – caracterizado *já* pelas seguintes realizações:

- a) Formação de técnicos: viagens a países estrangeiros para estudar a moderna organização hospitalar, em 1941 e a criação

por decreto-lei, do Curso de Organização e Administração Hospitalares, em 1942.

- b) Uniformização da linguagem técnica: classificação geral de instituições hospitalares e para-hospitalares assim como fixação de uma terminologia e definições dos assuntos.
- c) Levantamento do Censo e Cadastro Nacional de Hospitais, feito exclusivamente por médicos oficiais que visitaram todos os hospitais do país, tantos quantos se soube existirem, durante vinte meses de 1941-1942.

Para haver possibilidade de cooperação indispensável, tomando-se por base as superfícies e população de cada município, e dos Estados e Território, e do Brasil, segundo o Recenseamento da República de 1940 (Sinopse dos Resultados Demográficos – publicação 1941) o Censo feito pela D.O.H. colheu dados contemporâneos, que serviram para base do Plano.

Resguardando o método aqui adotado das críticas fáceis, considera-se que o plano representa apenas uma norma geral, e que os dados utilizados são uma referência, e a mais segura que se pôde adotar. Considerando que, de algum modo, pode haver crescido o número de leitos existentes, e sabe-se que não foi tão sensível esse aumento nos anos decorridos até 1947, e sabendo-se que o número de habitantes também cresceu durante o mesmo período, admite-se que se manteve a mesma constante dos anos mais próximos anteriores a 1940 na relação do número de leitos para o número de habitantes. Terminação do estudo do Plano da Rede Nacional de Hospitais e sua primeira publicação. Obra que abrange vários volumes *in-folio* (1942-1943). Para cada Estado ou Território foi estabelecido o seguinte método para determinação do número de leitos a construir ou ampliar e modernizar:

- d) Terminação do estudo do Plano da Rede Nacional de Hospitais e sua primeira publicação. Obra que abrange vários volumes *in-folio* (1942-1943).
- e) Para cada Estado ou Território foi estabelecido o seguinte método para determinação do número de leitos a construir ou ampliar e modernizar:
 - I) Superfície;
 - II) População;
 - III) Cálculo de 5 leitos por mil habitantes;
 - IV) Número de leitos existentes;
 - V) Leitos a construir ou aumentar ou diferença entre número de leitos na base de 5/1.000 habitantes menos leitos existentes;
 - VI) Proposta de realizar 50% do plano geral ou 2,5 leitos por mil ou 25 leitos por 10.000 habitantes na primeira fase (1947-1951);
 - VII) Deduzem-se os leitos existentes no número de leitos a construir na base de 50% do total;
 - VIII) Número de leitos a construir e aumentar na Capital separadamente, o município.
- f) Desenvolvimento do plano no sentido de sua execução principal; estudo e instituição de modelos para construções espetares, sobretudo a criação do tipo de *hospital geral-padrão*-

-progressivo-flexível, trabalho considerado original pelo seu conjunto técnico, adaptabilidade – Criação de outros tipos também do plano *progressivo-flexível*: Hospital-Colônia-Monobloco; Hospital ou pavilhão de isolamento para contagiosos agudos; Hospital para contagiosos-Crônicos (tuberculose, etc.).

Retardada a Execução do Plano: – Não havendo conseguido verba para execução do Plano da Rede Nacional de Hospitais, a D. O. H. incentivou e aumentou a cooperação para construção de hospitais nos municípios, fornecendo numerosas plantas, pareceres e modelos, de Norte a Sul do País (1943-1946).

- g) Estudo, município por município, depois em grupos por distritos-sanitários-hospitalares: superfície, população, leitos na base de 5 por mil e 2,5 0/00 – leitos a aumentar.
- 6) SEGUNDA FASE: – Execução experimental e definitiva do plano da Rede.
 - a) Aplicação das primeiras verbas, mínimas, destinadas à construção de hospitais com cooperação federal.

- b) Aperfeiçoamento dos tipos hospital-padrão-progressivo-flexível, com a criação de novos blocos e revisão geral.

Já estão sendo construídos cerca de trinta hospitais do tipo padrão em vários Estados do Brasil com as primeiras verbas do auxílio federal do "Plano de Obras", "Fundo de Assistência Hospitalar" e pela verba especial para construção de unidades hospitalares-modelos (1947).

O hospital padrão-progressivo é um estudo de hospital que pode ser construído com maior ou menor custo, para cidade e para Zona rural, pequeno de 25 leitos, até 250 leitos ou mais, crescendo, na medida da necessidade local e dos recursos disponíveis. Será o Hospital da Comunidade; não deverá ser oficial, exceto em casos especiais que se apresentem, e assim forem julgados. Hospital particular, de preferência organizado do tipo *Santa Casa ou Hospital filantrópico*, podendo ser também dos tipos de *finalidade não lucrativo*. O hospital é um bem comum, como a Igreja, o Clube Social e outras entidades de interesse público local ou regional.

- c) A cooperação da União começa com o fornecimento do estudo das plantas ou mesmo do projeto para o novo hospital ou remodelação.
- d) *Financiamento*: – A cooperação federal constará de um *fundo especial* ou quantia a ser aplicada em auxílios durante 4 anos, até 1951, em consignações anuais crescentes na razão progressiva de 1, 2, 3 e 4, isto é, dividido em 10 partes o Fundo destinado, que serão utilizados a saber, em 1948: 1 décimo; em 1949, 2 décimos; em 1950, 3 décimos e 1952, 4 décimos.

A cooperação financeira da União será feita em ajuste individual ou por grupos com os governos e instituições hospitalares de finalidades filantrópicas e não lucrativas, que existem ou venham a se cons-

tituir, em todo o país, entrando o Governo Federal com um têtço; os governos estaduais de territórios e municípios com outro têtço; e a iniciativa privada ou instituição particular, beneficente ou cooperativa, com a restante parte. Haverá, casos em que o auxílio da União será total ou maior parte, dependendo da aprovação superior e de estudo de cada caso.

Os Institutos e Caixas, as corporações para-estatais serão considerados como instituição particular, nos respectivos acordos para construção ou ampliação de leitos hospitalares.

7) A manutenção dos hospitais constitui estudo especial e variará em cada caso, sendo previsto que a instituição beneficiada manterá além de leitos gratuitos, leitos para contribuintes, sendo orientada pela D.O.H. a instituição a fim de que a sua organização econômica seja a garantia e a base complementar do plano nacional.

8) O Governo nomeará uma comissão de técnicos, indicada pelo Sr. Ministro da Educação e Saúde para o aprimoramento do plano no que for aconselhável e para a sua plena execução em todo o país, em cooperação com o órgão federal especializado do D.N.S. – M. E. S. a que incumbe o estudo e solução dos problemas médico-sociais.

Extrato do Plano Geral: número de leitos a construir ou aumentar.

Sugestão para base de financiamento.

Demonstração do processo adotado para o plano.

NÚMERO DE LEITOS A CONSTRUIR OU AUMENTAR NO INTERIOR DO PAIS, A' BASE DE 2,5 LEITOS POR 1.000 HABITANTES DE 5 LEITOS POR 1.000 HABITANTES DAS CAPITAIS
 HOSPITAIS GERAIS E ESPECIALIZADOS, NÃO INCLUÍDAS AS INSTITUIÇÕES DE MATERNIDADE E INFÂNCIA, DOENTES MENTAIS, TUBERCULOSE E LEPROSA

ESTADOS E TERRITÓRIOS	SUPERFÍCIE (Recens. 1940)	POPULAÇÃO (Recens. 1940)	LEITOS		
			Existentes (Cadastro D. O. H.)	Existentes (por mil habitantes)	A construir ou ampliar na base de 2,5 0/00
Territ. do Acre ...	148.027	87.326	89	1,0	153
Territ. Rio Branco	252.035	13.756	32	2,3	27
Territ. Guaporé ..	250.927	24.918	53	2,1	29
Territ. Amapá	143.716	23.406	0	0	73
Amazonas	1.508.533	410.415	683	1,7	614
Pará	1.219.250	932.975	1.441	1,5	1.411
Maranhão	346.217	1.242.721	275	2,0	3.050
Piauí	245.582	826.320	397	0,5	1.388
Ceará	148.591	2.101.325	780	0,4	4.927
R. G. do Norte ...	52.411	774.464	373	0,5	1.700
Paraíba	55.920	1.432.618	779	0,5	3.041
Pernambuco	99.254	2.694.616	2.991	1,1	4.628
Alagoas	28.571	957.628	743	0,8	1.879
Sergipe	21.552	545.962	546	1,0	966
Bahia	529.379	3.938.909	2.064	0,5	8.518
Espírito Santo ...	42.846	758.535	594	0,8	1.416
Rio de Janeiro ...	42.404	1.862.900	2.651	1,4	2.363
Distrito Federal ..	1.167	1.781.567	9.546	5,3	2.921
São Paulo	247.239	7.239.711	15.582	2,1	5.813
Paraná	152.668	1.207.474	2.076	1,6	1.299
Santa Catarina ..	80.205	1.140.178	2.275	2,0	692
Territ. Iguaçu ...	61.631	85.263	33	0,4	204
R. G. do Sul	272.179	3.350.120	9.655	2,9	Excedente
Mato Grosso	1.030.756	336.313	779	2,5	200
Territ. Ponta Porã	99.141	87.354	68	0,8	232
Goiás	661.140	832.869	211	0,2	1.993
Minas Gerais	583.804	6.798.647	9.556	1,4	7.970
	8.327.145	41.482.290	64.272	0/00	57.957

NOTA - O total de leitos a construir, 57.957, compreende a soma do número de leitos que faltam, em cada Estado, para atingir, na Capital, 5 por mil habitantes e, nos municípios, 2, 5 ou 25 por dez mil habitantes.

PLANO DA REDE NACIONAL DE HOSPITAIS

SUGESTÕES PARA FINANCIAMENTO POR PARTE DA UNIÃO

- 1 – Os primeiros hospitais, mais de trinta, em construção em vários Estados, cujos projetos foram estudados á base do hospital padrão-progressivo-flexível da D. O. H., demonstram a exequibilidade de um plano de cooperação financeira federal para o aprestamento da rêde nacional de hospitais gerais ou regionais.
- 2 – O custo do leito-construção, incluídas instalações, está em média Cr\$ 25.000,00 a Cr\$ 30.000,00 para hospitais até 60 leitos; e o equipamento mínimo indispensável para funcionamento está avaliado em Cr\$ 10.000,00 ou Cr\$ 15.000,00 por leito nos hospitais até 64 leitos. Ora, há conveniência em que os hospitais gerais-regionais tenham um mínimo de 150 leitos, assim o custo do "leito-construção-instalação-equipamento" ou "leito para, funcionar" poderá ser menor. Tomamos por base o custo do leito para funcionamento Cr\$ 35.000,00 para êsse tipo de hospital-regional, no interior do país.
- 3 – Sabendo-se, que do total de leitos a construir e a aumentar a maior parte será em prédios novos, mas em certo número de hospitais, êsses leitos constituirão acréscimos e reformas casos em que o leito a ampliar ou modernizar será de menor custo, mais uma vez se justifica a adoção do promédio de Cr\$ 30.000,00 por leito, como mínimo para base de cálculo. Assim, 57.957 leitos a razão de Cr\$ 30.000,00 a igual a Cr\$ 1.738.710,00 (um bilhão setecentos e trinta e oito milhões setecentos e dez mil cruzeiros), total necessário para o aparelhamento também mínimo da assistência hospitalar em todo o Brasil. Haverá uma compensação para o Estado do Rio Grande do Sul, onde o número de hospitais militares é avultado, o que exclui aquele Estado, porque atingiu 2,5 leitos por mil habitantes. Na realidade, não representa a verdade com relação aos núcleos da população civil, por isso a exclusão não se justifica.
- 4 – Considerando que a União assumiria o compromisso da contribuição de um têrço do total necessário, ficando os dois têrços restantes a serem cobertos pelos fundos e patrimônios, donati-

vos e doações diversas, contribuição do Estado ou Território, Município, Institutos, Caixas, etc., vemos que fica atenuado o onus do Govêrno Federal, reduzido à têtça parte do total citado, passando a ser Cr\$ 579.570.000,00, ou arredondando, 580 milhões de cruzeiros.

- 5 - De acordo com a proposta dêste Plano serão aplicados no primeiro ano, 1948, Cr\$ 58.000.000,00 (58 milhões de cruzeiros ou 1 décimo); em 1949 - Cr\$ 116 milhões; em 1950 - Cr\$ 174 milhões; e 1951 - Cr\$ 232 milhões.
- 6 - Essas importâncias constituirão um fundo em depósito de Banco à disposição do Ministério ou da Comissão que for nomeada para superintender a aplicação da contribuição financeira da União.
- 7 - Cada Estado ou Território receberá uma quota na proporção e correspondente ao número de leitos de que cada um carece.

DEMONSTRAÇÃO DO PROCESSO ADOTADO PELA D. O. H. PARA ESTUDO PORMENORIZADO DE TODO O TERRITÓRIO NACIONAL COM O FIM DA DISTRIBUIÇÃO CONVENIENTE DOS LEITOS, E DE QUE RESULTOU O QUADRO: "NÚMERO DE LEITOS A CONSTRUIR OU A AUMENTAR" - ASSIM SE FEZ O CALCULO PARA TODOS OS ESTADOS, TERRITÓRIOS E MUNICÍPIOS -

(TRABALHO INÉDITO)

PLANO DA RÊDE NACIONAL DE HOSPITAIS REGIONAIS
TERRITÓRIO DO ACRE

Superfície	148.027
População	81.326
Plano: 5 leitos por mil habitantes	404
Leitos existentes	89
Leitos a construir	315
Soma	404

Realizar 50 0/0 do plano geral ou 2,5 0/00, isto é, 25 leitos por 10.000 habitantes	202
Leitos a completar na Capital na base de 5 0/00	40
Soma	242

Leitos existentes (deduzir)

LEITOS A CONSTRUIR NO TERRITÓRIO

a) CAPITAL

5 leitos por 1.000 habitantes	80
Leitos existentes	37
Leitos a construir	43

b) MUNICÍPIOS

25 leitos por 10.000 habitantes	162
Leitos existentes	52
Leitos a construir	110

c) A CONSTRUIR NO TERRITÓRIO: 110 mais 43 = 153

PLANO DA RÊDE NACIONAL DE HOSPITAIS REGIONAIS TERRITÓRIO DO ACRE

DISTRITOS OU REGIÕES HOSPITALARES

Distrito da Capital – RIO BRANCO

Superfície	34.339
População	16.264
LEITOS: 5 por mil habitantes	80
Existentes	37
A construir	43
Soma	80

Primeiro Distrito – BRASÍLIA, CRUZEIRO DO SUL, FEIJÓ, SEABRA, SENA MADUREIRA E XAPURÍ

Superfície	113.688
População	65.062
LEITOS: 2,5 por 1.000 habitantes	162
Existentes	52
A construir	110
Soma	162

MUNICÍPIO	SUPER- FÍCIE	POPU- LAÇÃO	NÚMERO DE LEITOS			
			5 p/mil habitan- tes	Realizar 50 %	Existen- tes	A Cons- truir
Brasília	10.235	7.102	35	17	8	9
Cruzeiro do Sul	29.770	17.907	90	45	10	35
Feijó	16.218	8.328	40	20	—	20
RIO BRANCO	34.339	16.264	80	40	37	3
Seabra	19.141	10.188	50	25	10	15
Sena Madureira	29.453	12.831	65	32	8	24
Xapurí	8.871	8.706	45	22	16	6
	148.027	81.326	405	201	89	112

PLANEJAMENTO E CONSTRUÇÃO DE HOSPITAIS

HOSPITAL GERAL

PLANO PADRÃO PROGRESSIVO
De 25 a 250 leitos-modêlo criado pela D. O. H.

De acôrdo com a norma vencedora da moderna organização hospitalar, antes do projeto para a construção de um hospital, é mister estudar o plano geral ou programa, trabalho que será confiado a um consultor ou técnico especializado em Organização Hospitalar. Em seguida é escolhido o arquiteto. A D.O.H. preparou um questionário para êsse fim, que é um guia da inspeção prévia, da localidade e terrenos. Mantém o M.E.S. curso oficial, anual, para especialização e aperfeiçoamento sôbre Organização e Administração Hospitalar. As plantas do “plano padrão” servirão para orientar o projeto segundo as exigências e sistematização do Hospital Moderno.

O novo hospital poderá ser construído por etapas, com possibilidade de ampliações futuras até 300 leitos ou mais, acrescentando-se novos blocos ou unidades. Êste “Padrão” estudado pela D.O.H. será adaptado para casa caso, em aprêço.

O edifício será de 1 ou 2 pavimentos em regra, podendo ter 3 andares ou mais. O hospital-mínimo será de um só pavimento.

O andar subterreo ficará abaixo do nível do terreno 1 metro a 1,50 metro na parte correspondente ao bloco da frente da administração, aproveitando-se o material do desmonte para facilitar o nivelamento em tôrno do prédio. A construção dispensará a estrutura do concreto armado, até 2 pavimentos. Planejada sob a concepção mais moderna, a obra não requer o aparelhamento caro e despendioso de elevadores, sendo o acesso nos pavimentos superiores feito por meio de rampas de declividade suave, que permitem a circulação de pedestres e de carros, seja para a condução de doentes, seja dos outros serviços. Essas rampas se acham num grande “hall”, onde haverá vitrais alusivos, e terão além disso, certo efeito estético, com piso especial e corrimão de cano de ferro galvanizados, de material cerâmico ou de metal inoxidável. Além das rampas, haverá pequenas escadas para acesso rápido, como está indicado nas plantas. A diferença de nivelamento entre a ala da frente e o corpo do edifício, como se vê no corte longitudinal, permite a disposição original do plano em que cada rampa dando acesso a outro pavimento e sob penas 1,60 m.

44 CONCEITOS BASICOS E PLANEJAMENTO DA MODERNA ASSIST. HOSP.

O grande "hall" central facilitará a circulação geral á maior eficiência, portanto, dos serviços. O edificio tem 3 entradas diferentes.

- a) Para doentes; ambulatórios e ambulâncias.
- b) Para médicos, administração e visitantes;
- c) Para pessoal do serviço.

Pavimento Térreo: – O pavimento térreo se compõe de alas, além da parte central ou posterior, para cozinha e dependências, caldeiras, instalação de calor e frio, alojamento e outros serviços e refeitórios. As alas direita e esquerda são destinadas á entrada dos doentes, enfermarias, ambulatórios, etc. A pequena cirurgia, farmácia, laboratório clínico e Fisioterapia, serão nessas alas ou na parte mais central; e junto ao "hall", o Fichário Central e Serviço Social.

Aos ambulatórios se denomina hoje de doentes externos.

Na frente, em nível intermediário entre o térreo e o pavimento superior aos fundos está a entrada principal; Diretoria e Administração: Portaria e Informações, Gabinete do Diretor, Secretaria, Fichário Médico, Sala de Visitas, Biblioteca e Sala de Médicos. Todas as seções tem sua conveniente instalação sanitária e vestiários com separação de sexos. No Hospital Mínimo pode-se deixar de construir o bloco da Administração e será essa seção e ambulatórios localizados no "hall", que mais tarde será ocupado pelas rampas, quando se quiser pôr outros andares ou mais.

Segundo Pavimento: – Ao centro, as rampas, dada a diferença do nível referido, entre a parte da frente (Administração) em relação aos dois pavimentos, foi aproveitado, engenhosamente, êsse desnível de modo que os lances das rampas não sobem mais do que a metade da altura do pé direito (1,60 m) de cada pavimento, para se chegar de um andar a outro. O grupo cirúrgico ocupa a frente ou parte posterior para obedecer a orientação solar, no segundo pavimento, com duas salas de operação, tipo "asepticas". No andar do Ambulatório está, previsto sala de cirurgia de urgência e de pequenas operações. Ala direita: Enfermarias ou apartamentos, semi-particulares ou quartos. No fim das alas laterais estão localizados os solários, que serão mudados para os extremos com a ampliação futura e suas áreas transformadas em salão para doentes. As Enfermarias são de pequena lotação cada peça, a fim de permitir maior número de serviços clínicos especializados.

Enfermarias de 4, 6 e até 8 leitos, permitem distribuição também de acôrdo com a idade, sexo e gravidade dos casos. Ai serão locadas as seções independentes de "Contribuintes", da classe A, B e classe C conforme o preço das diárias. O hospital moderno deve receber doentes contribuintes. Deve ter rendas, mesmo os de finalidade filantrópica ou de caridade, até um terço da sua lotação total.

Terceiro Pavimento: – Se fôr construído ocupará também o centro do prédio; clausura de religiosas ou simples residências se a Administração fôr leiga. Ai se encontram, além disso, capela e salão para reuniões. Poderá êsse conjunto ser localizado no corpo central, no pavimento superior. O alojamento das enfermeiras e auxiliares será em seção anexa às enfermarias ou em quartos no andar térreo.

Se administrarem Irmãs ou religiosas seria conveniente destinar uma acomodação mais ampla, em futuro, numa das alas de ampliação aos fundos da ala posterior. Com as ampliações previstas, o hospital tomará as formas das letras: I, L, U, Z, T, H, e E, podendo ser começado com 25 leitos e ir até 250 leitos apenas com dois pavimentos.

O padrão permite ainda maior número de leitos. Em cada pavimento há salas para, Estação de Enfermarias, Copas, Sala de curativos, Depósitos, etc.

Sendo o modelo D.O.H. um padrão progressivo e flexível com dezenas de plantas diversas, estudadas para todos os serviços hospitalares, administrativos e clínicos, cada hospital será diferente, sendo entretanto o mesmo, maior ou menor. É êste o nosso padrão.

Não é cópia, nem adaptação de qualquer modelo.

★ *Impresso na* ★
EMPRESA GRÁFICA DA
"REVISTA DOS TRIBUNAIS" LTDA.
★ São Paulo ★