

M. S.

História e
Evolução
dos
Hospitais

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

HISTÓRIA
E
EVOLUÇÃO
DOS
HOSPITAIS

Rio de Janeiro, 1944.
Reedição de 1965.

Capítulo 1

HOSPITAL – ESBÔÇO HISTÓRICO

“A individualidade mais importante do hospital não é o seu diretor, nem o contribuinte, nem o médico, nem a enfermeira, nem o secretário; a individualidade mais importante do hospital é, sem dúvida, o enfermo”.

GOLDWATER.

*AOS DIRETORES, CHEFES, TÉCNICOS, A TODOS OS PROFISSIONAIS DA
ADMINISTRAÇÃO DE INSTITUIÇÕES HOSPITALARES E DE ASSISTÊNCIA
SOCIAL*

Com a presente edição desejamos iniciar a publicação de uma série de livros e folhetos, instruções e sugestões, sobre assuntos técnicos e práticos, referentes à organização e administração hospitalares e para-hospitalares, com o fim de levar a todos os recantos do Brasil, igualmente, o conhecimento atualizado, e o mais completo possível, acerca de uma nova especialidade e da sua plena adoção entre nós.

Esta contribuição constitui o seguimento natural do primeiro Curso de Organização e de Administração Hospitalares, que acabamos de encerrar a 2 do corrente, com excelente êxito, tendo sido conferido o certificado de especialização a vinte e cinco médicos que são assim os primeiros especialistas formados oficialmente, na América do Sul.

O conceito do hospital moderno, designação que resume individualizando, uma nova orientação sistematizada, alcançou, com efeito, em outros países, e particularmente nos Estados Unidos, os foros de uma especialidade definida, e já hoje de consagrado prestígio.

Compreendendo desde a formação do especialista, o planejamento das edificações e instalações, a seleção do equipamento, as normas da organização e de funcionamento, o regime econômico-financeiro, a assistência social, jurídica, cultural, religiosa e recreacional, o estudo da padronização em geral, a legislação específica, a cooperação profissional e associativa ou de classes; abrangendo, desta sorte, todo o domínio da assistência médico-social na comunidade, tanto para doentes, e de tôdas as classes, como para indigentes, e desajustados sociais, eis, em sùmula, todo um programa, que é também a própria finalidade da Divisão de Organização Hospitalar, órgão federal especializado de coordenação, cooperação, orientação e contrôle das atividades dêste setor, no serviço permanente da organização nacional.

Prevaleceu na denominação do serviço oficial, a designação “hospitalar”, porquanto é o hospital o problema por excelência, e de preferência, nesta primeira fase; sendo o nosso objetivo máximo contribuir para a criação de uma ampla rêde de instituições hospitalares, convenientemente

construídas e aparelhadas, e uniformemente, por todo o território nacional, permitindo, tanto quanto possível, a distribuição dos necessários cuidados médicos e referidas assistências, com a íntima colaboração das instituições particulares e governamentais.

Inclui a longa e árdua tarefa por nós assumida a determinação de promover, criar, ampliar, melhorar, modernizar, com tôda a cooperação possível, não só os hospitais, como as entidades para-hospitalares, desde as clínicas e as policlínicas isoladas, dispensários e ambulatórios, as estâncias de cura até aos asilos, os abrigos e os albergues.

Com êste plano no que concerne à assistência médico-social, completam-se, nas cidades e na zona rural, os serviços de saúde da União, do Estado, e do Município, existentes ou em projeto.

Esta primeira publicação, atendendo à ordem cronológica dos assuntos, encerra, outrossim, uma primazia de propósito conferida do Autor, como homenagem pela sua já longa e valiosa contribuição no domínio médico-hospitalar, entre os raros especialistas que já possuímos da Organização e Administração Hospitalares.

Traçando com erudição de paciente e ilustrado pesquisador, que é, a história das instituições médico-sociais, desde a origem mais remota, o Autor nos oferece, de algum modo, e paralelamente, um interessante esboço da própria evolução da Medicina e da Cirurgia, e suas especialidades.

Apresentada, assim, a obra, excusado seria dizer que é o Professor Ernesto de Souza Campos, médico e engenheiro, cujo nome de cientista, microbiologista, se acha ligado também à criação e autoria do plano da modelar Faculdade de Medicina de S. Paulo, de que é catedrático, autor igualmente de alguns dos mais modernos estudos e projetos de hospitais de São Paulo, Pôrto Alegre, Salvador da Bahia, Belo Horizonte e alhures.

Que a nova série de publicações, que ora se inicia com um tão distinto patrocínio, cresça e frutifique em prol do nosso desideratum técnico, humanitário e patriótico, para a vitória da campanha por nós empenhada há mais de dois anos de constantes esforços, após três lustros de prática pessoal na especialidade.

Divisão de Organização Hospitalar, dezembro de 1943.

THEÓPHILO DE ALMEIDA
Diretor

PROÊMIO

Êste trabalho foi escrito durante o tempo de exercicio do autor na “Comissão do Plano da Universidade do Brasil”, em seguimento a outros três livros já publicados sob os títulos de Estudos sôbre o Problema Universitário”, “Educação Superior no Brasil”, e “Instituições Culturais do Brasil”, os dois últimos editados pelo Ministério da Educação e Saúde.

Como nos trabalhos anteriores, teve o A. a intenção de focalizar um problema nacional, como é o hospitalar, na hora atual. É incontestável que, nesta última década, entramos em um período de renovação hospitalar. Nossos velhos hospitais sob o impulso desta corrente progressista e modernizadora que se vai avolumando nos últimos tempos, vão sendo gradualmente substituídos por outras instalações, algumas verdadeiramente modelares, sob o ponto de vista da sua construção e equipamento. Novos edifícios, em projeto, em construção, ou concluídos, sob linhas de regular ou perfeito ajustamento técnico, oferecem um quadro animador. Algumas vêzes, porém, os projetos são mal conduzidos, indicando ou falta de literatura específica ou que a questão ainda não foi considerada com a importância que merece ter, pois, é impossível adaptar um bom conteúdo em um mau continente.

Por outro lado é preciso ponderar que, havendo já em nosso meio algumas instalações materiais de bom potencial, apresentamos grande deficiência quanto ao funcionamento dessas organizações, à luz da técnica hospitalar moderna. A leitura das mais recentes publicações sôbre a moderna organização hospitalar mostra à evidência, quanto temos ainda que trabalhar para nos aproximarmos da eficiência dos grandes hospitais da nossa época.

O A. desta obra, não obstante considerar-se o menos autorizado entre os que se puseram à frente desta salutar campanha, julgou do seu dever trazer esta modesta contribuição, fruto da sua pequena experiência, neste campo da assistência médico-social.

Na confecção dêste trabalho algumas citações foram traduzidas, outras conservadas no original, conforme o critério do relêvo a ser assinalado em cada caso.

O A. procurou ser exato no tratamento do assunto. Além dos livros e artigos publicados que teve a oportunidade de compulsar, empreendeu pesquisas, em outras fontes, na rica coleção de manuscritos do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, da Biblioteca Nacional e do Arquivo Nacional. Examinou também, quanto possível, o arquivo de algumas das nossas Misericórdias.

O A. agradece especialmente ao Exmo. Sr. Ministro da Educação, Dr. Gustavo Capanema, a oportunidade que lhe deu para escrever e publicar êstes estudos e os outros acima mencionados.

Ernesto de Souza Campos.

CAPÍTULO PRIMEIRO

BREVE NOTÍCIA HISTÓRICA SÔBRE OS HOSPITAIS EM GERAL

A palavra hospital é de raiz latina (Hospitalis) e de origem relativamente recente. Vem de *hospes* – hóspedes, porque antigamente nessas casas de assistência eram recebidos peregrinos, pobres e enfermos. O termo hospital tem hoje a mesma acepção de *nosocomium*, de fonte grega, cuja significação é – tratar os doentes – como *nosodochium* quer dizer – receber os doentes. Outros vocábulos constituíram-se para corresponder aos vários aspectos da obra de assistência: *ptochodochium*, *ptochotrophium*, asilo para os pobres; *poedotrophium*, asilo para as crianças; *orphanotrophium*, orfanato; *gynetrophium*, hospital para mulheres; *zenodochium*, *xenotrophium*, refúgio para viajantes e estrangeiros; *gerontokomium*, asilo para velhos; *arginaria*, para os incuráveis.

Hospitium era chamado o lugar em que se recebiam hóspedes. Dêste vocábulo derivou-se o termo hospício. A palavra *hospício* foi consagrada especialmente para indicar os estabelecimentos ocupados permanentemente por enfermos pobres, incuráveis e insanos. Sob o nome de *hospital* ficaram designadas as casas reservadas para tratamento temporário dos enfermos. *Hotel* é o termo empregado com a acepção bem conhecida e universal.

No concílio de Orleans, ocorrido em 549, o Hôtel Dieu de Lyon, criado em 542, por *Childebert*, foi designado sob o nome de *xenodochium*. Era destinado a receber pobres, órfãos e peregrinos. Vários “hospitais” para escolares e peregrinos foram criados em Paris – o hospital dos escolares de São Nicolau do Louvre, em 1187; o hospital do Santo Sepulcro, em 1326, para receber peregrinos de Jerusalém; o hospital de Santa Catarina, para abrigar apenas por três dias os desocupados. O termo hospital era, pois, impreciso, nesta época, em relação ao conceito atual.

O hospital tem sua origem em época muito anterior à era cristã, não obstante a opinião de autores que se têm esforçado para demonstrar o contrário. Não há dúvida, porém, que o cristianismo impulsionou e desvendou novos horizontes aos serviços de assistência, sob as mais variadas formas.

ROUBAUD procurou estabelecer provas em favor da origem cristã dos hospitais. O Larousse do Século XX, erradamente, assinala o primeiro hospital como tendo sua origem no fim do século IV com o hospital de São Basílio fundado em 368. Os templos de Saturno considerados como primórdios da escola médica existiram muitos séculos antes de Cristo. Segundo MAC EACHERN, tais templos caracterizaram os hospitais egípcios.

O Larousse do século XX cita e apresenta a estampa de um templo de Saturno, situado no Forum romano. Sua origem dataria dos tempos de Tullus Hostilius ou de Lucius Tarquinius. Tudo isso é muito confuso pois Hostilius morreu no ano 630 A.C. e Tarquínio – o Soberbo – em 44 A.C. O templo citado não teve, entretanto, finalidade hospitalar.

NA BABILÔNIA, a prática da medicina começou no mercado. Pode-se dizer que o mercado foi o hospital daquela época. Segundo HERÓDOTO, o grande historiador de Halicarnassus (Livro I-197):

“Os doentes eram conduzidos ao mercado, porque não existiam médicos. Os que passavam pelo doente interpelavam-no com o intuito de verificar se eles próprios tinham sofrido o mesmo mal ou sabiam de outros que tivessem tido. Podiam assim propor o tratamento que lhes fôra eficaz ou eficaz na cura de pessoas de suas relações. E não era permitido passar pelo doente em silêncio. Todos deviam indagar a causa da sua moléstia.”

Não é verídica a primeira asserção de HERÓDOTO negando a existência de médicos naqueles tempos primitivos, nem é exata a afirmativa que gozavam os sacerdotes das duas grandes ordens dos salmistas e mágicos e dos profetas ou adivinhadores. Mas no último período da história assírio-babilônica começaram a tomar corpo os estudos médicos. Versaram principalmente sobre preparados vegetais e minerais sobre antídotos contra venenos de serpente e escorpiões e sobre tratamentos diversos em que o “encantamento” era tido em grande conta. A profissão médica foi, destarte, estabelecida naquela região do globo. Segundo GARRISSON (Código Hammurabi – 2.250 A.C.), a remuneração dos médicos estaria mesmo cuidadosamente regulamentada por lei, em certa época daquela civilização. A abertura de um abcesso no olho com lanceta de bronze, por exemplo, custava 10 “shekels” de prata para os ricos, 2 a 5 para os pobres. Se o paciente falecia ou perdia o órgão visual era o operador severamente castigado: tinha sua mão cortada, no caso do cliente rico e, no caso de um escravo, era obrigado a dar-lhe substituto quando morria ou metade do valor da operação, ocorrendo a inutilização do olho.

Os médicos assírio-babilônicos exerceram sua atividade até no Egito, onde eram chamados para consulta. Existiam especialistas e a remuneração era farta. Conhecem-se os nomes de alguns entre os que exerceram a profissão no primeiro milenário antes de Jesus Cristo.

Arad Nanâ, médico de Asarhaddon (681-669 A.C.), deixou escrita a história do tratamento ocular de um pequeno príncipe:

“Arad Nanâ ao rei meu senhor. Arad Nanâ é teu servidor; mil e mil votos pelo rei meu senhor. Possam o deus Ninourta e a deusa Goula trazer felicidade e saúde ao rei meu senhor. Mil votos para a criança cuja olho está doente. Eu coloquei um penso sobre o seu rosto. Ontem, à tarde, retirei o penso e também a compressa que estava em baixo. Havia sangue ou pus no penso apenas do tamanho da extremidade do dedo mínimo. Qualquer que seja o deus, entre os teus, responsável pela melhora, sua ordem foi bem executada. Mil votos. Que o coração do rei meu senhor esteja apaziguado. Em 7 ou 8 dias o doente ficará bom”.

Textos médicos ou para médicos dos tempos assírio-babilônios, os mais remotos da história da medicina, oferecem documentos sobre a atividade médica na Mesopotâmia, desde três mil anos antes da era cristã. Consistem de peças de argila sobre os quais foram traçados, com estilete, sinais cuneiformes da escritura assíria.

A maior parte, conservada no Museu Britânico, é oriunda da biblioteca do palácio de NINIVE e foi reunida pelo rei ASSUBANIPAL (668-625 A.C.).

Missões americanas e alemãs encontraram grande número desses preciosos documentos.

Mais de um milhar dessas peças completas ou fragmentadas descrevem casos clínicos e terapêuticos ou estabelecem prognósticos. Encontram-se prescrições, formulários e até tratados, compostos de várias peças. Algumas datam de dois mil anos antes da nossa era. Receitas simples ou mais complexas indicam sobretudo a purificação por meios físicos e o encantamento.

* * *

O sacrifício de animais (cabrito) estava em voga já nessa época.

Não pretende este trabalho traçar a história da medicina e sim esboçar, muito sumariamente, as origens dos hospitais. As referências históricas que não se enquadrem perfeitamente neste programa visam apenas entrosar aspectos interessantes dos estudos e do exercício profissional com a história particular das organizações nosocomiais.

* * *

A história da medicina tem suas origens em época bem mais remota que a dos hospitais. O homem preocupado, a princípio, apenas com o bem estar de sua família, foi obrigado, com o correr dos tempos e para sua própria defesa, a se interessar pela saúde dos seus semelhantes, quando o aumento da população e a intensificação do tráfego demonstraram a necessidade de proteção coletiva.

Com o progresso da civilização e o desenvolvimento das religiões, principalmente a cristã, êste movimento foi tomando corpo até atingir, em curva de ascensão rápida, a culminância dos tempos atuais em que se multiplicam, sob as mais variadas formas, os serviços de assistência social, pública e privada.

Em duas das mais antigas civilizações encontramos as raízes mais remotas das instituições hospitalares – as do Egito e da Índia.

NO EGITO o hospital foi representado pelo templo de Saturno já mencionado. Ao tempo da fundação de Alexandria, com sua universidade e biblioteca, seu intercâmbio com a Grécia, existiram os templos de Serapis e Isis-Serapieia e Isieria, segundo o modelo das Asclepieia gregas. Herophilus e Erisitrastus foram os dois grandes anatomistas do Egito. Criaram os processos de dissecação e fizeram notáveis verificações como as das relações dos nervos com o cérebro e medula espinhal, a do 4.º ventrículo, do “calamus scriptoris”, da retina, etc.

O médico era tido em alta conta no Egito. Na Odisséia (Livro IV-182) HOMERO assinala que êles excediam a todos os homens.

“De fono Egípcia espôsa, cuja terra
Os reproduz saudáveis ou nocivos
E onde o médico excede os homens todos
E de Peon descende. Helena exclama,
Preparada a poção: “De heróis procedem,
Sim, divo Menelao; mas poderoso
Dispensa o Eterno as máguas e os prazeres.
Discursando o festim saboreemos;”

A especialização era notável, no dizer de HERÓDOTO:

“a medicina no Egito está subdividida de modo que cada médico cura apenas uma enfermidade; o país está repleto de médicos dos quais uns são médicos dos olhos, outros da cabeça, outros dos dentes, outros do abdome e outros também (sic) para as moléstias invisíveis”.

Durante a guerra e as viagens no interior os doentes eram tratados gratuitamente por médicos mantidos pelo Estado. A concepção hepática assírio-babilonesca situando no fígado a sede da circulação, atribuindo-lhe a máxima importância vital, foi substituída, entre os egípcios, pela concepção pneumática em que a respiração ocupava o primeiro posto, bem que soubessem ser o coração o órgão circulatório central.

Conheciam os egípcios os métodos propedêuticos de inspeção, palpação e até de auscultação, pois no “papyrus” de EBERS há a seguinte referência: “o ouvido sente aqui em baixo”... Os papiros descobertos em várias épocas trouxeram excelentes conhecimentos sobre a medicina dos tempos antigos.

O mais famoso desses preciosos documentos é o chamado "papiro de Ebers", datado de 1550 antes de Cristo. Pertence à biblioteca de Leipzig. Compõe-se de 108 páginas com 25 linhas em média, cada uma e 875 prescrições sobre afecções viscerais, oculares, ginecológicas, verminosas.

O papiro adquirido pelo egiptólogo americano EDWIN SMITH é o mais antigo, pois é retrçado até 3.000 anos antes de Cristo. Entre outros papiros conhecidos podem ser mencionados: o *Hearst*, descoberto pela expedição americana da Califórnia; o *Koboun*, encontrado por F. PETRI, o de Londres pertencente ao Museu Britânico; o *Brugsb*, de Berlim; o *Harris*, o *Leyden*.

Os médicos egípcios formavam casta perfeitamente organizada, cabendo-lhes títulos sacerdotais. Possuíam as escolas médicas de Sais e de Osiris, esta última, em Heliópolis.

Ao chefe da escola de Sais, cujas origens recuam até 4.000 anos antes de Cristo, cabiam os títulos de "maior dos médicos" e sacerdote supremo da deusa Neith. A escola de Osiris possuía um sanatório dirigido por um clínico que ostentava o título de "grão vidente".

As escolas funcionavam junto aos templos, mas parece que eram administrativamente independentes. (CASTIGLIONE).

A medicina egípcia acompanhou a decadência da ciência e das artes que se sucedeu ao domínio persa, como ocorreu, também, com a civilização assírio-babilônica sob a invasão das hordas bárbaras no VII século antes da nossa era.

A medicina JUDAICA sofreu a influência da assírio-babilônica. Ao conceito teúrgico com muitas divindades responsáveis pelos casos clínicos sucedia, porém, a teocracia monoteísta israelita, firmada na mística de purificação (higiene), com todo o ritual de preservação de certos alimentos, do banho das mulheres e da circuncisão cuja origem, aliás, se perde na noite dos tempos.

Como a medicina dos hebreus nos é conhecida pela *bíblia* e pelo *talmude*, a do Iran chegou aos tempos modernos pelos antigos livros do *Zendavesta*.

Os mais remotos documentos literários da ÍNDIA são os textos médicos, em sânscrito, tais como o *Rig Veda*, com seus hinos litúrgicos (1500 A.C.) e o *Atharva Veda*. Do mesmo modo que entre os outros povos antigos, continuava-se, na Índia, a prática da medicina teúrgica dos milagres e encantamentos contra os demônios causadores das moléstias. Progrediu, porém, a cirurgia. O elemento característico da arte médica da época foi mesmo a cirurgia, como, entre os israelitas, a higiene. No exercício da prática cirúrgica o profissional indú revestia-se de cuidados higiênicos, tomando um banho diário, usando roupas brancas aparando as unhas e cabelos.

Não conheciam os indús a ligadura dos vasos, mas eram exímios em numerosos processos operatórios, como os de amputação, excisão de tumores, remoção de hérnias, extração de catarata, cirurgia plástica etc. Disponha de mais de uma centena de instrumentos cirúrgicos.

Considerável foi a influência do budismo na propagação das instituições hospitalares.

O príncipe Gautama, seu fundador, construiu hospitais e nomeou um médico para cada dez cidades. Seu filho Upatise seguiu-lhe as pègadas. É o que consta da literatura indú, segundo MAC EACHERN.

VITOR ROBINSON refere-se aos bens equiparados hospitais da Índia budista. Relata êste autor que na Pali, narrativa conhecida como Maharansa, a grande crônica de mil anos da história de Ceilão, é relatado o seguinte episódio: Dutha Gamani, sentindo que os seus dias na terra estavam por findar (161 A.C.), pediu que fôsem lidos, perante êle, os documentos dos fatos de seu reinado. As últimas palavras que o rei ouviu foram as seguintes:

"Eu tenho mantido em diferentes lugares hospitais providos de dieta conveniente e de medicamentos, para os enfermos, preparados por médicos".

Em um trabalho do professor LUIZ DE REZENDE PUECH (A hospitalização através dos tempos) encontra-se uma referência aos hospitais anexos aos mosteiros budistas no ano 543 A.C.

O mesmo A. cita 18 hospitais, em Ceilão, mantidos pelo rei Gamari em 61 A.C.

No opúsculo de REZENDE PUECH é mencionada a construção de vários hospitais pelo rei Budhadara em 341 A.C., assim como a visita de Khorsóes à Índia, em 500 A.C. Estudando a medicina budista, trouxe Khorsóes plantas medicinais e drogas, fundando uma escola médica e hospitais.

Segundo GARRISON, o Ceilão possuiu hospitais nos anos de 437 e 137 antes de Cristo. O mesmo autor relata a existência de uma inscrição, em uma rocha na Índia, assinalando a criação de hospitais pelo rei *Asoka*, cêrca de 226 anos antes de Cristo. Realmente a história nos conta que *Asoka*, integrado no budismo, como membro da Ordem, mandou gravar inscrições realçando os ensinamentos de SIDDHATTHA GAUTAMA. Trinta e cinco dessas inscrições persistem até hoje (H. G. WELLS).

Para WELLS, *Asoka* foi o maior dos reis:

"Amidst the ten of thousands of monarchs that crowd the columns of history their magesties and graciousnesses and erenities and royal highenesses and the like, the name of *Asoka* shines almost alone, a star".

Asoka, impressionado pelos horrores e crueldades da guerra, verificados em uma por êle desencadeada (Kalinga – 255 A.C.), e da qual foi vencedor, deliberou orientar suas novas conquistas nos domínios do bem e da religião. Influenciado pelo budismo, devotou-se ao empreendimento de obras que o conduzissem a Nirvana.

Ocupou-se de atos de caridade, fundou hospitais, cavou poços, criou jardins públicos, plantou árvores de sombra, estabeleceu hortos para cultivo de plantas medicinais, educou as mulheres, intentou a educação de todo o seu povo, dentro de um ponto de vista comum em relação aos fins e meios da vida, etc.

Diz WELLS:

"Tivesse Asoka um Aristóteles para inspirá-lo e daria, sem dúvida, um grande desenvolvimento às investigações científicas".

MAC EACHERN, no seu livro "Hospital Organization and Management", refere que eram 18 as instituições construídas pelo rei Asoka em 226 A.C.:

"The most outstanding of the early east India Hospitals were 18 institutions build by king Asoka about 226 A.C. They are historically significant because they possessed characteristics similar to those of the modern hospital. The attendants were ordered to give gentle care to the sick, to furnish them with fresh fruits and vegetable, to prepare medicine, to give massage, and to keep their own persons clean".

Não houve oportunidade de encontrar documentação sobre a existência dos primitivos hospitais da CHINA. Apesar dos seus numerosos tratados e enciclopédias escritas nos períodos das dinastias Chow (1122 A.C.), Ming, Ching, a medicina esteve na China em grande atraso.

A saúde para os médicos chineses dependeria do perfeito equilíbrio entre dois fatores polares opostos: um princípio masculino positivo (yang) céu, luz, força, calor, etc. e outro feminino negativo (yin) (lua, terra, obscuridade, debilidade, frio, etc.).

Existiriam, no organismo humano cinco órgãos e cinco vísceras. Os cinco órgãos regulariam tôdas as atividades do corpo humano: o fígado armazenaria o sangue que conteria a alma; o braço, a nutrição responsável pelo pensamento; o coração, o pulso, o espírito; o pulmão, a respiração, a energia; o rim, o princípio germinativo.

As cinco vísceras seriam o estômago, o intestino delgado, o intestino grosso, o uréter, a bexiga.

Êsses órgãos e vísceras obedeceriam a uma hierarquia fisiológica na qual o coração desempenharia o papel de rei, o fígado o de general, etc., sendo todos, aliás, aparentados entre si; o coração seria filho do fígado, pai do estômago, amigo do baço e inimigo do rim.

Com seu proverbial caráter de minúcia, determinariam os chineses 10.000 variedades de febres e 14 de disenterias. Davam grande importância ao exame do pulso e da língua dos seus clientes.

Na sua terapêutica, muito complicada, empregavam, como outros povos antigos, escrementos diversos. Em tratados médicos lusitanos de data remota, encontram-se receitas em que escrementos entravam na composição do receituário. Entretanto, eram avançados os conhecimentos farmacológicos dos chineses, como se deduz de uma obra escrita no século XVI e composta de 152 volumes – o *Pen Ts'ao Kang Mu*. No excelente tratado de CASTIGLIONI, sobre a história da medicina figura (pág. 100) a reprodução fotográfica de uma receita escrita em caracteres chineses e cujo papel deveria ser engulido pelo cliente! Acrescenta o referido A. que esta prática muito se difundiu na China.

Na dinastia Ming foi estabelecida a escola médica de Peking para ensino dos médicos da corte.

No JAPÃO parece que o hospital mais antigo foi criado pela imperatriz Komyo, em 758.

No livro *Ishinho*, escrito em 982 por Yasuyori Tamba, existem referências aos hospitais para variolosos.

Quando os navegantes portugueses Mota, Zaimoto e Peixoto (1542), foram ter às costas do Japão, arrastados por uma tempestade e revelaram, no ocidente, a existência daquele país, São Francisco Xavier na sua faina de missionário, para ali se dirigiu, implantando uma igreja católica e hospitais para tratamento gratuito. Isto ocorreu em 1549. Expulsos os missionários, cessou toda a atividade estrangeira no país do sol nascente. Com a abertura dos portos, conseqüente à penetração da esquadra norte-americana de Perry, na baía de Uraga (1853) cessou o secular isolamento do Japão. Novamente logo se fez sentir a influência médica européia, agora por intermédio dos holandeses que, em Iedo (atual Tokio), fundaram uma escola médica, em 1857, adquirida pelo governo nipônico três anos mais tarde.

Por obra de KITASATO, um discípulo de KOCH, estabeleceu-se, depois, a influência da ciência alemã (1892).

Na GRÉCIA, a instituição hospitalar encontra suas raízes nos tempos devotados ao culto de Esculápio, Filho de Apolo e da ninfa Coronis. Esculápio (nome latino de Asclépio – o deus grego da medicina), tornou-se tão hábil na arte de curar, aprendida com o centauro Chiron, que foi acusado, por Plutão, como responsável pela redução do número de espíritos. Zeus destruiu-o com um raio, temendo que Esculápio tornasse os homens imortais. Surgiram então os templos dedicados à sua memória – Asclepéia. Entre estes templos tornaram-se mais famosos os de Cós, Epidauros, Cnidus e Pergamus.

HOMERO cita Esculápio como habilíssimo médico, cujos filhos Machaon e Podalírio também exerceram a mesma profissão, no campo grego, durante a guerra de Tróia. Foram os dois principais médicos do exército daquele país.

No livro IV da *Ilíada* narra HOMERO o ferimento de Menelau, o temor de Agamemnon e seu urgente apêlo ao filho de Esculápio, para que ministrasse o tratamento:

"Ao roxar do sangue, o rei dos homens
 Horrorizou-se e Menelau com êle;
 Mas, fôra vendo a seta e o nervo e as barbas,
 Alento cobre o generoso peito.
 Com máguas dos consórcios, Agamemnon
 Tem-no e grave suspira: "Irmão dest'alma,
 Sagrei-te à morte com selar por todos
 Pugnasses tu. Feriram-te e calaram
 Os troianos a fê; mas vãs não foram
 Hóstias, nem libações, nem destras dadas:
 Se do Olimpo o senhor hoje os não pune,
 Há-de os punir, com suas vidas próprias
 De esposas, filhos, pagarão de sobra.
 Cuido próximo o dia em que Ilio sacra
 E o rei beloso e o povo seu pereçam:
 Lá das alturas, da perfídia em ódio,
 A égide horrenda agitará Satúrnio;
 Nem fútil de seu ódio. Mas, se a Parca
 Tronca-te a vida, ó Menelau, que luto!
 A argos sequiosa voltarei, de infame
 Labéu marcado; que, na pátria os Graios,
 Só tendo a mente, a Priamo e aos Priameos
 Deixaremos a palma e Hel na Argiva.
 Podres em Tróia jazerão teus ossos,
 Sem concluir-se a emprêsa; e um dêsses feros,
 Do claro, Menelau sôbre o sepulcro
 Motejará – Sacie o rancor sempre
 Dêste modo Agamemnon, que infinitas
 Falanges trouxe em balde às nossas plagas;
 Abandonado a Menelau valente,
 Já vogou sem despojo ao doce ninho –
 Antes que eu ouça tal, me engula a terra!"
 O herói flavo o assegura: "Nem te assustes,
 Nem aterres o exército; que a seta
 Letal não foi: meu boldrié salvou-me,
 E o cinturão e a malha obra de mestre."
 E ainda Agamemnon: "Oxalá, direto;
 Mas adestrada mão tente o golpe.
 Com bálsamos te aplaque as testras dôres."
 Nisto, virando-se ao divino arauto;
 Já, já, Talthybio, a **Manchaon procures**
Peritíssimo filho de Esculápio;
 Que presto acuda a Menelau, que um Lício
 Ou Tróico archeiro de frechá-lo acaba,
 Por glória sua e pesadume nosso."
 O arauto logo, às lorigadas linhas

Lustrando, o **heróico Machaon procura.**
 No meio estava de escudadas hostes.
 Que o seguiram de Trica em poldros fértil.
 Aproxima-se, e rápido: "Agamemnon
Chama-te, Esculapiada; não tardes,
Acode, acode a Menelau, que um Lício
Ou Tróico archeiro de frechá-lo acaba.
Por sua glória e pesadume nosso."
Sobressalta-se o médico; atravessam
 O exército, e em redor acham do louro
 Maioral vulnerado os chefes Danaos.
Extrai da parte Machaon a seta,
E no extrair as farpas reviraram;
Saca o balteo listado, a cinta, a malha
De primor, e à ferida já patente
Chupa o sangue e lhe asperge os lenimentos
Que ensinara a seu pai Chiron amigo."

Outro trecho da *Iliada* (Livro XI) mostra o aprêço pelas habilidades cirúrgicas de Machaon. Ferido na espádua direita por uma flecha de três pontas, cuidaram logo os gregos de pô-lo a salvo:

"Remete Ajax ao Priameiro espúrio
 Doriclo e o mata; a Pandaco vulnera,
 Mais a Lisandro e Piraso e Pilarte.
 Quando o imbrífero nume das montanhas
 Torrentes rola, a cheia o campo inunda,
 Secos leva lariços e carvalhos,
 E o lôdo arroja ao mar; Ajax destarte
 Vai cavalos talhados e cavaleiros.
 Isto ignorava Heitor, à esquerda e às ribas.
 Do Scamandro a pugnar, onde as cabeças
 Bastas caindo, há grita imensa em tórno
 Do grande Pilio e Indomenu mavórcio.
 Lá, de hasta e carro, Heitor passeia ardido.
 E hostes brilhantes façanhonso arrasa;
 Mas brecha entre êses bravos não se abrira,
 Se o raptor da pulcricoma não fere
Com trifarpada seta no ombro destro
Ao bellaz Machaon pastor de povos.
 Desanomam-se os Danaos, receando,
 Inclinado o conflito, ali perdê-lo;
 E à pressa Tolomeu: "Monta Nelides,
 Honra da Grécia; **a Machaon recolhe,**
Para a frota os unguissonos dirige:
Por muitos vale um médico; êles os dardos
Extrai, unge a ferida e acalma as dôres."
 Sem demora Nestor sobe a seu carro.
E do exímio Esculápio o digno filho;
 Toca os ginetes, que de grado arrancam,
 De volta para as naus contentes voam."

Machaon não era médico apenas, pois diante de Tróia, comandou um grupo de guerreiros da Tessália. Figura mesmo como um dos pretendentes de Helena.

Sôbre esse período da história da medicina existem muitas lendas e versões. Conta-se, por exemplo, que os dois filhos de Esculápio, regressando de Tróia, separaram-se definitivamente em conseqüência de uma tempestade ocorrida no mar. Podalírio atirado nas costas de Carie foi salvo pelo pastor Babyssus. Êste o conduziu à casa do rei Dalmetas, cuja filha Syrmas se achava enfêrma. Médico e cliente casaram-se, tendo Podalírio, depois disso, fundado duas cidades e conquistado a ilha de Cós, onde foi o arquiteto do templo em que mais tarde floresceu a ciência de Hipócrates. Machaon, o outro filho de Esculápio e de Hépione, com uma história menos romântica, teve cinco filhos médicos que construíram, com êle (em Geremien) templos em honra de Esculápio: Alexanos, em Titanus; Shyrus, em Argus; Polemócrates, em Eva; Gargassus e Nicomaque em Phéres. Segundo MAC EACHERN o de Titanus existiu em 1134 antes de Cristo.

Nesses templos a serpente era o símbolo da divindade e de seu poder curativo. Eram sagradas e consideradas como dotadas de poder mágico. O culto de Asclépio foi introduzido em Atenas, em 429, antes de Jesús Cristo. Os sacerdotes de Epidaurus que era o templo central do culto enviavam a serpente sagrada para as cidades onde se instalavam novos santuários. Em 293 antes de Cristo, quando a peste invadiu Roma, mensageiros foram buscar a serpente no templo de Epidaurus para ser erigida uma nova casa na ilha Tiberina.

Os santuários eram edificados em locais apropriados ao tratamento médico. Os autores que se têm ocupado do assunto quase que invariavelmente tecem elogios às regras higiênicas seguidas pelos arquitetos das Asclepiéia: PAUSANIAS, SPENGLER, LECLERC, CABANIS, CAUTIER, LITRÉ, GARRISON, CASTIGLIONE. Apenas, MALGAINE e ROUBAUD são de opinião diversa.

De acôrdo, porém, com a maioria, os templos primavam pelo ambiente favorável à cura dos doentes. Erigiam-se nas colinas ou nas fraldas das montanhas abrigadas contra os ventos maléficis. Eram localizados ao lado das florestas e de uma fonte de águas minerais, de termas ou, pelo menos, de água puríssima. Consistiam de uma cobertura assente sôbre colunas dóricas. Cada um dêstes santuários tinha um altar. Os serviços eram ministrados por sacerdotes (médicos). As práticas eram impregadas de misticismo e superstição.

Os enfermos submetiam-se, fora do templo, a uma dieta severa, obrigatória. Deviam abster-se de vinhos e certas iguarias. Purificavam-se com banhos, massagens e unções, antes de lhes ser permitido transpor os umbrais do santuário. Ouviam a narração dos feitos de Esculápio, do sucesso das medicações empregadas no templo. Sacrificava-se um animal, geralmente cabra ou galo, oferecido pelo enfêrmo para tornar favorável o espírito da divindade. Seguiam-se preces fervorosas e cânticos compostos, segundo Platão, por poetas ligados ao

culto de Esculápio. Vestidos de branco, passavam os enfermos a se submeterem a um rito especial de "incubação", que os levava ao sono. Deitavam-se sobre a pele do animal sacrificado e esperavam a visita do sacerdote que transmitia de viva voz, se o paciente estava acordado ou em sonho, se estava dormindo, a sugestão para o tratamento médico. Se o enfermo recuperava a saúde este fato era atribuído a um milagre, se morria, isto ocorria por ser indigno de viver. Além dos medicamentos (sal, mel, águas minerais), os enfermos eram submetidos a fisioterapia (banhos) e ginasioterapia. Havia bibliotecas, salas para os visitantes, para os sacerdotes, para seus auxiliares.

Na "tabernae medicae" eram tratados os doentes externos. Foram os primórdios dos ambulatórios ou policlínicas de hoje.

Na "asclepiéia" multiplicavam-se na Grécia e mais tarde implantavam-se em Roma. Esta simbiose da prática médica e religiosa deu provavelmente origem a ser considerado o exercício da medicina como sacerdócio. Aliás houve tempo em que a Igreja teve o monopólio da prática médica:

"Moines clergé, ordre religieux, tout le membre de la famille sacerdotale se livrait à l'art de guérir".

O enfermo curado oferecia ao templo, como prova de gratidão, um modelo em cêra, prata, ouro ou mármore, da parte afetada, acompanhado de um quadro votivo onde era relatada a história do seu caso. Deixavam os óbulos junto à fonte sagrada. Hipócrates, sacerdote de uma destes templos, em Cós, sistematizou e interpretou esta biblioteca de casos clínicos que é considerada como a fonte principal de onde o pai da medicina extraiu os elementos para sua vultuosa obra médica. Esta opinião é contrariada por ROUBAUD que se refere, com indignação, à versão de ter Hipócrates incendiado a Asclepiéia de Cós a fim de fazer desaparecer as fontes onde colheu ensinamentos.

A prática dos modelos e quadros votivos é, ainda hoje, largamente seguida no catolicismo.

O seu uso vem dos templos assírio-babilonescos e propagou-se durante os períodos da medicina intuitiva, empírica, mágica e sacerdotal.

Nessa fonte formaram-se as raízes dos ritos antropiátricos, observados nos cultos antigos como a dança sacra; o exorcismo; as súplicas gravadas sobre argila, fôlhas ou pergaminho; os amuletos, dentes e unhas suspensos ao colo; a representação de órgãos verdadeiros ou figurados, de inimigos ou animais, para curar ou ativar órgãos idênticos ou semelhantes; os desenhos coloridos sobre a pele.

Nas escavações de Epidouros encontram-se algumas dessas inscrições, as quais, segundo PAUSANIAS, continham o nome dos enfermos, a indicação da sua moléstia e a da terapêutica empregada.

Informa CASTIGLIONE que a Sociedade Aqueológica Grega encontrou muitos destes quadros votivos: quarenta e quatro, possivelmente, datáveis do IV século antes de Cristo.

Conta um deles que um certo Gaius que era cego readquiriu a vista depois de ter feito suas orações diante do altar e de ter atravessado o templo da direita para a esquerda. Colocando cinco dedos no altar e depois nos olhos, voltou-lhe a visão. O fato ocorreu a tempo do imperador Antonino na presença e sob aclamações do povo.

Outro cego fez colírio, por sugestão do Deus da saúde, e friccionando com este medicamento os olhos recobrou a vista. O colírio constava de sangue de galo branco com mel. Era um soldado chamado Valerius Apev.

Um terceiro cego, depois de curado, não quis pagar – Esculápio cegou-o de novo; voltando a dormir no templo, foi outra vez curado.

Lucius tinha uma dôr de lado muito pronunciada. Vindo ao templo o Deus da saúde ordenou-lhe, por um oráculo, aplicar, no ponto doloroso, cinza misturada com vinho que se achava sobre o altar. A cura foi instantânea.

Juliano tinha um escarro de sangue e esperava a morte. Esculápio ordenou-lhe comer durante três dias mel com grãos de resina. Salvou-se.

Com o correr dos anos construíram-se, em torno das fontes e dos santuários, amplos teatros e ginásios destinados aos exercícios físicos. Surgiram, também, locais de permanência para os doentes.

No Pluto de *Aristophanes*, representado em Atenas no ano 388 A.C., é mencionada do modo jocoso, uma cura miraculosa de Asclépio.

Pluto, deus da riqueza, cegado por Zeus, por favorecer os homens justos, readquire a vista no templo para onde foi conduzido por Carion escravo do camponês Chrémyle. Expulsa a pobreza de sua casa, ordena este último a Carion que tome Pluto pela mão e o leve a Asclepiéia:

"620 – **Chrémyle**. Estamos desembaraçados; o maldito partiu. Tu e eu rapidamente conduziremos o deus (Pluto) para que se deleite no templo de Asclépio.

Blepídeme. E não percamos tempo pelo receio de que nada venha impedir de tomar algumas medidas úteis.

625 – Chrémyle (chamado à porta da sua casa). Jovem Carion deverá sair das cobertas e conduzir o próprio Pluto, como é usual, com tudo que foi preparado".

Carion obedece, e no seu regresso, tendo observado o milagre, faz grande alarde, dizendo:

625 – Chrémyle (chamado à porta da sua casa). Jovem Carion deverá sair Pluto. Cego como era ele vê claramente e seus olhos tornaram-se brilhantes por arte de Asclépio e seus benévolos cuidados".

Tangendo a corda do ridículo o poeta grego pôs, nos lábios de Carion, uma extravagante narrativa de acontecimento. Conta o escravo à sua espôsa que, chegados ao local do templo, fôra Pluto submetido a um banho em fonte de água salgada. Entraram depois no recinto depositando as dádivas sôbre o altar. Deitaram-se em seguida. Neste ponto da conversa pergunta a mulher a Carion: havia outras pessoas em súplica?

"655 – **Carion**. Sim, um notadamente. Néoclides que é cego, mas que para roubar excede os videntes; depois outros, em quantidade, com tôdas espécies de moléstias. Apagadas as luzes, o servidor de deus nos ordenou que dormíssemos, e para guardar silêncio se algum ruído fôsse percebido; todos em boa ordem nos deitamos. Eu não podia dormir. Certa marmita de caldo posta não longe da cabeça de uma velhinha deixava-me fora de mim e eu tinha um grande desejo de escorregar naquela direção. Depois, elevando os olhos eu vi o sacerdote escamoteando os bolos redondos e os figos secos da mesa sagrada. Depois disso foi êle visitar todos os altares em tórno, para o caso de algum dinheiro que ali tivessem deixado; o que era encontrado era... consagrado metendo-se em um saco.

Eu, convicto da grande santidade do meu ato, levantei-me para tomar a marmita de caldo".

Na sua descrição minuciosa e chula da disputa com a velha, terminada ao beber-lhe uma boa parte do caldo, fala Carion das suas abomináveis aventuras com Jaso e Panacéia.

O sacerdote, passando a examinar pormenorizadamente todos os casos, Carion, pelos buracos do seu manto tudo foi observado.

Viu o sacerdote chegar-se ao malicioso Néoclides e introduzir-lhe nas pálpebras pernicioso unguento, na hora preparado, em almofariz, no qual foram trituradas três cabeças de alho, suco de figueira e vinagre. O pobre diabo saiu correndo, louco de dôr. E ficou mais cego do que era.

Outro proceder teve com Pluto.

"730 – **Carion**. Depois sentou-se perto de Pluto, tateou-lhe a cabeça e com um pano muito limpo enchugou-lhe as pálpebras em tórno. Panacéia cobriu-lhe cabeça e rosto com um véu de púrpura. Então o deus assobiou: e do tempo lançaram-se duas serpentes de um tamanho prodigioso.

Introduzindo-se docemente sob o véu de púrpura puseram-se a lambar em tórno das pálpebras, ao que me parecia; em menos tempo que tu empregarias a esvasiar dez "cotylos" de vinho nosso Pluto, mulher, estava de pé vendo claro. Eu bati as mãos de alegria e acordei o mestre. Quanto ao deus, eclipsou-se no templo as serpentes".

Em Epidaurus (CASTIGLIONI) encontram-se ainda os restos dos magníficos propileus do edificio construído por Pólicles no século IV A.C. e um teatro, com assentos de mármore, para mais de dez mil espectadores. No centro do santuário havia o lugar destinado ao sono.

Ao lado eleva-se a estátua de Esculápio.

Tratados de história da medicina reproduzem fotografias de ruínas ou de reconstituição desses templos, com muitos objetos do culto, ainda conservados em museus. As ruínas de Epidaurus figuram nas obras do professor LAVASTINE e do professor ARTURO CASTIGLIONI.

Este último apresenta, ainda, o grande anfiteatro da Asclepiéia de Epidauros e reconstituição do frontispício desse santuário. O templo de Cós, em ruínas ou em reconstituição, aparece entre as ilustrações desses autores. LAIGNEL-LAVASTINE ainda nos mostra as ruínas da Asclepiéia sobre a Acrópole de Atenas.

Entre os baixos relevos mais divulgados contam-se os seguintes: um estôjo cirúrgico do templo de Atenas com duas ventosas e vários instrumentos (Atenas); o médico Jason, palpando o fígado de um cliente e tendo ao lado um enorme ventosa (Museu Britânico); Machaon fazendo um curativo em Menelau (Berlim); a prática de uma operação na cabeça (Atenas); oferta de um enfermo a Asclépio (Atenas); um grupo de adoradores sacrificando um touro a Asclépio (Atenas); família sacrificando um touro a Asclépio e sua filha Higéia; ex-voto de um enfermo que sofria de varices em que se vêem as veias salientes em uma perna de grande dimensão (Atenas); adoração de um médico heróico (Berlim); a serpente curadora (diversas); Asclépio sentado (Atenas); Asclépio e sua filha Tigéia (Atenas); Apolo e Artemisa guiando um carro puxado por servos e atirando flechadas sobre a peste. Como bustos e esculturas vêem-se Asclépio, a deusa das serpentes, o onfalo de mármore, etc. Pinturas e cerâmica constituem documentação mais farta, notando-se, como mais interessantes, as seguintes: Aquiles confiado ao centauro Chiron (Louvre); o centauro e Asclépio (Nápoles); Aquiles fazendo um curativo no braço de Patroclo (Berlim); Hipócrates, em sua cátedra, com seus discípulos (Vaticano); reduções de luxação, etc.

Kabbadias da Sociedade de Arqueologia da Grécia, publicou em Atenas (1900) uma obra, no seu idioma, que segundo CASTIGLIONI, é uma fonte preciosa para investigação da história desse culto na antiguidade.

A história da medicina grega pode ser sistematizada em três períodos: anterior a Hipócrates, hipocrático e aristotélico.

Na primeira fase, que vem dos tempos primitivos até o surgimento do grande mestre de Cós, floresceram os templos dedicados a Esculápio, com todo seu ritual de magia.

A mitologia confundia-se com a realidade: a sucessão mística de Apolo, Artemisa, centauro Chiron, Esculápio, Higéia, Panacéia, com os heróis gregos, Aquiles, Machaon, Podalírio, Patroclo.

Apolo e sua irmã Artemisa ensinaram a medicina ao centauro Chiron filho de Saturno. Chiron transmitiu estes conhecimentos a Hércules. Aquiles e principalmente Esculápio. Aquiles foi mestre do seu amigo Patroclo.

Dante, em companhia de Virgílio (Divina Comédia), indo visitar, no sétimo círculo, os violentos, é interceptado pelos centauros, que lhe querem tolher o passo. Chiron, interpelado, concede passagem aos poetas:

- “19. No espaço, a que o penhasco é sobranceiro,
Centauros correm, setas agitando,
Como soíam no viver primeiro.
- 20. Descer nos vendo, para o ardido bando.
Três dentre eles então nos demandaram.
Os arcos e arremessos preparando.
- 21. Os brados de um de longe nos soaram:
– “Vós, que desceis, dizer a pena vossa;
De lá falai, ou tiros se disparam!” –
- 22. Virgílio respondeu: – “Resposta nossa
Terá Chiron de perto, sem demora.
Sempre te dana a pressa, que te apossa.” –
- 23. Tocou-me e disse: – “Quem nos fala agora
É Nesso, o que morreu por Djanira;
Mas se vingou de quem fatal lhe fôra.
- 24. “Esse do meio, que o seu peito mira,
Aio de Aquilles, é Chiron famoso;
Esse outro é Folo, sempre acesso em ira.” –

Virgílio consegue de Chiron que prossiga a viagem:

- 33. Chiron voltou-se à destra e a Nesso forte
“Torna atrás” disse – “e serve-lhe de guia:
Que outro bando o caminho lhes não corte!” –
E partem... “na fida companhia,
As ondas costeando rubras, quentes,
Donde agudo estridor ao ar subia.”

Esculápio desdobrou-se nos seus descendentes Machaon e Podalírio. No final do livro XI da Iliada de HOMERO é narrado o apêlo a Patroclo para retirar e curar a flecha que atingiu Eurípilo:

“Dize; ao longo da praia, comovido
Corre em busca do Eacida Patroclo.
A nau se aproximou do sábio Ulisses,
Onde era a cúria e o foro e as santas aras:
Ia ali da frechada coxeando
O destemido Eurípilo Evemônio.
Em suor testa e espádua, negro o sangue
A marejar, mas inconcusso o peito.
Exclamou condoído o herói Menécio:
Ai! tristes nossos principes e cabos.
Que assim, longe da pátria e amigos lares,
Cães cevareis em Tróia! Inda os Aquivos,
Dize, aluno de Jove, inda resistem,
Ou do lanço de Heitor serão domados?”
E êle: **“Excelso Patroclo, é sem refúgio,**

Vêm cair ante a frota os gregos todos.
 Quantos bravos havia estão feridos;
 Cresce a fôrça troana e cresce a fúria.
 Mas tu salva-me e leva ao meu navio;
**Tira-me a seta, em banho morno a chaga,
 Asperge os lenimentos que de Aquiles
 Aprendeste, e que afirmam lhe ensinara
 Chiron d'entre os Centauros o mais justo:
 Pois dos médicos dois, se não me engano,
 Na tenda sua Machaon de auxílio
 De mão hábil carece, e Podalírio**
 O atroz marte sustém no campo Teucro”.
 “Herói, torna o Mesécio, que nos cumpre?
 Que será? Com recado para Aquiles
 Vou do Gerêncio, dos Argeus custódio;
 Mas deixar-te não quero ao desamparo”
 Ei-lo, ao colo o transporta e o põe na tenda,
 Onde em coiro aurino o deita o pagem;
**Sacando-lhe o punhal a acerba farpa,
 O cruor tetro lava, e machucada
 Amargosa raiz à coxa aplica;
 Veda o sangue, a dôr acalma, o golpe seca”.**

Neste período, a medicina, na expressão de OSLER tinha “tríplice relação com a ciência, com a gramática, e com a teologia”.

Realmente a arte médica praticada pelos sacerdotes dos templos, começou a ser objeto de estudo dos filósofos, a ponto de ser considerada pelos ginastas que banhavam, ungiam e até tratavam de casos clínicos, um ramo da filosofia.

Com Hipócrates (46-370 A.C) a medicina grega passou a tomar orientação científica e ética. Além do seu gênio, o pai da medicina teve, a seu favor, excepcionais condições de ambiente pois foram seus contemporâneos grandes figuras da história da civilização como Sócrates, Platão, Eurípedes, Heródoto, etc.

Na vultosa e preciosa obra científica (53 escritos, em 72 livros) que de suas mãos saiu, Hipócrates, descendente de uma família de esculápios, cuja profissão aprendeu, com seu pai e em Atenas, adquirindo, ainda, larga experiência em suas viagens pela Trácia, Tessália, Macedônia, Egito, Líbia, etc., abandonou os antigos processos de cura miraculosa, assentando sôbre o *método indutivo*, a *inspeção* e a *observação*, as bases da medicina atual, de que foi o fundador. Criou a patologia humoral, pois, para êle, as moléstias provinham do desequilíbrio dos fluidos do organismo: sangue, bilis amarela, bilis negra.

PLATÃO (Protágoras – 311, b, c,) conta que Hipócrates, um amigo de Sócrates foi solicitar sua intervenção para tomar Protágoras por mestre, Sócrates procurou saber qual a intenção real do seu amigo: se desejava ser sofista. Eis o trecho referido:

“**Sócrates:** Eu procurei sondar Hipócrates e lhe dirigi algumas questões para conhecer o fundo do seu pensamento. “Vejam, disse-lhe, este Protágoras que te empenhas de abordar e a quem queres dar dinheiro para pagar as aulas que é êle e o que dêle desejas? Eu suponho que de maneira análoga tivesses a idéia de encontrar teu homônimo. Hipócrates de Cós, o asclepiade, para oferecer-lhe dinheiro a fim de que se ocupasse de ti; se te perguntassem: “Diga-me Hipócrates a que título êste Hipócrates recebia teu dinheiro, que responderias? Eu responderia, disse êle, a título de médico. E que deseja ser? Médico”.

“E se tivesse a idéia de procurar Policleto, de Argos ou Fídias, de Atenas, oferecendo dinheiro para se ocuparem de ti, e que perguntassem: A que título Policleto e Fídias receberiam êsse dinheiro? Eu responderia: a título de escultores. E o que desejas ser? Escultor, evidentemente”.

Assim prossegue o diálogo no qual Hipócrates é comparado a Policleto, Fídias e Protágoras.

Em Fedro (20 A.C.) Hipócrates é citado neste trecho do diálogo:

Sócrates. Mas a natureza da alma, pensa que seria possível concebê-la de modo que venha independentemente da natureza do todo.

Fedro. Por certo se é Hipócrates que faz acreditar, êle que é Asclepiade, não se pode mesmo tratar do corpo sem recorrer a êsse método.

Sócrates. Êle tem razão de dizer isto, meu camarada. É preciso, portanto, de acôrdo com Hipócrates, indagar junto da razão e examinar se a voz desta última soa de acôrdo com seu dizer.

Fedro. Sim, é isto.

Sócrates. Pois bem. Examine então o que sôbre a natureza podem dizer Hipócrates e a razão.

E continua o diálogo.

O juramento ao sábio Hipócrates atribuído parece provir de época anterior, como obra das antigas Asclepiéia.

Eis o texto dêste juramento hierárquico dos antigos templos:

“Juro, por Apolo, o médico, por Hígéia e Panacéia, por todos os deuses e tôdas as deusas cujo testemunho solicito, que eu, com tôdas as minhas fôrças e com pleno conhecimento, cumprirei inteiramente meu juramento: que respeitarei meu Mestre, nesta arte como a meus progenitores, que partilharei com êle o sustento e que lhe darei tudo aquilo de que tiver necessidade; que considerarei seus descendentes como meus irmãos corporais e que por minha vez os ensinarei esta arte sem compensação e sem condições; que deixarei participar das doutrinas e instruções de tôda a disciplina, em primeiro lugar a meus filhos, depois aos filhos do meu Mestre, depois àqueles que com escrituras e juramentos se declararam meus escolares e a ninguém mais para êstes. No que respeita à cura dos enfermos, ordenei a dita segundo meu melhor juízo e mantereí afastado dêles todo o mal e inconveniente.

Não me deixarei induzir pelas súplicas de quem quer que seja de modo a administrar veneno ou dar conselhos em semelhante contingência. Não introduzirei em qualquer mulher uma prótese na vagina para impedir a concepção ou o desenvolvimento do feto. Considerarei santas minha vida e minha arte; não praticarei a operação da pedra e quando entrar em uma casa fá-lo-ei somente para o bem dos enfermos e me absterei de tôda ação injusta e não me mancharei por voluptuosidade

os espíritos cheios de temor: “O que viestes procurar aqui, Romano, deveríeis ir procurar em lugar mais próximo, agora vá procurá-lo em lugar mais perto. Para diminuir o vosso luto, terei necessidades não de Apolo mas do filho de Apolo (* Esculápio). Caminhai sob felizes auspícios e fazei vir à vossa casa aquêle que eu gerei”.

“Quando a sábia assembléia do senado foi informada das ordens de deus, indagou qual era a cidade habitada pelo jovem filho de Febo e enviou deputados que os ventos conduziram às margens de Epidauro. Apenas abordaram com seu navio de flancos recurvos, apresentaram-se perante o conselho dos antigos da cidade grega, rogando-lhe que lhes dessem o deus cuja presença deveria pôr termo às perdas da nação ansônia, como havia declarado um oráculo seguro.

Discute-se e as opiniões se dividem; uns acham que não se pode recusar o socorro; muitos outros aconselham resistência a fim de se não privarem, cedendo o deus, de sua presença tutelar. Enquanto hesitavam, o crepúsculo expulsou a luz do sol e a noite envolveu a terra com suas trevas, quando vês em sonho, Romano, o deus compassivo se levantar diante do teu leito, mas tal como êle está sempre no seu templo; sua mão esquerda empunhava um bastão rústico, sua mão direita, acariciava sua longa barba; em voz clara pronunciou então estas palavras: “Nada temais; irei e deixarei minha imagem. Olhai sômente esta serpente que cerca meu bastão com seus nós; considerai-a com atenção para poder reconhecê-la. Eu tomarei sua forma mas serei maior; tu me verás neste grande tamanho conveniente aos corpos divinos quando se metamorfoseiam”. Em seguida a voz calou-se, o deus desapareceu, ao mesmo tempo desvaneceu-se o sono e o dia benfeitor mostrou-se desde que o sono fugiu. A nova aurora tinha expulso o fogo dos astros; não sabendo tomar uma resolução, os chefes da cidade vão ter a magnífico templo do deus que lhes pedem; êles suplicam a indicação por sinais divinos em que lugar deseje êle residir. Mal acabaram de falar o deus, sob a forma de uma serpente dourada, trazendo uma alta crista, anuncia-se por um sibilo; na sua chegada, a estátua, o altar, a porta, o pavimento de mármore, o fato revestido de ouro, tudo é abalado; levanta-se até o peito no meio do edifício e lança em torno olhares cintilantes. A multidão é tomada de pavor, o sacerdote, cuja venerável cabeleira é cingida por uma tira branca, reconheceu a divindade; exclama: “Eis o deus! Eis o deus! que vossos pensamentos, que vossas línguas me secundem, todos aqui presentes. Possa teu aparecimento, ó deus todo poderoso, ser para nós um feliz presságio! Protegei os povos que honram teus altares”. Todos os assistentes adoram o deus que se oferece à sua vista; todos repetem a prece do sacerdote e os enviados do povo de Enéias o acompanham piedosamente com o pensamento e a voz. O deus faz um sinal de assentimento; agita sua crista para dar um penhor certo da sua benevolência e sua língua vibrante lança silvos repetidos. Então desliza sôbre os degraus resplandecentes, vira a cabeça para trás e, antes de partir, lança um olhar sôbre o antigo altar; saúda seu lugar habitual e o tempo que habitava. Depois seu corpo imenso rasteja sôbre a terra, coberta de flores, que se lhe atiram, desenrola seus anéis e, atravessando a cidade, dirige-se para o pôsto onde uma muralha protege os contornos. Para; parece de um ar afável despedir-se do seu cortejo e da multidão que o segue para lhe fazer honra; enfim toma lugar no navio ansiano; a quilha sentiu que suportava um deus e curvou-se sôbre o seu pêso. Os Eneidas regozijaram-se; depois de imolarem um touro sôbre a praia, desatavam as cordas bem torcidas que retinham o navio coroado de flores. Já uma brisa leve tinha-lhe dado impulso; o deus ergue-se em todo o seu porte e, apoiando sua cabeça sôbre a poupa recurvada, contempla a onda azulada; impulsionado pelos doces zéfiros (* ventos brandos, aragem) sôbre o mar ioniano, o vaso, quando a filha de Pallas (* aurora, filha do Titan Pallas) levantava-se pela sexta vez, atingiu a Itália; passa diante das praias de Lacínio, célebre pelo templo de sua deusa (* Juno-

enfim, a praia sólida de Antium. Os marujos dirigem para êsse lado o navio de velas infladas (porque o mar tinha se tornado encapelado); então o deus desenrola seus anéis e seu corpo sinuoso rastejando forma mil pregas imensas; entra assim no templo de seu pai (* Apolo), vizinho da praia de areias louradas. Mas, tendo o mar se apaziguado, o protetor de Epidauro deixou os altares de seu pai e, depois de ter sido hóspede do deus ao qual o uníam os laços de sangue, sulcou as areias da praia, onde deslizavam suas escamas crepitantes; subiu novamente ao longo do leme do navio e pousou sua cabeça sôbre a poupa elevada; enfim chega-se a Castrum, aos campos sagrados de Lavinium e à embocadura do Tibre. Todo um povo confundido precipitou-se ao encontro do deus; as mães, os pais, as virgens (* Vestais) que velam sôbre teus fogos, da troiana Vesta (* fogo sagrado levado de Tróia para Enéa); todos o saúdam com gritos de alegria; por tôda a parte em que o navio rápido sobe a corrente do rio; sôbre os altares erguidos ao longo das duas margens, o incenso crepita e enche o ar de fumaças odorantes; por tôda a parte as vítimas degoladas aljofram com sangue quente as faces que as ferem. Agora tinha-se entrado, na capital do mundo, na cidade de Roma; a serpente ergue-se, agita seu pescoço no vértice do mastro e olha em tômo qual é a habitação que lhe convém. No ponto em que o curso do Tibre divide-se, em duas partes, existe um lugar que se chama ilha; o rio estende braços iguais sôbre os dois flancos dêsse terreno que êle envolve. Ao sair do navio latino é para lá que se dirige a serpente, nascida em Febo; retomando sua figura divina, põe um termo ao flagelo; sua presença salvou a cidade”.

O sinal (*) representa explicações que não fazem parte do texto.

Alinham-se entre as obras meritórias dos gregos as instituições que mantinham para proteção da infância e da velhice desamparadas:

“Herculis templum, quiz vero nothus putabatur Hercules, ideo nothi que neque paterno neque materno genere cives erant, exercebantur”.

“Croesi lomus una Sardiani civibus ad requiescendum oetatis otio, seniorum collegio Gerusian dedicaverunt”.

Em ROMA, de par com a suspeição sôbre os primeiros médicos ali chegados, foi se estabelecendo a tradição que interditava o exercício dessa profissão aos patrícios romanos. Essa prática era considerada da alçada, unicamente, de escravos, libertos e estrangeiros.

Por influência dos legisladores e escritores, êste preconceito foi desaparecendo. Com o tempo medicina e médicos gregos conquistaram importância social considerável, triunfando em Roma.

Aliás em 46, Júlio César deu grande dignidade à profissão, concedendo a cidadania romana a todos os médicos. VITRUVIO, no seu livro de arquitetura, pôs em foco a questão da importância das condições sanitárias na escolha do local para edificações. As cidades deveriam ser localizadas em ponto elevado; porém ao abrigo dos ventos, das grandes variações de temperatura, dos nevociros. A luz do sol que penetrasse em um quarto deveria ser regulada conforme a utilização dêste. Quanto deveriam nossos arquitetos aprender com a leitura do Capítulo IV do “DE ARQUITETURA!”

MARCO TERENCEIO VARRÓN chama a atenção sôbre a possibilidade da existência, nos lugares palúdicos, de pequenos animais, não visíveis a

com o contacto de mulheres ou de homens, de libertos e de escravos. Tudo que tiver visto ou ouvido durante a cura ou fora dela, na vida comum, calarei e conservarei sempre como segredo se não me fôr permitido contar. Se mantiver perfeita e intacta a fê a êste juramento, que me seja concedida uma vida afortunada e a futura felicidade no exercício da arte, de modo que minha fama seja proclamada em todos os tempos; se faltar ao juramento, porém, ou houver jurado em falso, que aconteça o contrário”.

Aristóteles (38-322 A.C) ampliou e fortificou as bases científicas, principalmente pelo ângulo da filosofia, como Hipócrates o havia feito pelo da patologia e da clínica. A zoologia, a anatomia comparada, a fisiologia, a embriologia, a botânica, ocuparam essencialmente a sua atenção.

Entre as personalidades interessantes ou eminentes do chamado período GREGO-ROMANO – pela influência da medicina grega e dos médicos dessa nacionalidade que passaram a exercer sua profissão em Roma, sob os olhos pouco hospitaleiros ou suspeitos dos habitantes dêsse império, citaremos Archagatus – o Carnifex (220 A.C.), cirurgião que primeiro ali se implantou e das duas máximas figuras da época: Asclepiades, de Bethynia (124 A.C.), e Galeno (131-291 A.C.). Asclepiades, adversário da teoria humoral de Hipócrates, advogou outra – a do solidismo, em que as partículas sólidas, contrariando-se ou relaxando-se, provocariam processos mórbidos. Com o advento da teoria pneumática, três concepções se apresentaram: a humoral, a do solidismo e a pneumática.

Galeno (131-201 D.C.) foi o grande fundador da fisiologia experimental.

No período grego-romano praticavam, além dos médicos, outros profissionais satélites, cooperadores ou charlatanescos, como os *archiatri* médicos do imperador ou do Estado; os *medici cahortis*, *medicilegionais*, cirurgiões do exército; os *medici oculares*, os *pharmacopalae*, os *ungentaru*, os *iatroliptae* (atentes de banhos); os *sagae e obstetricae*, etc.

Ovídio, em “As Metamorfoses” – Livro XV – 622-744 –, conta como o culto de Asclépio (Esculápio) foi introduzido em Roma:

Esculápio – Dizia-me agora, Musas, divindades tutelares dos poetas, por que bem sabeis que o passado remoto não tem segredo para vós, como o filho de Coronis (* Esculápio) foi recebido na ilha cercada pelas águas profundas do Tibre e pôsto no número dos deuses de Roma. Outrora um horrível contágio tinha infeccionado o ar do Lácio e os corpos exângues descorados pelas moléstias, ofereciam um aspecto hediondo. Quando, desencorajados pelos numerosos funerais, os Romanos viam que os esforços dos homens e a arte dos médicos eram impotentes, imploraram a assistência do céu; enviaram o oráculo de Febo a consultar Delfes – centro do mundo (* Delfes – o umbigo do mundo – representado por uma pedra cônica – o ônfalo); suplicaram ao deus que os socorresse na sua aflição por uma resposta salutar pondo fim aos males de uma cidade tão grande. O templo, os louros e a aljava das setas que o próprio deus conduz, tudo treme de uma vez; a trípole (* assento de três pés onde se instalava a sibila de Delfes – quando proferia os seus oráculos) fêz ouvir do fundo do sanatório estas palavras que impressionam

ôlho nu, que causariam grande dano ao organismo, passando através da cavidade bucal e fossas nasais, na respiração.

AULO CORNÉLIO CELSO, enciclopedista de vasta cultura, escreveu sôbre a medicina, agricultura, filosofia, retórica, jurisprudência, arte militar.

Amigo dos médicos estruturou o seu “DE MEDICINA”, sexto livro da sua Enciclopédia. É considerada a primeira obra impressa sôbre medicina (1478). Seu título exato é o seguinte: A CORNELLI TELSI ARTIUM LIBER SEXTUS, IDEM MEDICINICALI PRIMUS.

Nessa obra os têrmos técnicos gregos foram traduzidos para o latim, pela primeira vez.

CAIO PLINIO SEGUNDO continuou a série coroada por Galeno – o grande médico de Pérgamo – no razoável equilíbrio que êste último estabeleceu entre os conceitos da observação e da experiência.

Os exércitos romanos exigiam cuidados médicos. Em certa época cada legião e cada navio de guerra possuía o seu profissional. Oficial não combatente tinha o pôsto de “principal”, dependendo diretamente do comandante ou do tribuno das legiões. Os hospitais militares romanos constavam de enfermarias que se comunicavam por corredores com um pátio central quadrangular. Possuíam cozinha e farmácia. Ruínas destas instituições romanas foram encontradas nas margens do Danúbio. Outras análogas foram observadas em Viena, em Baden (Suíça) e em Boon (Alemanha).

Os “valetudinari” eram hospitais geralmente destinados a escravos. Um médico, “*medicus commensalis*”, era encarregado dos cuidados profissionais. Outros valetudinários seriam os atletas, gladiadores feridos e mesmo às legiões militares, por meio de tendas dispostas junto aos acampamentos.

* * *

As Asclepiéia transportadas para Roma e os valetudinários ali instituídos constituíram as primitivas organizações de assistência médica hospitalar na península itálica.

As termas tiveram um grande desenvolvimento, havendo algumas imensas com mais de cem mil metros quadrados e dotadas de jardins, salas de repouso e conservação, ginásios, biblioteca e até museus.

As instalações públicas ou privadas comportavam um “*caldarium*” para o banho quente, o “*frigidarium*” para os frios e o “*tepidarium*” como peça intermediária.

Os médicos livres de Roma congregaram-se em associações intituladas “collegia medicarum”. Reuniam-se em “scholae” ou “curiae” presididas por um “tabularius”. Essas reuniões aristocráticas não eram freqüentadas pelos “medici servi”, médicos escravos de famílias ricas.

* * *

Nos tempos remotos e mesmo depois do Cristianismo a prática da medicina fundia-se com a prática religiosa. Ocorreu esta circunstância com o paganismo; o politeísmo; o budismo, fundado no VI século antes de Cristo; o cristianismo; o maometanismo. Os hospitais confundiam-se com os santuários que se erigiam na vizinhança dos mosteiros sob inspiração e direção religiosa. As seitas religiosas determinavam que, ao lado da igreja, das habitações de comunidades religiosas, se construíssem enfermarias ou organizações de assistência aos enfermos.

Êste sistema assentava suas bases na tradição oriental e no tipo das primeiras organizações bizantinas.

Constituiu-se destarte a medicina monástica ou conventual.

A influência religiosa foi predominante, sobretudo na idade média. O corpo humano, feito à imagem de Deus, não podia ser aberto: era sacrilégio. Só a alma precisava de tratamento.

O advento da era cristã trouxe grande incremento e multiplicidade das instituições hospitalares. O decreto de Constantino em 335 depois de Cristo fechou as Asclepiéia e estimulou a criação dos hospitais cristãos que durante o IV e V séculos. Surgiram tais organizações cristãs no Oriente, de onde se transportaram para Roma. Foram o *ptochotrophium*, e o *xenodochium*. Revela Santo Epifânio que Eustachio, arcebispo de Sebaste, erigiu um estabelecimento dêste gênero:

”Nam et presbyterum hunc postea creavit, et xenodochii, quod ptochotrophium in Porto vocatur, curam ei (Aerio) commisit; ejusmodi quippe domicilia proe erga hospites ab eclesiarum antistibus excitari solent; in quibus mutilates et impecillos collocant, iisque ad victum necessaria pro virili upperitant”.

O *ptochotrophium* do arcebispo São Basílio, fundado cêrca do ano 372, 370 ou 368, fora do perímetro da sede do seu arcebispado, em Cesaréia, tomou tais proporções que foi considerado como nova cidade. Em Constantinopla surgiu um hospital cristão. Sampron e Eubule, ricos e piedosos habitantes de Bizâncio, fundaram um hospital, cada um, ao tempo do reinado de Constantino. A primeira repercussão em Roma destas criações pias parece ter sido a casa de assistência médica erigida

em 380-400, por uma dama opulenta chamada Fabíola. Os valentinários – primitivos eram apenas enfermarias onde, em regra, eram tratados os escravos das famílias ricas. Na mesma época de Fabíola estabeleceram-se os hospitais da imperatriz Eudóxia, em Jerusalém. Seguiram-se muitos outros, como os fundados por Sapamaco, por Symaco (500), por Childebert (Lyon-542), por Casona (Mérida), por São Landry, bispo de Paris (Hotel Dieu – 641-69). E vieram depois, o hospital de Milão (777); o asilo do arcebispo Datheus (787); o hospital Santo Albano, na Inglaterra (794); o Santa Maria de Scala, em Siena, fundado por Soror (898); o de Santa Elisabeth da Hungria; o das irmãs de Santa Catarina; os da Ordem de São João de Jerusalém; os da Ordem Teutônica; o São Gregório em 1084; o São Bartolomeu de Londres, em 1137; o São Tomaz, de Londres, antes de 1207; o Santa Maria de Belém, de Londres, em 1247; o do Espírito Santo, de Guy de Montpellier (1145); o de Sassia (1204). Com a fundação de Sassia, pelo papa, difundiram-se os hospitais do Espírito Santo. Os grandes da época começaram a se interessar pela fundação de um *xenodochium pauperum, debiliu et infirmarium*.

Concílios católicos impuseram aos bispos a obrigação de recolherem os doentes em suas dioceses. O 4.º concílio de Cartagena ordenava que os hospitais fôssem erigidos ao lado da igreja, como no maometanismo surgiam junto às mesquitas.

O mosteiro de São Gall, iniciado por êste eremita irlandês que em 614 construiu a sua cela em plena floresta, transformou-se, no século VIII, de eremitério em monastério beneditino. Durante três séculos, foi uma das principais sedes do movimento educativo na Europa. Possuía hospital, com enfermaria, unidades de isolamento, farmácia, banheiros, instalações para os dirigentes e para os médicos.

Naqueles sítios privilegiados muitas lutas se travaram entre monges e habitantes circunvizinhos e, assim, foi se construindo a capital de um cantão suíço. O “*xenodochium*” de Monte Cenís é de 825.

O “hospício” de São Bernardo foi fundado (962) ou reconstruído por São Bernardo de Menthon (1081) na passagem através de uma das principais cadeias dos Alpes. São conhecidos os seus desvelos pelos extraviados recolhidos pelos cães. Os “Parabolani” foram primeiro organizados em Alexandria, nos moldes da instituição dos monges de São Bernardo. As Cruzadas muito contribuíram para a ascendência religiosa nas casas de assistência médica e para o desenvolvimento de hospitais, principalmente a partir de 1096.

O deslocamento de grandes massas humanas exigia a instalação de abrigos para repouso e tratamento.

Criaram-se as ordens dos Cavaleiros Teutônicos Templários, de São João, de Santo Antônio, do Espírito Santo.

Os Cruzados da Ordem de São João erigiram na terra santa um grande hospital de 2.000 leitos, em 1099. O hospital São João da Inglaterra vem de 1084. A ordem do Espírito Santo, fundada em 1145 por Guy Montpellier, que abriu um hospital com esse nome aprovado pelo papa em 1198, exerceu grande atividade em toda a Europa, onde se diz chegou a estabelecer 900 hospitais em dois séculos.

Foi uma consequência do reconhecimento da ordem pelo papa Inocêncio III, em 1198. Além desse ato Inocêncio concitou os habitantes das mais importantes cidades a subscreverem as somas que pudessem para fundação dos hospitais do Espírito Santo. Dando o exemplo, êle mesmo criou uma destas instituições, em Sassia, como já foi dito, no ano 1204. Terminada, sua construção atraiu a atenção de nacionais e estrangeiros. Sómente em Roma construíram-se nove hospitais análogos. Conta-se que Roma possuiu quatro hospitais no XI século, seis no XII e 10 no XIII. Berlim teve o seu hospital do Espírito Santo em 1070. A Alemanha possuiu 155 instituições congêneres.

O problema da lepra acelerou a construção hospitalar pela necessidade de defesa pública sanitária. Segundo GARRISON hospitais para leprosos foram mencionados por Gregório de Tours, no ano 560. Ao tempo de Luiz XIII êles existiam na França em número de 2.000. Na Inglaterra e Escócia eram em número de 220.

As congregações religiosas formaram um grande contingente em favor da associação da assistência religiosa, com a assistência médica, convindo lembrar a que se organizou sob a égide de São Vicente de Paulo.

Os beneditinos, na sua faina admirável de curar os enfermos, criaram enfermarias e hospitais na Itália, na França, na Alemanha, na Inglaterra, conseguindo instalar um elevado número de casas de assistência médica.

Parece que na sua primitiva organização estas enfermarias conventuais eram reservadas exclusivamente aos religiosos. Logo se estendeu, porém, a concessão aos leigos, criando-se hospitais anexos. Os serviços nas enfermarias eram prestados por um médico e um *infirmarius*.

Em Montecassino fundou S. Bento o hospital da sua Ordem. A instituição transformou-se em um centro de estudos, sobretudo médicos. Grande influência exerceu Casidoro, que, depois de brilhante vida pública, recolheu-se ao claustro (Squillace – 558), levando uma coleção de antigos códices. Recomendava a seus irmãos a leitura dos livros de Hipócrates, Galeno e outros, como o de Aureliano Cólío e o do herbário de Dioscórides, devendo-se, entretanto, conservar toda a esperança em Deus. A doutrina de São Bento e sua prática multiplicou-se em outros monastérios, de modo que "pouco a pouco surgem hospitais, asi-

los e hospitais, asilos e hospícios, junto aos conventos”, difundindo-se entre os monges o interesse pelos estudos.

Contém a biblioteca da abadia de Montecassino uma valiosa coleção de códices médicos.

A feição religiosa das organizações hospitalares parece ter tomado maior vulto no período decorrido entre os séculos XII e XVI.

Nos monastérios dos séculos XII e XIII os frades aprendiam noções de medicina.

Com o correr dos anos os monges passaram a exercer a prática médica fora dos conventos, atendendo ao chamado de clientes.

Os Concílios de Clermont, de 1130 e de Letrau, em 1139, proibiram aos monges e canônicos regulares o exercício da prática médica. Em 1219 era ordenada severa proibição de saída dos religiosos AD PHISICAM LEGESVE MONDANAS LEGENDAS.

Honório III (1216-1227) proibiu aos clérigos seculares o exercício da medicina.

O Concílio de Viena, reunido em 1312, decidiu que o tratamento dos enfermos seria feito pelos leigos. Aos religiosos competia o direito de assistência espiritual.

Secularizada a administração pelas ordenações de 1566, 1579, nem por isso desapareceu a contextura religiosa dessas instituições.

* * *

A medicina maometana (GARRISON) deve seus primeiros conhecimentos às circunstâncias resultantes da perseguição de cristãos que se filiaram a Nestorius, patriarca de Constantinopla, em 428. Expulsos com Nestorius, por propagarem a sua doutrina de que Maria não era mãe de Deus e sim mãe de Cristo, penetram no deserto e, como fizeram os judeus, depois dêles, dedicaram-se ao estudo da medicina. Apossando-se da escola de Edessa, na Mesopotâmia, com seus dois grandes hospitais organizaram notável instituição para ensino médico. Repelidos pelo bispo ortodoxo Cirus, em 489, fugiram para a Pérsia, onde suas doutrinas teológicas eram aceitas. Estabeleceram, então, a famosa escola de Gandisapor, ponto de partida da medicina maometana.

Nestes termos narra GARRISON esta passagem, que é assim descrita por VITOR ROBINSON:

“The hunted Nestorians migrated to northwestern Mesopotania, in the Baby Ionian: Assyrian: Israelita town of Edessa – where, the hittities were ancient before the Hellenes came here in the Christian era, we meet St. Ephraim, the Syrian hermit, who learned to speak Coptic and Greek, not by study but through a miracle – according to his anonymous biographer. This saint had wandered far from his pagan fathers; small bald and beardless, he neves smile; again quoting his first biographer: “water was his only drink, and his only

food barley bread and sometimes pulse and vegetables. And his flesh was dried upon his bones, like a potter's sherd. His clothes were of many pieces patched together, the color of dirt". After him followed Rabbula, son of a hearthen priest and a Christian mother. Rabbula did not adopt his mother's faith until converted by an example of miraculous healing; as a Christian he sold all he owned, left his wife and family, and lived in solitude. His fame as a holy man caused him to be chosen bishop, and he who had been silent on the hill – slopes now preached incessantly against heretics, especially the Nestorians.

These men are of medical interest because Ephraim built the first large hospital in Edessa; and upon the ruins of pagan temples, Rabbula erected an infirmary exclusively for women. It is thus apparent that Christianity early promoted the hospital system, but to claim it as a Christian invention is to forget the asylums of the Egyptians at Heliopolis, the iatrea of the Greeks, the **valentudinaria** and the military hospitals of the Romans, the numerous and fully equipped hospitals of Buddhist India".

MAC EACHERN menciona hospitais de grandes proporções, fundados pelos cristãos em Edessa, Hippo, Epheus. O califa El Welid fundou um hospital em Damasco, no ano 707. Harun-al Raschid (786-801) ordenou que cada mesquita tivesse um hospital anexo. No seu califado surgiu um em Bagdad, modelado pelo de Gondisapur. Esta afamada instituição teve na direção em certa época, o celebrado médico Avicena (890-1036), cognominado o "príncipe dos médicos". É também chamado o "pai da geologia" pela sua descrição da origem das montanhas. Em 918, Bagdad possuía dois hospitais. No Cairo um foi instituído em 874. Misr, no Egito, teve três, mais ou menos no período (925, 957, 977). Ainda na mesma época Abud-al-Daula (970) organizou um grande hospital onde vinte e cinco médicos prestavam serviços. Além disso ensinavam, examinavam e conferiam diplomas.

Um concílio (Aquisgrana) traçou as regras para construção do hospital. O edifício devia ser colocado na vizinhança da catedral e dos conventos. Cada sala teria um altar. As camas dos enfermos seriam dispostas segundo uma posição capaz de permitir a observação dos ofícios divinos. Exigia-se uma grande importância para a capela e reserva de espaço para enterramento dos benfeitores e administradores da obra. Dispensários e enfermarias foram se multiplicando nos califados.

Conta-se que no ano de 1160 existiam sessenta instituições dêsse gênero somente em Bagdad. CASTIGLIONI diz que, em conjunto, se conservam notícias de cerca de trinta e quatro hospitais nas terras ocupadas pelo Islã.

Eis o que escreve este autor sobre este período da história dos hospitais (edição espanhola):

"Óptimos y perfectamente organizados eran los hospitales de Egipto. Los más célebres eran los de Bagdad, y muchos médicos de persia y de España acudian a ellos para estudiar medicina: a menudo llevaban consigo nuevos medicamentos y preciosos escritos de medicina y de filosofía. Importa notar que desde los más

antigos tiempos ero obligatorio para los estudiosos musulmanos hacer largos viajes y que la peregrinación a La Meca y a Medina, que los fieles debían emprender por los menos una vez en su vida, se ligaba a menudo con fines científicos.

Los hospitales estaban ya generalmente bien organizados: el de El Cairo, fundado em 1283, era considerado como ejemplar; había en el secciones especiales para heridos, para enfermos de los ojos, para febricitantes, en cuyas salas el aire se refrescaba con funentes, salas para mujeres, cocinas, etc. El hospital era dirigido por un médico que tenía a otros médicos bajo su dependencia y cada día daba lecciones a los discípulos; había enfermeros de ambos sexos; una gran biblioteca y un orfanato estaban anexos al hospital, que formaba parte, como siempre en Oriente, de un conjunto de edificios erigidos en torno a la mezquita que constituía el centro. Los discípulos después de haber seguido las lecciones debían examinar antes médicos ancianos. Por consiguiente se puede considerar que, sin que se pueda hablar de una verdadera y propicia organización médica el ejercicio de la medicina se reservaba para aquellos que habían seguido un curso de estudios, aunque contemporaneamente, como ocurre hoy todavía, la medicina se venía ejerciendo abusivamente por empíricos y charlatantes?.

Em geral os melhores hospitais maometanos parecem ter sido os existentes em Bagdad, em Damasco (1160) e no Cairo (1276-1283). O Hospital Al mansur (1283) formava grande massa construtiva (para a época) de aspecto quadrangular.

Possuía enfermarias separadas para mulheres, para convalescentes, para especialidades médicas, ambulatórios, cozinhas dietéticas, biblioteca, capela, asilo de órfãos. Dispunha de enfermeiros dos dois sexos e dava aos que tinham alta uma soma de dinheiro capaz de atender às primeiras necessidades, fora do hospital.

Era boa a alimentação e aos doentes que sofriam insônia ofereciam música suave e contadores de história para os adormecer.

Um verdadeiro paraíso, segundo nos conta GARRISON. Bagdad era o principal centro de oftalmologia e psiquiatria.

A fundação das universidades, começada e desenvolvida na idade média, a descoberta da imprensa e do microscópio, a intensificação do tráfego entre nações foram fatores de grande magnitude no desenvolvimento da ciência médica.

Bolonha desde eras primitivas constituiu-se o centro para onde convergiam escolares de tôdas as partes do mundo a fim de estudar direito civil e canônico, filosofia, gramática, notariado.

O acúmulo de estudantes e as disputas que se travavam, determinou a necessidade de dividir a cidade em duas partes, uma freqüentada pelos *legistas*, outra pelos *artistas*. Os legistas compreendiam a escola de direito cuja fama decorreu dos grandes mestres que ali lecionaram. Os artistas abrangiam os docentes e discentes de filosofia, medicina, cirurgia, astrologia, matemática. Entre os seus mestres notabilizaram-se, nestes tempos primitivos, Taddeo Alderotti que ensinou medicina e filosofia, durante 55 anos.

O valor da sua escola levou o senado bolonhês a conceder aos artistas os mesmos privilégios de que gozavam os legistas. Morreu em 1295.

Dante, no canto XII do Paraíso a êle se refere, juntamente com Henrique de Sousa, cardeal e bispo de Óstia que, no século XIII, começou os Decretais:

- “28. Não pelo amor do mundo que se engana
Do Ostiense e Thaddeu nos livros lendo
Mas de Jesús pelo maná se afana,
29. Sapiente doutor em breve sendo,
Da santa minha guarda vigilante
Que presto seca pouco zelo havendo”.

Notabilizaram-se, também, Mandino e Luzzi (1326), cuja anatomia comparada, serviu ao ensino até o século XVI, e Alberto de Zancari, a quem Bocácio classifica de: “profundíssimo medico e di chiara fama quasi a tutto il mondo...”

Com o desenvolvimento dos estudos em Bolonha, houve necessidade de construir um edifício próprio para o ensino. Surgiu, destarte, a escola nova ou “archigimnasio” terminada em 1563.

A inauguração foi festiva e entusiástica. Um dos oradores (Lupi) lembrou a variedade de estudantes estrangeiros que se preparam no Stúdio de Bolonha. Outro (Regoli), num ímpeto de entusiasmo comparou aquêle ato ao da criação do mundo, ao *fiat lux, da Biblia*: “Dixit et factum est”.

Em um arroubo de sua eloquência disse que o papa, o legado Borromeio, e o vice-legado Cési seriam, nos tempos do paganismo, proclamados deuses, pelo empreendimento realizado.

Uma medalha com a efigie do papa, de um lado, e a fachada do arquiginásio do outro, foi cunhada para comemorar a calorosa cerimônia.

A nova escola teve, entre seus mestres, um de nacionalidade portuguesa – Tomás Correia, professor de humanidades. A primeira aula de anatomia proferida por Giulio Cezare Aranzio teve imensa assistência que o anfiteatro não pôde conter. Ao lado dêsse grande mestre abrigou as figuras gerais de Marcelo Malpighi e Valsalva. Malpighi, chamado o Galileo da medicina, manteve com serenidade suas triunfantes teorias contra Montalbin e outros que impuseram ao colégio médico o juramento de fidelidade às tradições contra as novas idéias. Não contentes de obrigarem os laureados a um tal compromisso, insultaram o mestre e invadiram sua casa para destruir documentos da sua obra...

No pátio do arquiginásio, fabricava-se a teriaca, medicamento bom para todos os casos, conhecido pelos antigos e usado pelos gregos e

romanos. Compunha-se de 40 a 50 ingredientes adicionados de carne de serpente. Era sobretudo considerado específico contra picada de animais venenosos e eficaz para as feridas e tôdas as enfermidades.

Sua fabricação efetuava-se com cerimonial adequado. No centro ferviam dois grandes caldeirões, tendo em tórno mesas, filtros, alambiques, retortas etc. Ao lado vasos de barro vidrado esperavam a droga preciosa.

O teatro anatômico do arquiginásio de Bolonha, hoje, um monumento do Estado, guarda as mais caras recordações dos grandes homens de ciência que ali exerceram o magistério.

Suas paredes e teto são revestidos de madeira, ricamente decoradas com requadros, nichos, balaústres. Doze estátuas de tamanho natural esculpidas por Giovannetti, representam os mais célebres médicos e anatomistas da antiguidade.

Numerosos bustos homenageiam os doutores que discorreram sôbre anatomia, ainda que sòmente sob o ponto de vista filosófico, como Imério, filósofo e professor de direito.

Na decoração do teto figuram Apolo e o signo do zodáico, trabalho realizado em 1645.

As lições anatômicas eram ministradas sob um ritual que dava ao cerimonial um caráter de grande solenidade.

Missa especial era celebrada no dia da aula, em sufrágio da alma do cadáver a ser dissecado.

Tôda Bolonha acudia para presenciar o espetáculo, inclusive o cardeal legado, as autoridades da comuna, senadores, conselheiros, professôres, estudantes, fadas de damasco.

O cadáver era colocado sôbre mesa de mármore, ao meio da sala, com duas velas acêsas.

Quando o mestre proferia a sua primeira aula, o cerimonial era mais complicado. Devia prestar homenagem ao prior dos médicos. Constava a oferta de oito círios de cêra branca de Veneza, dois pães de açúcar e um par de finas luvas de Roma. O presente era ofertado em um prato de porcelana.

De um modo geral a medicina medieval pode ser classificada, de acôrdo com NEUBERGER, em quatro períodos; quinto ao décimo século, de caráter monástico; décimo primeiro ao décimo segundo séculos, influenciada pela grande escola de Salerno, a “cívitas hipocrática”; décimo terceiro século, de entrosamento da cultura árabe com a do oeste; neste período os hospitais começaram a passar das mãos das autoridades eclesiásticas para as da municipalidade; décimo quarto século – pré-renascença. No nono século foi estudada como parte da física, ao lado da aritmética, geometria, mecânica, astronomia e música. Daí o

título de “physicus” dado ao médico. Na língua inglesa é ainda conservada a denominação de “physician”. Em Portugal e no Brasil colonial usava-se oficialmente o título de físico-mor.

Nesse período não é possível silenciar o nome de Roger Bacon, o “doctor mirabilis” que era ao mesmo tempo médico, filólogo, matemático, astrônomo, físico, geógrafo e químico.

A idade média foi assolada por grandes epidemias, exigindo a organização de lazaretos para quarentenas, parecendo que o primeiro foi estabelecendo em Pisa, junto à igreja de S. Lázaro, em 1464.

Na *renascença* as organizações hospitalares foram, cada vez mais, adquirindo o caráter municipal. Era a consequência do movimento que a partir do século XIII começou a subtrair os hospitais da influência monástica medieval.

O progresso da ciência foi, naturalmente, determinando o aperfeiçoamento gradual dessas casas de assistência. Principalmente a cirurgia tomou bom impulso não só pelo melhoramento dos conhecimentos anatómicos, como, também, pelo abandono da obediência ao édito da igreja, de 1163, que proibia ao clero (lembra a influência monástica da época), a realização de operações que demandassem derramamento de sangue.

É oportuno recordar, neste particular, “mutatis-mutandi”, – defesa de Portia contra o judeu Shilock, no Mercador de Veneza”, de Shakespeare: que seja retirado um pedaço de carne perto do coração de Antônio mas... sem a perda de uma só gota de sangue!

A execução do édito fizera a cirurgia cair nas mãos dos barbeiros. E vemos, já no século XVI, os cirurgiões ingleses, de longas e de curtas vestes se agruparem em uma instituição chamada “Companhia dos Barbeiros – Cirurgiões de Londres”. Ocorreu este fato em 1540, depois da existência do “Royal College of Surgeons”, de Edinburgo (cirurgiões de longas vestes), criado em 1506 e do “Royal College of Physicians of England”, estabelecido por Linacre em 1528. Os cirurgiões de longas vestes, constituíam um pequeno grupo, educado nas universidades e autorizado praticar todos os processos operatórios; os de curtas vestes eram os barbeiros encarregados de fazer a barba e outras atividades médico-cirúrgicas.

O advento da Reforma prejudicou o progresso hospitalar no século XVI. Henrique VIII ordenou que os hospitais católicos fôssem secularizados ou destruídos (MAC EACHEN). Os doentes foram lançados à rua. Os londrinos solicitaram ao rei entrega de um ou dois edifícios e suficiente auxílio financeiro, para mantê-los. O rei, acendendo ao pedido, restaurou o hospital de São Bartolomeu, entregando sua direção ao cirurgião Tomás Vicary, seu médico pessoal.

Em 1634, constituiu-se a ordem das irmãs de caridade de São Vicente de Paulo, originada no Hotel Dieu, de Paris, por um pequeno grupo de moças que aprenderam enfermagem.

Durante a renascença grandes homens de ciência trouxeram magnífica contribuição ao progresso da medicina.

Basta citar os nomes de Paracelsus, (AUREOLUS THEOPHRASTUS BOMBASTUS Von Hohmheim) Leonardo da Vinci, Andréa Vesalius, Bartolomeu Eustachi, Sylvius, (JÁCQUES DUBOIS) Gabriele Fallopio, Fabricius ad Aquapendente, Sonstanzo Varolio, Ambroise Parré, Andréa Cesalpino, Girolamo Fracastoro, etc.

A Espanha beneficiou-se da magnífica influência da medicina árabe. A academia de Córdoba (960) teve uma biblioteca de trezentos mil volumes e, em outros pontos, como Toledo, Sevilha e Múrcia, instituições de ensino se organizaram.

Na Espanha um dos mais notáveis hospitais da antiguidade foi o xenodóquio que MAUSONA edificou em MÉRIDA durante a dominação visigoda. Entre os mais remotos hospitais da Espanha citam-se o de Oviedo, fundado por Afonso Ely Casto, em 802; o de Córdoba (873), e os de Toledo, Sevilha e Algélicas estabelecidos pelos muçulmanos; o de Barcelona, restaurado (1045) por Guilart; o “Domus Dei”, em Pôrto Marin, em 1126; o de Santiago, ampliado por Gelmirez 1126; o del Rey, em Burgos; o Colon ou Santa Cruz, em Barcelona (1238); o de Valência, em 1238. Os tipos dêstes edificios foram classificados por LOMPEREZ Y ROMEA em *basilical, cruciforme e palaciano*.

Tipo basilical:

“Un gran edificio de piedra, extensas naves abovedadas sostenidos por macizas columnas; estrechas ventanas; galeria claustral, circundante; em el fondo, uma capilla; fran chimenea en el otra frente; en las paredes, al lado de las camas, nichos para lamparas y otros á moda de mesas de noche”.

Era o caráter dos hospitais da idade média de que foi exemplo, na Espanha a hospital de Burgos.

Tipo cruciforme:

“Consiste en dos grandes crujijs de igual longitud, que formam una cruz griega con dos pisos; en el encuentro de los brazos hay un crucero con la altura de ambos, coronado por una linterna. Los brazos de la cruz abrazan cuatro patios cuyo perimetro se cierra con crujijs que continem los servicios. El edificio, en totalidad, ten planta quadrada. La capilla se colocaba en el crucero ó en el extremo del brazo en la cabecera. Los enfermos, desde las camas a assomndose à las balastradas presenciaban los divinos officios”.

Exemplos: os hospitais de Santiago, de 1501; de Toledo, de 1504; de Granada, de 1511.

Tipo palaciano;

“Un conjunto cuadrado ó rectangular, cuyo nucleo es un patio ó dos con variantes, en la colocación de la iglesia en el fondo del patio ó en un lado”.

Nestes três tipos podem ser incluídos todos os edifícios hospitalares da Europa meridional e do Renascimento.

Em princípio do século XVII começam a aparecer novas disposições como a adotada por Cláudio Vellepoux no Hospital São Luís, de Paris, e que serviu de modelo a um grande número de construções hospitalares.

A principal inovação consistia em não superpor os doentes por andares. No pavimento térreo eram localizados os serviços gerais. O pavimento seguinte era reservado para os enfermos. As enfermarias eram cobertas com abóbadas.

Em cima do pavimento reservado aos doentes não deveria haver outro nem para pessoas sãs, nem para contagiosos, nem para qualquer outro fim.

Cada doente no Hospital São Luís dispunha de uma grande cubagem de ar. O plano de São Luís foi adotado por muitos hospitais. Renunciou-se, porém, ao princípio e diminuição do seu comprimento, tornou-se escassa a ventilação do pátio. Suprimiu-se, então, um dos lados do que resultou a forma em C. Esta forma foi adotada principalmente nos hospitais militares. Vouban foi quem mais empregou êsse tipo. O Hospital Militar de Vincennes, acabado em 1858, derivou dêsse plano, porém, com um aperfeiçoamento: as três partes do C. ficaram isoladas umas das outras, como três retângulos independentes, de modo a facilitar insolação e arejamento de cada peça.

O século XVII, um século de gênios, que produziu homens como Newton, Leibnitz, Descartes, Spinoza, Shakespeare, Milton, Cervantes, Molière, Bach, Velasquez, Rembrandt etc., foi também fértil no aparecimento de grandes figuras da ciência médica. Bastaria William Harvey (1578-1657), (De Moto Codis) para preencher o século.

Não foram, porém, menos notáveis outros homens de ciência que, nesse período de tempo, fizeram, pelas suas genias pesquisas, notáveis decobrimentos, no campo da biologia e ciências correlatas.

Bastará citar o grande jesuíta ATHANASIUS KIRCHER (médico, matemático, físico, musicista, orientalista) com seu “Serutinium Pestis”; Robert Hooke; Jan Swammerdan; Antony von Leeuwenhock; Marcelo Malpighi; René Descartes; (De Homine); Regner de Graaf; Thomaz Sydenham.

No século XVIII houve grande progresso na construção hospitalar, motivado pelo incêndio do Hotel Dieu, de Paris, ocorrido em 1772. A Academia de Ciências foi encarregada de elaborar o programa para a nova construção. Colaboraram neste trabalho, Lavoisier, Laplace, Tenon, Bailly, Coulon, Tillet, Lassone, Daubenton e d'Arcel. A situação dos hospitais era lúgubre, a esse tempo, como se verifica pelo seguinte relatório:

"Ils ont vu les morts mêlés avec les vivants, dit le mémoire; des salles dont les passages sont étroits, ou Pair croupit faute de pouvoir se renouveler, ou la lumière ne pénètre que faiblement et chargée de vapeurs humides. Les commissaires ont vu les convalescents mêlés dans les mêmes salles avec les malades, les ourants et les morts... la salle de fous contigue à celle des malheureux qui ont les plus cruelles opérations et qui ne peuvent espérer de repos dans le voisinage de ces insensés, dont les cris frénétiques se font entendre jour et nuit... des linges que l'on chauffe en grand nombre, et qui retirés d'un malade, sont passés à un autre; des pots à boire rincés à la hâte, et qui dans la distribution passent d'un malade galeux à un qui ne l'est, pas, un malade arrivant placé souvent dans le lit et dans les draps d'un galex qui vient de mourir. La gale est presque générale, elle est perpétuelles à l'Hôtel-Dieu; les chirurgiens, les religieuses, les infirmiers la contractent ou en pansant les malades ou en maniant leurs linges. Les malades guéris qui l'ont contractée la portent dans leurs familles, et l'Hôtel-Dieu est une soure inépuisable d'ou cette maladie se répand dans Paris... La salle des opérations ou l'on trépane, où l'on taille, ou l'on ampute les membres contient également et ceux que l'on opéré, et ceux qui doivent être opérés, et ceux les sont déjà. Les opérations s'y font au milieu de la salle même; on y voit les préparatifs du supplice, on y entend les cris des suppliciés, celui qui doit l'être le lendemain a devant lui le tableau de ses souffrances futures; et celui qui a passé par cette terrible épreuve, qu'on juge comme il doit être profondément remué par ces cris de douleur! ces terreurs, ces emotions, il les reçoit au milieu des accidentés de l'inflammation ou de la suppurations, au prejudice de son rétablissement et au hasard de sa vie... La salle Saint-Joseph, est consacrée aux femmes enceintes: légimes ou de mauvaises moeuses, elles y sont toutes ensemble: trois ou quatre en cet état couchent dans le même lit, exposées à insomnie à la contagion de voisines, et en danger de blesser leurs enfants. Les femmes accouchées sont aussi réunis quatre et plus dans un seul lit, à diverses époques de leurs couches. Le coeur se soulève à la seule idée de cette situation, ou elles s'infectent mutuellement. La plupart périssent ou sortent languissantes. Indépendamment de toutes les causes qui tendent à corrompre l'air de cet hôpital, lorsqu'il faut changer la paille des lits, il n'y a point de place particulière pour se rechange: il se fait au milieu des salles et lorsqu'on ouvre ces paillasses ou tant d'infirmités se sont reposées, on conçoit l'odeur qui s'en exhale. Il a y plus chaque salle contient plusieurs lites à la paille pour les agonisants et pour ceux qui gatent leurs lits. On les réunit sur cette paille quelques fois cinq ou six; elle est simplement amoncelée sur la couchette et bridée par un drap. C'est quelquefois là, ou milieu de ces agonisants, au milieu de ces malades salis, que l'on met pour temps ceux qui arrivent de bonne heure et qu'on ne sait encore ou placer... Il faut voir ces horreurs pour s'en convaincre, ou plutôt il faudrait les fuir, les éloigner de sa pensée, si Ion l'on n'était pas obligé de les connaitre, afin d'en montrer les terribles incovénients et les prévenir".

As conclusões da comissão, acima mencionada, serviram durante mais de um século de guia para quase tôdas as construções hospitalares.

O Hôtel de Dieu continha 1.100 leitos para um doente, cada um, e 600 leitos grandes, para mais de uma pessoa, cada um, podendo, assim a instituição abrigar cerca de 2.500 doentes, em total. Para o programa de reconstrução era exigida a capacidade de 5.000 leitos. A Academia rebelou-se contra esta previsão:

"Um hospital de 5.000 leitos, esclareceu a Comissão, é uma cidade e uma cidade mais populosa que as três quartas partes das cidades da França".

"Constitui um grande inconveniente esta aglomeração em um espaço desproporcionado já que um hospital, por bem disposto que seja é sempre um receptáculo de males e misérias; e um quadro espantoso considerar êstes males acumulados em número de 5.000 imergidos em um mesmo volume de ar repleto de miasmas e emanações fétidas" (*sic.*)

Sobre o número de leitos tinha razão a Academia de Ciências de Paris. Muito judiciosa foi a sua proposta de construir quatro hospitais de 1.200 leitos, cada um, ao invés de um de 5.000. Tratou também, de reduzir o número de doentes em cada enfermaria. Muitos projetos foram apresentados sobre a forma de cruz, de estrêla, etc.

Em resumo, a comissão da Academia de Ciência propôs:

1. redução do número de leitos de cada hospital – 1.200 leitos;
2. redução do número de leitos de cada enfermaria;
3. maior isolamento das salas, umas das outras;
4. condenação das salas contínuas do Hospital São Luís;
5. disposição das salas de modo a se constituírem aberturas de todos os lados, para renovação do ar;
6. colocação dos pavilhões em ordem, paralela e orientados no sentido mais favorável;
7. exposição das fachadas uma ao Norte e outra ao Sul;
8. construção de um só pavilhão destinado aos enfermos, dois pavimentos em caso de escassez de terreno;
9. concessão para 3 andares; em certos casos, o mais elevado para os empregados, o térreo e o intermediário para os enfermos.

As idéias propostas não foram bem aproveitadas na ocasião pois o programa da Comissão só foi seguido completamente 70 anos mais tarde, por ocasião de ser construído o H. Lariboisière, em 1854.

Quanto ao Hôtel de Dieu, foi reconstruído quase que nas mesmas condições do hospital incendiado. Todavia, os planos da Academia de Paris exerceram notável influência na construção hospitalar de tempos idos.

É interessante passar em revista alguns dos planos apresentados.

IBERTI propôs um edifício em cruz com cúpula central, segundo as linhas do H. de Florença, muito conceituado na época. Os pavilhões seriam de dois pavimentos, o inferior para os serviços gerais e o superior para as enfermarias. Sob a cúpula central situava-se a cozinha.

Petit preconizava uma disposição das salas em forma de estrêla, com cúpula central e uma capela sob esta. Payet, queria, também, a forma estrelar, porém, com galerias periféricas ligando os raios.

Eis a reprodução das principais características do plano da Academia de Paris:

"On construira suivant des lignes parallèles, avec des intervalles suffisants, les différents corps de logis destiné à composer l'Hôpital. Celui-ci comprendra quatorze pavillons rangés sur des files, l'un à droite et l'autre à gauche, l'une pour les hommes et l'autre pour les femmes. Ces deux files seront séparées par une vaste cour de 28 toises le large sur plus de 120 de longueur; c'est une grande masse d'air placée au centre et répandue sur un espace d'environ 4 arpents. On pourra placer dans cette cour un jardin de plantes médicinales, en réservant au pourtour une rue de 24 pieds de large. Il contiendra encore près de 3 arpents, et, outre son utilité. Il sera d'un aspect plus agréable qu'une cour sèche et nue qui blesse le plus souvent la vue par la forte réflexion des rayons solaires.

Chaque pavillon sera séparé des autres par un espace ou jardin, de 12 toises de large sur toute la longueur du bâtiment, c'est à dire sur 28 toises environ. Cet espace, où il n'y aura des d'arbres, sera le promenoir à part pour ses convalecents; il aura ses registres et sa mortalité sera connue et déterminée; on pourra fermer ce pavillon et son promenoir, et ils nauront jamais avec le reste re l'hôpital que la communication bue l'on voudra.

Les malades seront divisés par catégories. Les fous seront à l'hôpital Sainte-Anne et on y placera les appareils et le traitement particulier qu'ils exigent; il sera bon d'aménager une salle et un traitement pour les hydrophobes; il sera à propos d'attribuer dans tous les hôpitaux une salle particulière aux pulmoniques".

É interessante notar a influência que tiveram estas idéias em Portugal. Em 1890 a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra nomeou uma comissão para estudar o plano de um nôvo hospital de ensino. Em suas reuniões os encarregados dessa tarefa foram determinando as diretivas a que se deveria subordinar o projeto. Estabeleceram as bases de pavilhões isolados, enfermarias de 30 leitos, sem superposição de pavimentos, três quartos de isolamento, "uma casa para distração de doentes de pé", diferentes "casas para enfermeiros", pequena cozinha, banhos, lavatórios e latrinas. A área média seria de 80 a 100 metros quadrados por leitos. Um dos membros da comissão apresentou dois ante-projetos e vangloriava-se de ter em 1833 indicado a necessidade

de pavilhões separados, sistema que observou, posteriormente, na exposição de Paris de 1878, em que figuravam projetos de pavilhões, isolados por tôdas as quatro faces", como o sistema Tollot e do hospital do Havre.

Êste membro de Comissão, A. A. da Costa Simões, era favorável ao pavilhão de um só pavimento e defende-se de ter propôsto dois pavimentos, em uma reconstrução, porque verificou tal circunstância no H. de Carabouchel, em Madrid e nos hospitais de Berne, Aarau, Vichy, Saint Etienne e Urbau, de Berlim.

Por motivos econômicos havia recorrido a dois pavimentos mas concordava em que o verdadeiro sistema deveria ser o de *pavilhões isolados de um único andar*.

Houve polêmica sôbre os projetos de Costa Simões que se acreditava um grande conhecedor do assunto, tendo escrito um livro sôbre "Construções hospitalares" e outro sob o título "Hospitais da Universidade de Coimbra".

Discorrendo sôbre as reformas que empreendeu no H. da Universidade, Costa Simões empenha-se em demonstrar o estado lamentável em que se achavam as edificações principalmente sob o ponto de vista sanitário.

O sistema de pavilhões separados propagou-se, o mesmo não ocorrendo com o plano de um só piso para doentes. O H. de Bordéus seguiu êste preceito mas, o Larisboisière, o Tenen (1875), o Hôtel Dieu (1876), todos em Paris, tiveram três pavimentos superpostos para enfermarias.

A Sociedade de Cirurgia de Paris admitiu os seguintes princípios: cinquenta metros cúbicos de ar por leito; enfermarias com o máximo de 15 a 20 camas e arejadas naturalmente; uma sala de repouso para os convalescentes; salas suplementares para permitir a evacuação e desinfecção periódica das enfermarias; cada pavilhão com dois andares apenas, um térreo e outro superior.

O êxito dos norte-americanos, com o tratamento dos feridos e enfermos, na guerra de Sucessão, mantendo-os em barracões de madeira, levou alguns médicos a preconizar a construção de pavilhões dêste material a fim de serem queimados todos os anos. Intentou-se, também, revestir as paredes das enfermarias de material rigorosamente impermeável e resistente à ação do fogo. A superfície assim preparada seria queimada com auxílio de lâmpadas de álcool. O custo destas obras desencorajou os seus preconizadores:

"Fué preciso, pues volver á la construcción ordinaria, pero se buscó el evitar in infección exponiendo al aire la superficie extrena de cada pared, muro, techo é suelo. Hase demostrado, en afecto, que se produce en el interior del muro, en los pores de la piedra ó del ladrillo, una verdadeira combustión quimica que destruye rápidamente todos los gérmenes".

Êste conceito foi naturalmente um consôlo para os que preocupavam com tão rigorosos preceitos de assépsia.

A Enciclopédia Universal Ilustrada, edição de 1925, determinou as seguintes disposições gerais para construção dos hospitais:

- 1.^a) O hospital deve situar-se, sempre que possível, fora das cidades, em terreno sêco e salubre.
- 2.^a) A área média deve alcançar 100 a 150 metros quadrados por leito.
- 3.^a) É preciso dar grande importância à adução de água e drenagem dos produtos residuais e fluviais.
- 4.^a) Os pavilhões devem ser paralelos e orientados de modo mais vantajoso, tendo em conta o clima e a direção dos ventos reinantes.
- 5.^a) Devem ser separados, entre si, por pátios que tenham a amplitude de uma vez e meia a altura do pavilhão.
- 6.^a) Entre os pavilhões devem existir avenidas ou jardins.
- 7.^a) Os serviços que possam ser causa de infecções devem ser colocados de maneira a que os ventos não conduzam as emanações às enfermarias.
- 8.^a) O prédio deve ser exposto à ação saneadora das correntes áreas.
- 9.^a) Devem ser evitados os pátios fechados e saliências disponíveis.
- 10.^a) Deve ser evitada a superposição de enfermarias.
- 11.^a) As enfermarias de contagiantes e cirúrgicas em nenhum caso devem ter mais de um piso com enfermos.
- 12.^a) As enfermarias não devem sofrer a umidade do solo, por isso devem ser erigidas sôbre arcos de 2,00 de altura para circulação inferior de ar.
- 13.^a) As superfícies exteriores devem ser submetidas quanto mais possível à ação saneadora do ar.
- 14.^a) Cada enfermaria deverá ter no máximo 20 doentes de cirurgia e 30 de medicina.
- 15.^a) Os doentes de cirurgia devem ter uma cubação de ar de 60 a 70 metros cúbicos, os de medicina de 45 a 50 metros.
- 16.^a) O ar viciado deve ser expulso pela parte superior da sala.
- 17.^a) Serão suprimidas nas salas todos os salientes inúteis.
- 18.^a) Deve ser feito o saneamento por meio de W.C., bidets, com água abundante e sifões.

Quase tudo quanto está estabelecido nestas regras construtivas de 1925, da Espasa entrou definitivamente para a história antiga. É incrível que uma enciclopédia tão famosa como é a editada pela Espasa – Calpe – S.A. ainda divulgasse, como divulgou, idéias tão antiquadas no ano de 1925. E admira-se que em New York houvesse um hospital de sete pisos, com 200 leitos funcionando, *com êxito*, sob o ponto de vista da salubridade!

Na época em que a Espasa saiu à luz (1925), percorri grande parte da América do Norte, onde já se elevavam numerosos hospitais arranha-céus como o de Ann Arbor, por exemplo.

Cêrca de 1925 eram já numerosos os hospitais com muitos andares, como, por exemplo, o Henry Ford, de Detroit, Mich., iniciado em 1911 (5 a 6 pavimentos), o Good Samaritan, de Cincinnati, Ohio (7 a 8 pavimentos); o Mt. Sinai, de New York (7 pavimentos); o Fifth Avenue, de New York (9-10 pavimentos); o Ohio Valley, Wheeling, W. Va (6 pavimentos); o H. Phipps Psychiatric Clinic, J. Hopkins H. Baltimore, Md. (5 pavimentos); o Royal Victoria, de Montreal, Canadá (5 pavimentos), o Notre Dame, de Montreal, Canadá (6 pavimentos); o University College H. de Londres, etc.

E nesse mesmo ano de 1925, abriram-se os terrenos do Centro Médico de New York para receber as fundações da imensa e concentrada estrutura do H. Presbiteriano de *vinte e dois pavimentos*. O êxito dêsse tipo de construção em monobloco autorizou a sua adoção para o Centro Médico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Foi êsse o parecer da Comissão de que fiz parte juntamente com os professôres Rezende Puech e Benedito Montenegro.

Nestes moldes foram executados os projetos no Escritório de Obras da Faculdade de Medicina de São Paulo, sob a direção técnica de Rezende Puech e Souza Campos.

O projeto do edificio para os laboratórios foi executado em 1928-1930. O plano do hospital, traçado contemporaneamente, só agora vem sendo pôsto em obra, após algumas modificações na retificação das alas e de um ou outro elemento de composição interna.

No século XVIII, a ciência médica progrediu sob o vigoroso impulso de grandes pesquisadores, entre os quais avultam as figuras de Carl von Linné (Linnaeus), Haller, Galvani, Lavoisier, Monro, Scarpa, J. Hunter, Gaspar F. Wolf, Jean Louis Petit, Morgagni, Baillie, von Svieten, etc.

Sôbre os hospitais do século XVIII, eis uma relação apresentada por GARRISON:

"The principal London hospital were the Westminster (1719), Guy's (1725). St. George's (1733), The London (1740); the Middlesex (1745), and the Small-pox Hospital (1746), and there were provincial hospitals at York (1710), Salisbury (1716), Cambridge (1719), Bristol (1736), Widsor (1736), Northampton (1743),

Exeter (1745), Newcastle (1715), Manchester (1753), Chester (1955), Leeds (1767), Stafford (1769), Oxford (1770), Leicester (1771), Norwich (1771), Birmingham (1778), Nottingham (1782), Canterbury (1793), and Stafford (1797). In Scotland hospitals were founded at Edinburgh (Royal Infirmary, (1729), (1736), Aberdeen (1739), Dunfries (1775), Montrose (1780), Glasgow (1794), and Dundee (1795); in Ireland, at Cork (1720-22), Limerick (1759), and Belfast (1797), while the earliest of the Dublin hospitals were the Jervis Street (1726), Stevens's (1733), Mercer's (1734), and the Math Hospital (1756). The Royal Sea-Bathing Infirmary for Scrofula, a new departure in the treatment of surgical tuberculosis, was opened at Margate, in 1791. Children's hospital were founded at London by George Armstrong (1769), and at Vienna by J. J. Mastalier and L. A. Gölis (1787). The Charité at Berlin (1710), the Alberg dei poveri at Naples (1751), the Allgemeines Krankenhaus at Vienna (1784), the Necker (1779), Cochin (1780), Beaujon (1785), and St., Antoine at Paris were among the larger hospitals founded on the continent. To Catherine II, Moscow owed the Catherine, Pavlovski, and Goltzin Hospitals, and insane asylum and a foundling asylum (1764); St. Petersburg the Obukhovski Hospital (1784), a Foundling Hospital (1770), and a "Secret Hospital" for venereal diseases (1763), the linen of which was made "Discretion".

Sobre as atividades hospitalares do século XVIII, MAC EACHEN dedica um capítulo de pouco mais de página e meia, no seu livro "Hospital Organization and Management". Focaliza, especialmente, a situação da Inglaterra. Conta que no começo do século o "Royal College of Physicians" estabeleceu um dispensário, com serviço médico gratuito e pagamento das receitas pelo preço de custo, para os pobres. Controvérsias e processos judiciais puseram termo ao empreendimento. Apesar disso a "Westminster Charitable Society" fundou outra instituição análoga, em 1715, de cuja iniciativa resultou o estabelecimento do Hospital de Westminster, em 1719. Conservou este os serviços médicos gratuitos. O sucesso dessa organização abriu caminho para outros ambulatórios. Em 1729 e anos seguintes, instalaram-se as "Royal infirmary" em Edimburgo, Winchester, Aberdeen e os hospitais: "Guy" (1724), "Telford Street" (1728); "S. George" (1733), "London" (1740), "Middlesex" (1745), "Lying In" (1745), "British Lying-In" (1749), "City of London Lying-In" (1750), "Manchester" (1753). "O Hospital de caridade de Berlin" é de 1710 e o "Allgemeines Krankenhaus", de Viena, data de 1795.

CAPÍTULO SEGUNDO

EVOLUÇÃO DOS HOSPITAIS

O hospital oriundo de épocas remotas, anteriores ao cristianismo, e desenvolvido por iniciativa de organizações religiosas, converteu-se em instituição social como obrigação do Estado que passou a fundá-los e mantê-los quando se estabeleceu a transformação política democrática. Com o advento da nova ordem começou a administração pública a tomar a seu cargo a assistência médica, em estabelecimentos hospitalares de frequência gratuita. A assistência privada não desapareceu, antes acompanhou o desenvolvimento da obra dos governos que, reconhecendo-lhes os méritos, entrou a auxiliá-la por meio de subvenções e regalias.

Eram minguidos os recursos pecuniários postos a serviço dessa obra de assistência. Precaríssimas se apresentavam portanto as condições de conforto e higiene. Só indivíduos inteiramente desprovidos de meios de subsistência socorriam-se dessas casas. O hospital servia apenas para os pobres. Os que podiam pagar tratavam-se em sua própria residência. Cirurgiões preferiam operar nas casas de seus clientes, tão mesquinhos eram os setores cirúrgicos do hospital.

Não é difícil admitir quão doloroso deveria ser o quadro, sabendo-se que o mundo ainda se achava no período prepasteuriano e prelisteriano.

E as salas de cirurgia, sem a preservação asséptica dos nossos tempos, comportavam simultaneamente os que iam ser operados, os que se submetiam ao ato operatório e os post-operados.

Era grande a mortalidade. Vieram então as medidas de cooperativismo destinados a canalizar maiores auxílios monetários para a causa.

Com o melhoramento das condições hospitalares, as classes ativas da sociedade passaram a dêles se utilizar.

No Brasil, ainda em data não muito longínqua, os abastados não procuravam o hospital. As maternidades quase só serviam para os pobres.

O aperfeiçoamento das instalações e do equipamento inverteu a orientação dos médicos e cirurgiões. Passaram êstes a reclamar ou a impor o internamento dos seus doentes em hospitais e casas de saúde.

O progresso da ciência e da técnica foi desvendando novos horizontes que se estenderam com o prenúncio da era bacteriana, descortinada pelas pesquisas e pelas aplicações dos novos conhecimentos por Lister. E êste podia dizer: “tôda a questão mudou de aspecto depois que Pasteur provou que o pus dependia de micróbios capazes de germinar nas feridas”.

O receio da contaminação entre os doentes levou os técnicos da época a descentralizar o hospital que até então era concentrado. Surgiu destarte o hospital-jardim, subdividido em pavilhões, distribuídos em extensa área.

Tivemos, então, o tipo que pode ser caracterizado pelo Eppendorf de Hamburgo, com seus 1.500 leitos dispersos em setenta edificios independentes, ou o Virchow de Berlim, com seus trinta pavilhões, de dois pavimentos, com capacidade total de 2.000 camas. O tipo de pavilhões dispersos, predominante na Alemanha, era, também, seguido na França: o Nouvelle Pitié, de Paris, o Edouard Heriot (La Grange-Blanche), de Lyon. Em forma menos dispersiva o hospital de Cairo, o Maggiore, de Milão, o de Como, o de Bergamo, o de Bréscia, etc., cingiram-se a êste estilo.

Com o melhoramento das instalações e o progresso científico a cirurgia entrou em rápido progresso. O aperfeiçoamento da técnica operatória foi determinando a necessidade de instalações e aparelhamentos cada vez mais complexos e dispendiosos. Apareceram as especialidades cirúrgicas como a oftalmologia, a otorrinolaringologia, a neuro cirurgia, cirurgia estética, solicitando novas condições de técnica e de ambiência. E neste particular a guerra de 1914-1918 foi um grande campo experimental principalmente para a cirurgia.

O custo das instalações cirúrgicas assumiu grandes proporções. Convinha dar a êstes setores o máximo de rendimento. A fisioterapia e a fisiodiagnóstico tomaram grande impulso, obrigando os hospitais a uma despesa elevada com a aquisição e manutenção do aparelhamento indispensável. Os laboratórios com o desenvolvimento da imunologia, da bacteriologia, da parasitologia, da anatomia patológica, da química fisiológica, da fisiologia, da farmacologia, da dietética, impuseram a multiplicidade de serviços e de técnicos especializados para seu desempenho. Todas estas circunstâncias foram indicando a necessidade de retorno ao tipo concentrado. A pluralidade dos pavilhões complicou imensamente o problema dos transportes; transportes de doentes, de medicamentos, de médicos, de pessoal subalterno, de material de laboratório, de medicamentos, de refeições. As canalizações de água e esgotos, a rede de electricidade e de sinais luminosos, a tubulação de

aquecimento estendiam-se em centenas de metros para se distribuir pelos edifícios dispersos. Tudo isso exigia pessoal numeroso e grandes despesas de instalação e manutenção. Todavia, ainda por muito tempo foi se mantendo o “tabú” do pavilhão. Alegava-se que assim o exigia o nova ciência bacteriológica. Esta indicava a necessidade de isolar os contagiosos. Não havia, entretanto, vantagem em isolar os não contagiosos.

Por outro lado os pavilhões dispersos mais em contacto com o solo, mais susceptíveis de invasão pelas moscas e pela poeira, antes favoreciam o contágio, pelo acesso fácil.

As próprias experiências de Pasteur o estavam demonstrando. Colocando placas de Petri a diversas alturas a partir do nível do solo ele verificou que o número de colônias microbianas decrescia com a altitude.

Na realidade as precauções de assépsia não passavam de um pretêxto egoísta dos chefes de clínica, que queriam ter, em edifícios independentes, os seus próprios institutos. JEAN WALTER no seu trabalho intitulado “renversement des doctrines en matière de constructions hospitalaires” acentua este ponto:

"En fait, les theories pastoriennes n'ont été qu'un preaexte: le corps médical, par esprit individualiste, par gout de faire des recherches à l'abri de tous les yeux, de ne dependre de personne, a imposé à des architectes trop dociles ces plans monstrueux d'hôpitaux, dont de prix de revient exprimé en or a augmenté em cinquante ans dans la proportion de 1 a 7 et dont le prix d'exploration est si éleve qu'aucun budget ne pent le supporter.

Si encore tous ces sacrifices avaient été consentis pour améloirer le sort du malade, les soins qu'on liu donne, pour aider le personnel medical dans sa tâche, on pourrait pretendre que les résultats justifient les dépenses de construction et d'exploration. Mais il n'en est malheureusement rien: tous les édifices construits de 1880 à 1930 ne sont pas susceptibles d'être équipés utilement avec tout l'appareillage que la science et l'industrie ont mis à la disposition de ceux qui pratiquent l'art de guerir".

A prática foi demonstrando que os pavilhões dispersos não reduziam o contágio hospitalar.

Por outro lado, a arquitetura progrediu. Surgiram as construções metálicas e de concreto armado permitindo a edificação econômica de prédios com muitos pavimentos – os chamados arranha-céus. Os transportes por elevadores tomaram incremento e popularizaram-se. Entrou no conceito geral a idéia de simplicidade e economia do transporte vertical pela poupança de pessoal de serviço e do tempo precioso dos técnicos.

Ouçamos de nôvo os argumentos de JEAN WALTER em favor da concentração hospitalar em monobloco:

“Du point de vue de l'équipement, il faut considerer que si l'on arrive à installer dans un hôpital pavillonné une chaufferie, une buanderie, une cuisine, un service de radiologia modernes, ces services restent les maillons détachés d'une grande chaîne, leur exploitation est ruineuse et donne peu de résultat. En effet, ces installations n'ont d'utilité que si elles sont à la portée des usages. Or, dans un hôpital pavillonné, le transport d'un malade à une salle de radiographie ou à un laboratoire se fait lentement, à travers des galeries interminables, dans lesquelles le malade est dangereusement exposé. Les relations, entre un service et un autre sont difficiles, la distribution des aliments est interminable, la nourriture arrive froide. L'importance du personnel que nécessitent tous les longs mouvements inutiles est augmentée par le peu de rendement de Chacun. Toute surveillance est impossible dans le dédale infini des salles et des galeries.

Le personnel, exténué par des déplacements, est énérvé dur pour les malades, l'impatience de ceux-ci est grande lorsqu'ils attendent indéfiniment un remède ou les soins d'une infirmière partie pour une course dans l'hôpital. Cela ne facilite pas les guérisons.

Le malade ne peut recevoir que des soins insuffisants parce que les méthodes de diagnostic et de thérapeutique qu'il ont été mises au point par la science moderne demandent l'usage de laboratoires meublés d'instruments nombreux. Ceux-ci ne peuvent servir que s'ils sont à la portée des malades; éloignés, ils ne peuvent être d'un usage courant et remplir leur office.

D'un autre point de vue, il faut considérer qu'un malade dépend plus, comme autrefois, d'un seul spécialiste. Chaque médecin a besoin de connaître sans cesse et souvent très vite les avis de chefs d'autres services, des spécialistes, des radiographes et des chefs de laboratoire de l'hôpital.

Les chirurgiens, pendant les cours d'une opération, ne réclament-ils pas souvent l'avis instantané de l'anatomo-pathologiste? Le bacteriologue n'est-il pas dans l'obligation d'entrer en rapport avec tous les services? Il en est de même de tous ceux qui pratiquent l'art de guérir.

On ne peut assurer, dans un hôpital pavillonné, aucune de ces liaisons nécessaires.

Il faut enfin noter que le développement de la science demande que des relations faciles s'établissent, non seulement entre chaque service d'un hôpital, mais aussi entre l'école de médecine et l'hôpital. Les savants qui travaillent, les professeurs qui enseignent, les médecins qui soignent, doivent vivre en relation étroites. L'hôpital pavillonné ne se prête à aucune liaison facile avec la Faculté de Médecine et offre après tant d'autres ce nouvel inconvénient.

La conception de l'hôpital construit en surface est, en résumé, le résultat d'une incompréhension foncière des besoins modernes; elle ne peut subsister.

Combien il est triste de constater qu'avec tous les millions gâchés depuis cinquante ans, on aurait pu construire partout des hôpitaux, doter toutes les régions de laboratoires indispensables, améliorer les conditions de vie, combattre la dépopulation.

La situation que je viens d'exposer s'étant révélée peu à peu aux architectes d'hôpitaux, il leur a été impossible de persévérer dans les voies tracées par nos prédécesseurs. En renversant des doctrines en matière de constructions hospitalaires, s'est imposé."

A construção em monobloco com muitos pavimentos originou-se nos Estados Unidos. Não se tratava de ganhar espaço no solo. Algumas das organizações que dispunham de grande área lançaram seus hospitais em altura.

As razões que determinaram a adoção do novo tipo construtivo foram essencialmente as seguintes:

- 1) Economia de construção e manutenção.
- 2) Facilidade dos transportes e portanto no movimento do hospital, tanto do pessoal como do material.
- 3) Concentração das tubulações hidráulicas, térmicas, de esgoto, eletricidade, etc.
- 4) Possibilidade de bons serviços operatórios, de raios X, radium, de fisioterapia e fisiodiagnóstico, de laboratórios, etc.
- 5) Possibilidade de ter na direção de cada serviço um técnico de grande valor, bem remunerado, o que não seria possível em serviços multiplicados.
- 6) Melhor disciplina interna e de vigilância.
- 7) Melhores condições de isolamento por pavimento do que em pavilhões dispersos.
- 8) Maior afastamento do ruído, da poeira e da mosca, o que faz nos hotéis serem preferidos, apesar de mais caros, os pavimentos mais elevados.
- 9) Mais íntimo contacto e cooperação do pessoal técnico.
- 10) Facilidade de administração.

O progresso elétrico mecânico das construções hospitalares contribuiu para dar ao conjunto hospitalar monobloco grande eficiência e economia de funcionamento.

Doentes no seu ingresso, saída ou em procura das seções operatórias, de fisioterapia, de fisiodiagnóstico, dos laboratórios, são transportados pelos elevadores.

Não terão mais que se deslocar horizontalmente, passando através sucessivos corredores, sob temperaturas diversas para alcançar os centros operatórios, fisioterápicos ou laboratoriais, causa muitas vezes de pneumopatias.

Médicos, enfermeiros e auxiliares, pelo mesmo processo, atingem rapidamente a seção que lhes interessa.

Monta-cargas adequadas transportam camas, colchões, cadáveres de modo discreto e rápido.

Outros monta-cargas para as refeições as põem imediatamente ao alcance dos enfermos, partindo de uma cozinha central, de preferência situada no tampo do edifício, evitando destarte o cheiro, as moscas, a poeira, como ocorre no transporte horizontal por meio de carrinhos.

Medicamentos oriundos da farmácia central são postos logo ao alcance das enfermarias seccionais por meios mecânicos e de pneumáticos.

Roupas limpa e suja correm dentro de tubos de queda, ou elevam-se em monta-carga, tudo articulado com a lavandaria e desinfetórios centrais. Material séptico usado em curativos desce também por meios mecânicos. Telefones internos, sinais de chamada, formam rede mais compacta e por isso mais econômica e fácil de manter.

A redução da área total, simplifica e torna mais econômico o serviço de manutenção da limpeza.

O "contrôle" da superintendência é mais seguro por ter tudo ao alcance das suas vistas, sob o mesmo teto.

A área de terreno necessária para os grandes hospitais é enormemente reduzida.

O arejamento é tanto mais perfeito quanto mais alto é o pavimento.

O pessoal técnico, concentrado em grandes instalações pode ser melhor remunerado, de melhor qualidade e ficar sob a chefia de homens de grande valor que orientarão com segurança os trabalhos de rotina e de pesquisa.

A construção do edifício sobre ser mais econômica é, praticamente, incombustível pelo emprêgo do concreto armado.

Varandas floridas e solitárias permitirão aos doentes contato com o exterior o que faz "le séjour à l'air de l'hôpital – etre praticable à proximité des salles".

Eis porque todos os técnicos modernos em construção hospitalar indicam, sem vacilações, o tipo concentrado "em altura".

M. P. FORESTIER discutindo êsse caso disse:

"A ma connaissance, nulle part ou ne construit plus d'hôpitaux importants sur le systeme de pavillons séparés."

MARCEL LATIER, já mencionado, opina de modo idêntico:

"La construction des établissements hospitaliers selon le mode dit en hauter nous parait représenter la tendance actuelle".

Sôbre êste aspecto da questão, escreve BRUNO MORETTI, no seu livro “Ospedale”:

“La tendanz attuale nelle costruzioni ospitaliere è quella di aumentare il numero dei piani: in America si è gunti a 22 (Medical Center, New York); in Europa il massimo giunge a 12 a 14 piani. Nelle nostre città, ove non intervengnon speciali caus di limitazione o di aumento, sembrano ancora consigliabili edifici tra i 4 e i 7 diani. Considerazioni economiche, sia per le spece iniziali che per la successiva gastione, militano a favore di costruzioni centralizzate e sviluppate in altezza, con corridoio centrale”.

Na última edição Enciclopédia Britânica, lê-m-se, no item Hospital, as seguintes palavras:

“Present-day Construction – While in the arlier period hospital development in the United States was largely patterned after the developments in Europe, the present trend of large institutions is toward the “shyscreper hospital” – as St. Luke’s Hospital Annex, in Chicago, with 19 storeys; the Jefferson hospital in Philadelphia, with 17 storeys; and the new Presbyterian hospital of the medical centre (opened march 16, 1828) of New York city, with 22 storeys. This tendency is extending even into the country districts where the value of land is not a factor, for example, the University hospital at Anna Arbor, Mich., with its eight storeys, the former being a teaching hospital and he latter a community hospital serving 35.000 people”.

São aqui citadas opiniões européias porque nos Estados Unidos, de onde partiu êsse movimento, o tipo monobloco é hoje por assim dizer obrigatório. Basta atentar para os numerosos hospitais americanos dos últimos tempos que se edificaram seguindo êste critério.

Vencedora a idéia na América do Norte pela eficiência do funcionamento dêsses monoblocos, êsse tipo construtivo invadiu a Europa e os outros continentes, nêle se inspirando as construções do gênero na hora atual.

Como exemplos norte-americanos podem ser enumeradas as grandes massas construtivas concentradas do Los Angeles Country General Hospital, de Los Angeles, na Califórnia; o centro médico da Universidade de Colúmbia, em New York; o Harbowiew Hospital, de Seattle, Washington; o New York Hospital – Cornell Medical College; o Passavant Hospital, de Chicago, etc.

Na França podem ser mencionados o Hospital Beaujon, de Paris (Clichy) a cidade hospitalar de Lille, etc.

Na América do Sul o hospital escola de Buenos Aires, o de Montevidéu, o hospital geral de Bogotá, etc.

No Brasil, a orientação da construção hospitalar em monobloco já ganhou raízes e vem imprimindo êste conceito em todos os planos atuais. Tomaram essa diretiva o Hospital Escola da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo, o Hospital Escola da Faculdade de Medicina da Bahia, o Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre, o Hospital Escola da Escola Paulista de Medicina, o Hospital da Santa Casa de Misericórdia da Escola Paulista de Medicina, o Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, o anteprojeto para o Hospital Escola da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, o projeto do hospital da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, etc.

CAPÍTULO TERCEIRO

HOSPITAIS DA AMÉRICA

O México tem o privilégio de prioridade em dois setores da civilização: na *educação universitária* e na *edificação hospitalar*.

A primeira universidade a ser construída na América foi a “Real e Pontifica Universidade do México”, em 1553. O primeiro núcleo universitário a se formar nos Estados Unidos foi o “Harvard College”, cuja origem é contada a partir de 1636. Do mesmo modo foi no México que se erigiu o primeiro hospital em terras americanas. Cortez, levantou-o em 1524.

Conta, pois, cêrca de duas décadas mais do que a primeira instituição análoga do Brasil – a Santa Casa de Misericórdia de Santos, criada por Braz Cubas, em 1543. O Canadá, em 1637, viu iniciar-se a sua primeira casa de assistência, terminada dois anos mais tarde.

Foi o Hôtel Dieu du Precieux Sang estabelecido pela Duqueza de Aguilon, em Quebec (MAC EACHERN). Por iniciativa de Jane Mance construiu-se, ainda, em Quebec, outro Hôtel-Dieu, onde se originou a ordem das Irmãs de S. José, o primeiro grupo organizado de enfermagem (MAC EACHERN). Montreal logo edificou o seu Hôtel-Dieu.

Segundo MAC EACHERN, os Estados Unidos instalaram o seu primeiro hospital para socorrer soldados enfermos. Teve sua sede em uma das ilhas de Manhattan. Existiu em 1663. Outro em Nova Amsterdam foi dirigido por uma senhora holandesa, mas fechou suas portas em 1674.

Na ausência de hospitais, muitas cidades possuíam apenas asilos “almshouses” ou simplesmente casa de residência onde os doentes eram tratados pelas mulheres da vizinhança.

O primeiro asilo estabelecido na colônia foi obra de William Penn, em 1713. Era exclusivo dos *quakers*. A necessidade de uma instituição pública onde todos pudessem ser aceitos determinou a criação de outro asilo em 1732 – a “Filadelfia Almshouse”. Êste parece ter sido

o ponto de partida do Philadelphia General Hospital. Baseando-se nestas circunstâncias, êste hospital julga-se o mais antigo dos Estados Unidos.

Êste título é disputado pelo “Pensylvania Hospital” que não quer admitir a fase primitiva do Filadélfia, porque êste, não tinha os caracteres de uma organização hospitalar.

F. R. PACKARD, na sua “History of Medicine in the United States” e no “Some account of the Pennsylvania Hospital of Philadelphia”, toma calorosamente êste partido. Discutindo o caso, chama o testemunho de MORTON, autor da “History of Pennsylvania Hospital”, cujas pesquisas revelaram tentativas para estabelecer êste hospital desde 1709. O Pennsylvania constituiu-se pelos esforços conjugados do Dr. Thomas Bound e de Benjamin Franklin. Êste último, devido à sua grande projeção no cenário universal, foi considerado o fundador da casa. Na sua autobiografia, entretanto, o sábio generosa e modestamente põe em foco o seu amigo dr. BOUND. Escreveu:

“In 1751, Dr. Thomas Bound, a particular friend of mine, conceived the idea of establishing a hospital in Philadelphia (a sery beneficente design, which has been ascribed to me, but was originally and truly his) for the reception and cure of por sick persons, whether inhabitants of th eprovince for strangers. He was zealous and active in endeavoring to procure subscriptions to it; but the proposal heing a novelty in America, and at first not well understood, he met with but little sucess. At length he came to me with the compliment, that he found there was no such thing as carrying a publicspirited project througs without my being concerned in it. “For, he said, I am often asked by those to whom I propose subscribing: Have you consulted Franklin on this business? And what does he think of it? And when I teil them I have not (supposing it rather on of your line) they do not subscribe, but say, they will consider it. I inquired into the nature and utility of the cheme, and receiving a very satisfactory explanation, I not only subscribed to if myself, but engaged heartly in the design or procuring subscription from others”.

Bound, aliás, tornou, também, parte ativa na organização do “College of Philadelphia”, hoje Universidade de Pennsylvania.

Benjamin Franklin emolgado pela idéia recorreu à propaganda pelos jornais, processo de que não se lembrava Thomas Bound. Melhorou a situação mas impunha-se um auxílio governamental. Uma petição foi dirigida à Assembléia, sob os auspícios de Benjamin Franklin, mas “the country members did not at first relish the project”.

Benjamin Franklin não desanimou e insistiu no projeto sob outra forma: “On this I formed my plan; and asked leave to bring in a bill for incorporating the contributors according to prayer of their petition,

and grating them a blank sum of money; which leave was obtained chiefly on the consideration that the House could throw the bill out if they did not like it”.

O plano estabelecido nestas bases foi aprovado “for the members who had opposed the grant, and now conceived they might have the credit of being charitable without the expense, agreed to its passage”.

Cada contribuinte teve a certeza que o seu donativo seria duplicado e “the suscription accordingly soon exceeded the requisit sum”.

O prédio foi logo construído e começou a funcionar o hospital com pleno êxito. B. Franklin pôde assegurar: "I do not remember any of my political manoeuvres, the success of which at the time gave me more pleasure".

É interessante reproduzir, na íntegra, a petição dirigida à Assembléia de Pennsylvania, em 23 de janeiro de 1750.

To The Honourable House of Representative Of The
Province of Pennsylvania.

The Petition of sundry Inhabitants the said Province
Humbly sheweth.

That with the Number of People, the number of Lunatics or Persons distempered in Mind and deprived of their rational Faculties, hath greatly increased in this Province.

That some of them going at large are a Terror to their Neighbors, who are daily apprehensive of the violences they may commit; And others, are continually wasting their Substance, that the great injury of themselves and Families, ill disposed Persons wickedly taking Advantage of their unhappy Condition, and drawing them into unreasonable Bargains, & C.

That few or none of them are so sensible of their Condition, as to submit voluntarily to the Treatment their respective Cases require, and therefore continue in the same deplorable State during their Lives; Whereas it has been found, by the Experience of many Years, that above two Thirds of the mad People received into Bethlehem Hospital, and there treated properly, have been perfectly cured.

Your petitioners beg I may further do represent, that though the good laws of this Province have made many compassionate and charitable Provisions for the Relief of the Poor, yet something farther seems wanting in Favour of such, whose Poverty is made more miserable by the additional Weight of a grievous Disease, from which they might easily be relieved, if they were not situated at too great a Distance from regular Advice and Assistance; Whereby many languish out their

Lives, tortur'd perhaps with the Stone, devours'd by loathsome Distempers; who, if the Expense in the present manner of Nursing and Atending them separately When they come to Town were so discouraging, might abain, by the judicious Assistance of Physic and sugery, be enabled do taste the blessing of Health, and be made in a few Weeks, useful Members of the Community, able to provide for themselves and Families.

The kind Care our Asemblies have heretofore Taken for the Relief of sick and distempered Strangers, by providing a Place for their Reception and Accommodation, leaves us no Room to doubt an equal tender Concern for the Inhabitants. And we hope they will be of Opinion with us, that a small Provincial Hospital, erected and put under proper Regulations, in the Care of Person to be appointed by this House, or otherwise, as they shall thiny meet, with Power to receive and apply the charitable Benefactions of good People towards en larging and supporting the same, and some other Provisions in a Law for the Purposes abose mentioned, will be a good Work, acceptable to God and to all the good People they represent.

We therefore humbly recommend the premisas that their serious considerations.

A. Morris, Jun.	Nath'l Allen	S. Shoemaker
Jona Evans	Wm. Coleman	Samul. Sansom
Joseph Shippen	Wm. Atwood	Saml. Hazard
John Inglis	Anth. Morris	Wm. Plumsted
Reese Meredith	Thos. Graeme	Luke Morris
Jos. Richardson	John Mifflin	Stephen Armitt
Jos. Sims.	Geo. Spotford	Samuel Rhoads
Edward Cathrall	John Reynell	Will Branson
Amos Strettell	Chas. Norris	Israel Pemoerton
John Armitt	William Griffiths	Joshua Crosby
Jos'h Fisher	Samuel Stmith	Will Allen.

Esta petição foi escrita por Benjamin Franklin, que, no seu, "Frief Account of the Pennsylvania Hospital", disse (PACKARD):

About the end of the year 1750, some Persons, who had frequent Opportunities of observing the distress of such distemper'd Poor as from Time to Time came to Philadelphia, for the Advice and Assistance of the Physicans and Surgeons of that City; how difficult it aeas for them to procure suitable Lodgings, and other conveniences proper for their respectives cases, and how expensive the Providing good cadeful Nurses, and other Attendants, for aeant thereof, many must suffer greathy, and some probably perish, that might other Wise have been restored to

Health and Comfort, and become useful to themselves, their Families, and the Publick, for many years after; and considering moreover, that even the poor inhabitants of this city, tho they had homes, yet æere therein but badly accommodated in Sickness, and could not be seæell and easily taken Care of in their Separate Habitations, as they might be in one convenient house, under one Inspection, and in the hands of skiful Practitioners; and several of the Inhabitants of the Province, æho unhappily became disordered in their Senses, wandered about, to the terrour of their Neighbours, there being might be confiend, and subjected to proper treatment for their Recovery, and that House æas by no means fitted for such Purposes; did charitably consult together, an dconfer with their Friend and Acquaintances, on the best means of relieving the Distressed, under those Circunstances; and an Infirmery, or Hospital, being proposed, was so generally approved, that there was reason to expect a considerable Subscription from the Inhabitats of this City, towards the support of such a hospital.

Nova York até 1771 possuía hospitais. Nessa data constituiu-se (MAC EACHERN) a sociedade do “New York Hospital”, que edificou esta casa de assistência, vítima do fogo antes de sua terminação e reconstruída em 1776. É interessante notar que nessa época já formulara a exigência de oito camas por enfermaria.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

EVOLUÇÃO E PLANEJAMENTO HOSPITALAR

Rio de Janeiro, 1944.
Reedição de 1965.

Capítulo 2

EVOLUÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL: ONTEM E HOJE

Pelo Dr. Theophilo de Almeida ()*

A realização d'êste primeiro Curso de Organização e Administração Hospitalares em nosso país, no Rio de Janeiro, primeiro nos países da América Latina, representa um marco definitivo na evolução de uma nova campanha nacional e, ao mesmo tempo, atende a uma velha aspiração da Medicina e da Cirurgia no Brasil, manifestada em votos, em projetos e em críticas, muita vez com a expressão franca de impaciência, de revolta ou de desilusão.

Os anais dos nossos congressos médicos, os arquivos das administrações médico-sanitárias, as lições, as comunicações e os discursos das cátedras de nossas faculdades e no seio das sociedades sábias ou de interesse profissional, revelam uma ansiedade secular, mal satisfeita, em prol da assistência médico hospitalar, como deve ser. Estamos empenhados na organização e na difusão dessa Assistência que deverá atender a tôda classe de doentes e não só aos indigentes, como outrora; em prol do hospital digno dêsse nome, convenientemente edificado, instalado, equipado, organizado, como oficina adequada para o pleno exercício da Ciência e da Arte de Curar, na sua moderna feição atual e consoante os métodos eficientes da sua pátria, inclusive para Estudo e para Ensino.

A ciência médica brasileira sempre acompanhou, *pari passu*, os progressos dos outros povos através das publicações ou abeberando-se nas fontes mesmas, buscando, pessoalmente, as lições junto dos mestres e nos centros universitários dos mais notáveis do mundo.

Temos uma medicina nacional com valores inconfundíveis, alguns consagrados no conceito médico universal, e sua contribuição particularmente no tocante às doenças ditas dos Trópicos e no domínio da originalidade, da observação clínica, e da profilaxia, e da terapêutica,

(*) Aula inaugural do Primeiro Curso de Organização e Administração Hospitalares realizado em 1943, pelo Dr. Theophilo de Almeida, Diretor da Divisão de Organização Hospitalar e Professor do Curso.

constituem motivo de um sadio justo contentamento e, para que não dizê-lo, de orgulho patriótico para todos nós, sendo igualmente, também incentivo e dever para continuação e para melhoria, e para novas realizações – presentes e futuras.

Fôrça é confessar, entretanto, que a êsse aprimoramento médico e científico, que vem desde os tempos coloniais, e no Império e na República, não corresponderam, entre nós, ainda hoje os progressos do aparelhamento hospitalar, no sentido geral, sempre lento e difícil no construir, não bastando nunca, nem na Capital, nem nos Estados, para satisfazer às exigências da assistência necessária e às finalidades outras, no Ensino por exemplo. Os nossos hospitais, uns mal aparelhados, outros bem equipados, que importa, se não lhes assiste uma sistematização conveniente de organização e de administração; se não dispõem êsses estabelecimentos de auxiliares técnico-administrativos indispensáveis para cada setor, que facilitem, melhorem e completem o trabalho do médico e os cuidados da enfermagem a serviço da Medicina; se não satisfazem a seus fins de Assistência. Vale referir que desde a origem histórica da assistência hospitalar se verificou essa disparidade entre o progresso da medicina e o lento evoluir do hospital, como instituição médico-social de orientação científica, ainda mesma nos países em que a assistência e sistematização hospitalares constituem, hoje em dia, uma organização excelente. Registre-se, como exemplo típico dêsse contraste, o caso dos Estados Unidos, onde foi também bastante tardia a aparição da instituição hospitalar, que, em compensação, se desenvolveu depois ali mais do que em qualquer outro país.

O primeiro hospital dêste Continente, de que há notícia, foi fundado por Cortez em 1524, na cidade do México, e o mais antigo hospital no Brasil é a Santa Casa de Santos, fundada por Braz Cubas, em 1543. Pois bem, só em 1637 construiu o Canadá o seu primeiro hospital, e sòmente em 1663, mais de um século depois do México e do Brasil, apareceu a primeira instituição hospitalar norte-americana, situada na Ilha de Manhattan, em Nova York. O ciclo de desenvolvimento dêste setor do domínio médico e social, embora considerado como tendo corrido parêlha com o progresso da Medicina e com a própria marcha da civilização, encerra fases áureas e períodos negros; evolução e paradas, e até involuções repetidas, em vários países e em todos os tempos. Motivos políticos e de religiões, e preconceitos antigos, tiveram decisiva influência nêsses avanços e recuos na vida do hospital, como instituição, mesmo nos tempos mais modernos.

(¹)

Quem conhece, na sua intimidade, por exemplo, a história da assistência hospitalar brasileira, e muitos dos contemporâneos assistimos à

(1) Sôbre a história e evolução dos hospitais, em geral, leia-se o trabalho da autoria do Prof. Sousa Campos contido na Publicação n.º 1, da D. O. H.

sua acidentada existência nestes últimos vinte anos, de uma atuação, aliás, cheio de esforços, de tentativas, mas de esparsas e isoladas vitórias dignas de menção e, muita vez, mal compreendidas ou mal apreciadas; testemunha ou participante, podemos aquilatar qual tenha sido a carreira semelhante no seio de outros povos, o valor das realizações alhures, do seu adiantamento, e o que custou a inovação e a criação dos padrões *modelares* da organização hospitalar moderna.

Aceitemos o progresso alheio com irrestrita admiração, e sem prejuízo de um falso nacionalismo; sirvam os seus modelos e normas para uma consciente e razoável imitação, em adaptações convenientes.

Preciosa, é, entre tôdas, neste particular, a realização norte-americana, e esta contribuição excelente nos é oferecida com uma acolhida sem restrição, e a mais cordial, como fruto da generosidade ianque e da cooperação humana e, mais do que isto, da Ciência, que não tem pátria.

HOSPITAL E ASSISTÊNCIA PÚBLICA

Falemos, agora, de nós mesmos, para ver o que fizemos, o que estamos fazendo e o que poderemos fazer no Brasil. Vejamos algumas opiniões e referências das mais autorizadas, acêrca da situação hospitalar, entre nós, em época relativamente moderna da vida da nacionalidade, pois que seria ocioso remontar a mais antigos tempos.

Dizia o Professor Miguel Couto, em 1922: “Presentemente a população do Rio de Janeiro encontra a hospitalização *de luxo* nas diversas “Casas de Saúde” particulares, que já são em grande número e irrepreensíveis; *a módica*, fornecida pelas Sociedades Beneficentes e Ordens Terceiras, hospitalares, verdadeiras casas de providência, que só não são mais procuradas, porque é esta uma virtude desconhecida do nosso povo; e a *gratuita*, pela Santa Casa de Misericórdia, única instituição de caridade a qual nunca se pagará em reconhecimento o que se deve em benefícios.

Mas é pouco, muito pouco; ao govêrno compete, como um dever premente, construir os grandes hospitais exigidos pelo aumento extraordinário da nossa capital e seu grau de civilização. Eles compreenderiam enfermarias gratuitas, pequenas salas para diárias de cinco mil réis e quartos particulares para dez mil réis.”

O saudoso mestre da Clínica Médica, *primus inter pares*, não foi pròpriamente da falange dos que, exercendo práticamente a administração hospitalar ou como consultores, promoveram ou orientaram a realização do progresso dos nossos hospitais. O seu prestígio e a sua convivência diária com o meio hospitalar emprestam-lhe autoridade e justificam essa citação, juntando-lhe mais êste merecimento particular.

Médico e cirurgião notável, o Dr. José Mendonça, mentor e organizador dos planos da Assistência e tendo sempre tomado parte em debates, com relação ao problema hospitalar, assim há tempos se expressou:

“Os hospitais de Santa Casa de Misericórdia, que, espalhados por todo o Brasil, se incumbem da maior parte da assistência pública, vivem em pobreza e cumulados de serviço a ponto de nêles encontrarmos enfermos mal asseados em leitos mal limpos e até mesmo em colchões estendidos pelo chão.

Esta antiga e piedosa instituição, cheia de serviços à humanidade, há de infelizmente definir, se os seus membros não se resolverem a reformá-la, pondo-a de acôrdo com as exigências do meio atual.

Os velhos hospitais, criados e mantidos pelo Govêrno, não precisam ser aqui criticados, porque têm o seu conceito de há muito arquivado nas gazetas públicas; os das Ordens Terceiras e associações chamadas beneficentes, com o serem pequenos, e já melhores que os de misericórdia não pertencem prôpriamente à assistência pública”.

“Muito mais bem instalados, que quaisquer de nossos hospitais, acham-se as denominadas – Casas de Saúde – porém o seu caráter comercial fâ-las inacessíveis à maior parte da população”. – E conclui: – “Não se depreende do que acabamos de afirmar que nada tenhamos feito em relação ao aumento e melhoria dos leitos hospitalares, nestes últimos tempos, e com especialidade após a passagem da gripe espanhola. Cogitam o Congresso Nacional, o Govêrno executivo e a Municipalidade da criação de hospitais”.

O Professor Luiz Barbosa, médico de renome, conhecedor da organização hospitalar, como diretor de hospital, dissertando sôbre o dever das municipalidades quanto à assistência médico-hospitalar, disse em trabalho publicado há cêrca de vinte anos:

“Tôda a grandeza futura do Brasil, com seu extenso território, ainda em grande parte insaneado, depende da *organização metódica* e da disseminação inteligente dos seus serviços de Assistência Pública, entre os quais avultam os de Assistência hospitalar.

Êsse tipo de assistência constitui, em face do artigo 68 da Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, um dos maiores deveres das Municipalidades, porque diz respeito à proteção da saúde dos habitantes das vilas e das ci-

dades sob sua jurisdição e cujas particularidades de vida se presume que elas conheçam a fundo, por constituírem objeto imediato de seu peculiar interesse”.

Por fim aconselhava, com admirável justeza, *“que é indispensável dar movimento sistematizado e decisivo à organização de assistência hospitalar nos principais municípios do Brasil, aproveitando as boas iniciativas já efetivadas nesse sentido, estreitando mais os laços da iniciativa particular com os poderes públicos, federais, estaduais e municipais, para a desejada multiplicação dos hospitais gerais e especializados”*.

Voz autorizada, médico e professor, ex-diretor de hospital, o Dr. Garfield de Almeida, assim proclamou, de modo conclusivo, sobre a situação dos hospitais de então:

“Não admito mais considerações de ordem técnica, sobre tal assunto; de tôdas as lembranças, de todos os projetos, de todos os programas até hoje apresentados para resolver a questão de nossa organização hospitalar, certamente uns serão mais científicos, outros mais práticos, outros mais oportunos, mais econômicos, mas todos, infinitamente melhores, se executados, porquanto a situação é de contristadora miséria”.

Por último, e entre os primeiros definindo uma época e apontando horizontes ainda incertos de uma nova era, o Prof. Irineu Malagueta, mestre feito no convívio diário do hospital, ex-Secretário de Saúde e Assistência do Distrito Federal e ainda no presente um fervoroso apologista do progresso hospitalar, relatando, em 1922, diante do Congresso dos Práticos, o tema da organização hospitalar, ponderava, judiciosamente:

“É óbvio que o problema hospitalar é dos mais complexos maximé em nosso meio onde quase nada se tem feito para resolvê-lo. Não é que espíritos esclarecidos não hajam ventilado as questões a êle atinentes, mas é que a dirigentes e governados não se deparou ainda em tôda sua magnitude, êste problema que, em uma de suas componentes, encerra o coroamento da obra abençoada de Oswaldo Cruz. A organização hospitalar perfeita exige condições especiais”.

E referindo-se ao hospital, como um todo, opina com muito acêrto:

“A instalação nosocomial é ponto digno da maior atenção. Embora digam alguns pessimistas que grandes trabalhos se fizeram em maus hospitais, entretanto no estado atual da ciência, isso não é admissível. Longe vai o tempo em que um

médico, só pelo devotamento e esforço, chegava a perfazer trabalhos consideráveis”.

“Não é de admirar que Smith haja escrito: “A administração hospitalar é uma especialidade; o cargo de administração deve ser mais atrativo, como carreira; deve ser reconhecido, mais geralmente, como carreira; deve ser êsse conceito apoiado ou sustentado pelos nossos professôres nas Escolas de Medicina; carreira tão importante e igualmente remunerada, como qualquer outra dos serviços de Saúde Pública”.

E ainda merece referência especial a contribuição assás valiosa do Prof. João Marinho, do Prof. Oscar Clark, Dr. Pedro Ernesto, Prof. Fernando Magalhães, do atual Prefeito, Dr. Henrique Dodsworth, e outros em favor da solução do problema hospitalar entre nós.

Poder-se-ia multiplicar estas citações, tão numerosas e fartos foram os debates em tôrno do tema médico-hospitalar, entre nós. Dispensando comentários maiores, tal era a situação e o conceito que há duas décadas passadas, espelhavam uma fase de assistência médico-social no Brasil.

O que ressalta dessas opiniões e apêlos, satisfeitos em parte, ou não satisfeitos ainda, e de todos os tempos, entre nós, é o interesse unilateral pelo velho conceito de *assistência pública*, que acompanhou e norteou a evolução do *hospital-instituição*, durante séculos, a princípio na sua idade embrionária como templo pagão; depois obra da caridade cristã; e finalmente também como cooperação social ou serviço de assistência pública, prôpriamente.

HOSPITALIZAÇÃO SEM TÉCNICA

Que progressos fizemos nesses últimos vinte anos, em organização hospitalar? Qualquer médico interessado nestes assuntos, chefe ou frequentador de enfermarias ou diretor de hospital, fãcilmente responderá.

Comecemos pela Enfermagem: Temos hoje um núcleo relativamente muito pequeno de enfermeiras diplomadas de alto padrão a saber: no Rio, pelas Escola “Ana Neri” e “E. Luiza Marillac”; “E. Carlos Chagas”, em Belo Horizonte e “Escola de Enfermarias” de S. Paulo.

Precisamos de várias escolas de enfermagem técnica, que, de início, seriam em Belém, Teresina, em Fortaleza, no Recife, em Salvador, em Curitiba, em Pôrto Alegre, em Cuiabá; existindo Escolas na Capital da República, em Belo Horizonte (em S. Paulo, em Goiânia, em formação, e em Niterói, esta última prestes a funcionar.

A “Escola de Enfermeiras Ana Neri”, do Rio de Janeiro (glória a seu criador, Carlos Chagas, nome por excelência entre os realizadores beneméritos nacionais, como cientista, como sanitarista e como patriota!) foi e é a sementeira que se deve multiplicar, como modelo atualizado e igual aos mais adiantados existentes na América.

As enfermeiras padrão “Ana Neri” e outras são aproximadamente em número de mil e duzentas diplomadas, incluídas as enfermeiras do tipo “Escola Alfredo Pinto” para todo o Brasil! Uma enfermeira diplomada para cerca de quarenta mil habitantes! Precisamos de 50.000 mais ou menos, uma para cada mil habitantes! Tal é a situação...

Distribuídos por cerca de mil e trezentos hospitais, por todo o Brasil milhares de dedicados e dedicadas auxiliares de enfermagem, com cursos de emergência vários, leigos ou religiosos, a serviço do govêrno ou de particulares, aguardam o desejado aperfeiçoamento profissional ou já estão recebendo essa orientação, de iniciativa oficial ou não, na prática da rotina ou graças aos cursos de emergência, também úteis e benéficos, enquanto se não provê o bastante ensino da enfermagem técnica.

Temos bons administradores de hospitais, como sempre os tivemos, sem curso de organização hospitalar, produto do auto-didatismo, que pela sua inteligência e pelo seu esforço, dedicação e trabalho honesto, procuram, seja como Diretor, seja como chefe ou gerente, conduzir, como podem, a administração dos nossos hospitais. Qualquer leigo de situação social serve para provedor e administra o hospital. Cargo de confiança e não de especialização...

Ainda não é uma profissão definida. Quaque médico, mais ou menos ilustre, serve para Diretor de Hospital. Muda-se a administração superior, muda-se o Diretor...

Excusado seria repetir que os nossos médicos e cirurgiões, e especialistas mesmo nos lugares mais afastados e de recurso escasso, exercem a profissão com dignidade e competência, e não raro realizam, sem o aparelhamento necessário, verdadeiros milagres de técnica. Que não fariam se dispuzessem de equipamento adequado e de assistência conveniente, sobretudo de enfermagem técnica!

Construímos ou já possuímos grandes e pequenos hospitais de boa edificação, até luxuosos alguns, e bem instalados e equipados outros; oficiais, filantrópicos e particulares; nas capitais e mesmo em modestas cidades do interior, através do vasto território brasileiro. Êsse progresso se verifica particularmente nos hospitais gerais da Capital da República e em S. Paulo, e ainda pelas rêdes magníficas de instituições oficiais, especializadas para doentes de lepra e para tuberculosos, por todo o Brasil, e das melhores do mundo, obra de realce do Govêrno Getúlio Vargas, como o é, também a nova orientação de organização hospitalar, técnica, federal, e de âmbito nacional.

A cooperação com os governos, em benefício da indigência e dos menos favorecidos, se vem acentuando, promissoramente, com o aparecimento de fundações e de donativos vultosos de filantropos destinados à construção e manutenção de instituições hospitalares e para-hospitalares.

Tudo isto sabemos, e de apreciável progresso já nos rejubilamos.

DEFICIÊNCIA HOSPITALAR

Sabemos qual a situação da assistência hospitalar em todo o país na intimidade, em minúcia, e documentadamente, graças ao copioso e precioso repositório de dados diretamente obtidos nos hospitais, pelo Primeiro Cadastro ou Censo Hospitalar que foi promovido e realizado sob a orientação da Divisão de Organização Hospitalar, sob a nossa direção, correspondente a 1941-1942 e que custou um imenso esforço, sem verbas especiais, durante vinte meses de trabalho feito exclusivamente por médicos oficiais, inspetores hospitalares, que visitaram 1.225 instituições, quer do governo, quer filantrópicas, quer particulares, desde as modestas Santas Casas até às confortáveis Casas de Saúde, em todo o Brasil, de Norte a Sul; e preencheram a ficha minuciosa da instituição, e colheram documentos, plantas, fotografias, etc., além dos dados valiosos relativos à Edificação, Instalação, Equipamento, Funcionamento e Assistências, de todos os hospitais, gerais e especializados.

Cada hospital, cujo número total atingiu, pelo Censo realizado, a mil duzentos e vinte cinco possui hoje na D.O.H. a sua Ficha Institucional completa, preenchida pelo Inspetor-médico, no local; tem cada instituição o seu Prontuário, individual, dados e referências, – *dossier* êsse que será mantido, sempre atualizado, no serviço federal de assistência médica e social no Departamento Nacional de Saúde, como arquivo, por nós organizado e sob constante orientação, precioso e permanente que deverá ser sempre enriquecido, sob contrôle e em benefício do progresso da organização hospitalar e para-hospitalar, em tôda vasta extensão do país, compreendendo hospitais, clínicas e policlínicas ou enfermarias, dispensários, ambulatórios, estância de cura, asilos, abrigos e albergues.

Temos terminado o cadastro dos hospitais do Brasil, realizado ao cabo de vinte meses. É o primeiro, entre nós, executado, repito, exclusivamente por médicos, que visitaram os estabelecimentos e fizeram pessoalmente as inspeções, de Norte a Sul, em todos os municípios, onde se teve notícia da existência de qualquer instituição de assistência hospitalar por mais modesta que fôsse. Creio que também o primeiro assim realizado em tôdas as Américas.

Tendo em vista a sinópsese dos resultados colhidos que constituem o copiosíssimo repositório do acêrvo hospitalar do Brasil, diante dessa exposição de conjunto sôbre a situação hospitalar do país, perguntar-se-á: que nos falta possuir, realizar ou completar? Reproduzindo fielmente aquêlê mesmo conceito que, há vinte anos passados, era citado entre nós, como atualidade e como norma a seguir, pesa-me referir que ainda hoje não existem entre nós a organização e administração hospitalares sistematizadas, como especialidade, que aliás falta aos demais países latino-americanos das três Américas; e que há cinco lustros não existia em todo êste Continente, nem nos Estados Unidos, cujos progressos culminaram nos últimos anos, sendo modelar ali a organização e administração hospitalares. Falta-nos essa consciência hospitalar moderna que, em 1922, reclamávamos cá e lá, apelando para os professores das Faculdades e pedindo a cooperação de todos os médicos em favor da nova orientação, mal esboçada então, e que, destarte, de início, já se impunha, e se afirmou alhures, a começar pela especificação de funções. Assim, a profissão de diretor ou administrador, já é consagrada hoje como técnica, especializada, e que tanto pode ser exercida por um médico, engenheiro, enfermeira diplomada ou outra pessoa que tenha curso básico satisfatório e curso especializado de Administração Hospitalar.

Falta-nos, a enfermagem técnica, indispensável, para os cuidados com os doentes e que nos permita o exercício regular e eficiente da medicina, e particularmente da cirurgia, e das especializações.

Falta-nos, em suma, o "hospital moderno", conhecido e difundido, que não é, como alguns erradamente julgam, o hospital rico, luxuoso, que só pode existir em país de milionários; falta-nos êsse *hospital moderno* que, entretanto, pode ser simples e modesto, mas bem organizado e eficiente, e que mantém as mesmas finalidades da instituição nobre e humana, que sempre foi no passado e que guarda, no respeito que deve a si mesma e na confiança do público, seja com o objetivo da caridade ou da filantropia, seja a serviço do doente afortunado ou do indigente, aquela mesma unção mística primitiva, procedente dos templos pagãos, redimida e aprimorada mais tarde pelo Cristianismo, que foi o precursor da assistência pública, oficial e, assim, da assistência médico-social, no seu conceito genérico.

Falta-nos essa orientação hospitalar uniforme, sistematizada, com base na administração econômica, visando cada instituição primacialmente dar um melhor agasalho e um mais adequado tratamento ao doente; sim ao "doente" que é ali a finalidade máxima, e não sômente ao indigente, mas a todos os doentes de tôdas as classes sociais.

E para que se não ofenda o melindre nacional, (e no caso não há motivo para isto), e para atenuar essa declaração de público, cumpre informar, por notícia direta ou conhecimento autorizado, que nenhum

país da América Latina nos leva maior vantagem neste particular. Se alguns possuem edificações e instalações hospitalares excelentes, e nós também as temos, falta-lhes a organização e administração hospitalares convenientes, segundo conceito moderno, isto é, a *padronização*, a *sistematização de tipos*, e de *normas de serviços*; falta-lhe a especialização profissional necessária e acatada, a começar pela ditas funções especializadas de *Diretor* ou *Administrador do Hospital*.

De outro modo, não se pode também silenciar os esforços realizados entre nós, no passado e no presente, no sentido desse progresso em favor da ampliação e melhoramentos da assistência hospitalar, desde a avançada orientação e legislação hospitalar do Estado de Minas Gerais, São Paulo e Pernambuco até a recente rêde de hospitais de Pernambuco e do Distrito Federal, até ao mais recente plano de aparelhamento hospitalar no Rio Grande do Sul; até a criação do Curso e da Divisão de Organização Hospitalar.

A NOVA ESPECIALIDADE

O curso oficial de aperfeiçoamento e de especialização sôbre a moderna organização hospitalar, que ora se inicia, vai esclarecer, definitivamente, entre nós êste nôvo capítulo de conhecimentos técnicos sistematizados, julgados indispensáveis, quer para os que exercem a direção e administração dos hospitais, quer para aquêles que se destinam ao serviço médico-social do govêrno federal, estadual ou municipal, bem assim aos que terão funções oficiais na tarefa de coordenar e particularmente, de cooperar, de orientar e controlar o aparelhamento e as atividades hospitalares do país, desde os planos de construção até funcionamento e eficiência dos hospitais. Êste Curso, subordinado à Diretoria do D.N.S. em suas linhas gerais, e mesmo nas suas minúcias, através dos seus cinco tópicos, subdivididos em noventa pontos, distribuídos a vários professores entre os nossos mais autorizados conhecedores da especialidade, foi planejado pela Divisão e encerra o próprio programa da Divisão de Organização Hospitalar, todo o vasto domínio da assistência médica e social, em todo o país. Serviço em novos moldes, nimamente de cooperação técnica e de âmbito nacional, já há dois anos sob nossa direção desde a sua criação por efeito da mais recente reforma do Departamento Nacional de Saúde, vem procurando a colaboração das repartições de assistência hospitalar e bem assim as instituições particulares, afins ou congêneres, ao mesmo tempo que já está elevando a sua contribuição, diretamente a centenas de hospitais oficiais, filantrópicos e particulares, desde as tradicionais *Santas Casas* até as *Casas de Saúde*. Especial atenção recebem da D.O.H. as instituições subvencionadas pelo Govêrno da União. A Divisão de Coope-

ração ao Conselho Nacional de Serviço Social no sentido de uma orientação mais objetiva na partilha anual da subvenção federal e da sua conveniente aplicação segundo necessidade real do beneficiado e a utilidade do benefício, o que já se vai conseguindo, graças às repetidas visitas ou inspeções feitas, cada ano, pessoalmente, às instituições, pelos médicos do Departamento, e por todos os recantos do país, sob a orientação da mesma Divisão. O laudo dessas inspeções da D.O.H., acompanha os processos de subvenção, como elemento técnico-informativo que já pesa na concessão do auxílio.

A NOVA ORIENTAÇÃO HOSPITALAR

Estamos difundindo o preceito de uma nova especialização profissional, que visa melhorar e ampliar o tratamento e o bem estar do hospital; elevar o padrão de enfermagem; instituir um conceito econômico-financeiro, básico na administração hospitalar, estabelecer, para tôdas as regiões do território brasileiro a hospitalização adequada para todos os doentes e para tôdas as classes sociais, completando a caridade e assistência pública, cujo benefício assás apreciável, exercida no socorro do doente necessitado é, muitas vêzes, mesquinho e ilusório, à mingua dessa mesma orientação especializada. Sòmente uma boa organização poderá conseguir maiores recursos, prestar melhores serviços, e completar, realmente, uma bela obra social, integral, de caridade ou de filantropia, promovendo e distribuindo, ao mesmo tempo, maiores e melhores cuidados hospitalares a todos os enfermos, de tôdas as classes.

Mas, não é sòmente um programa do govêrno, senão uma campanha de momentoso interêsse nacional esta por nós iniciada há dois anos.

Alguns postulados norteiam esta campanha, como sugestões ou primicias de uma sistematização que, confiamos, há de se implantar entre nós ao cabo de uns cinco ou dez anos que seja, e por tôda a vasta extensão do Brasil.

O hospital não deve ser em nossa terra, mais "*a casa onde se trata gratuitamente doentes pobres ou onde se agasalham pessoas pobres*" conforme a definição dos dicionários antigos ou que se lê em edições recentes, como a do próprio Petit Larousse de 1924. Com pouco mais se completaria, que é o hospital a casa onde se dá um tratamento pobre e um agasalho mais pobre ainda, ao doente pobre, consoante a pobreza das instituições e a insuficiência das acomodações e recursos...

O programa é vasto e complexo igualmente as Edificações, as Instalações, Equipamento, Administração, Financiamento e Assistência.

A MODERNA CARIDADE E O HOSPITAL MODERNO

Merece especial cuidado a organização econômico-financeira.

Para fazer caridade, o hospital moderno não pode mais esperar só da caridade pública, nem viver só de subvenções e de rendas patrimoniais, que já não bastam ao custeio sempre crescente e cada vez mais caro nas instituições hospitalares.

Antes de tudo o hospital deve ser uma organização econômica, que procura renda; que a sua situação financeira constitua o objeto de uma vigilante atenção do seu Conselho Administrativo e do seu Diretor ou Administrador, no sentido da mais acertada aplicação dos recursos. Assim aqueles que emprestam apenas o seu nome à provedoria de um hospital, em qualquer função, e não participam ativamente, auxiliam, não controlam de algum modo, segundo esta orientação moderna, para a manutenção e prosperidade do seu hospital, que muita vez, vive abandonado a si mesmo, não fazem caridade, não estão colaborando, estão prejudicando, perturbando e impedindo o progresso da instituição.

Os hospitais devem ter quartos particulares e leitos para contribuintes de 1.^a classe e classe média, que melhor se denominará: Classe A, B, C, inclusive em enfermarias.

Não há leito gratuito; há doente gratuito. O custeio de todos os leitos já está previsto no orçamento e corresponde a certa despesa. O tratamento dado ao indigente deve ser o mesmo da classe média. O leito do indigente ou do desajustado social deve ser pago pela caridade, pela filantropia, pela contribuição social e dos governos: municipal, estadual ou federal. Não deve haver característica aviltante, que assinala a condição humilde ou miserável do doente.

A renda deverá servir para melhoramentos e ampliações, a fim de que seja não só garantida a existência da instituição, como aprimorado o tratamento adequado e o agasalho conveniente.

O hospital deve ter entradas separadas, sempre que possível, uma para médicos, enfermagem e administração e para visitantes; outra para doentes e acompanhantes; e outra para o serviço e seus empregados. A localização do hospital, no planejamento geral, deve ter merecido exigência especial. Quem faz o programa é o Consultor Hospitalar e quem o interpreta é o Arquiteto.

As enfermarias devem ter a lotação de quatro (4), seis (6) ou oito (8) leitos no máximo, permitindo assim, a separação para medicina e cirurgia e suas especialidades, por sexo e por idade do doente, e até atendendo à gravidade dos casos.

Quando o hospital receber parturientes, deve possuir uma seção especial, separada, pessoal especializado, diferente, leitos separados para puerpera e para gestantes.

Salas de parto e de curativos. Isolamento para infectadas. Berçário. Ambulatório particular. Facultativamente, bloco cirúrgico.

O Laboratório Clínico de rotina, inclusive para serviço externo de contribuintes, é necessário a qualquer tipo de hospital e poderá constituir uma fonte de renda.

A seção cirúrgica terá no mínimo, uma sala asséptica e uma séptica.

Serviço de esterilização e arsenal cirúrgico suficientes, de preferência próximos, constituindo o bloco cirúrgico. Raios X para radiagnóstico (radioscopia e radiografia). Também para terapêutica, em casos de certas instituições especializadas como por exemplo, serviços de doenças de pele, etc. Igualmente o Raio X poderá prestar auxílio à clínica civil, para uso de contribuintes, doentes externos, como fonte de renda para o hospital. Outros laboratórios. A Farmácia, como pequeno laboratório anexo, a seção de Fisioterapia com balneoterapia médica, e outras unidades modernas. Êstes componentes dos Serviços Auxiliares do Diagnóstico e do Tratamento, completam a organização do hospital, favorecendo as rendas preconizadas.

São necessários quartos para médicos e para enfermeiros residentes ou plantonistas, e para auxiliares da Administração, refeitórios especiais para médicos, enfermeiros e administração, e para acompanhantes e para doentes crônicos e convalescentes.

Cozinha geral completa, convenientemente equipada, em ligação com pequenas instalações para dietética, aparelhagem de refrigeração, câmaras frigoríficas ou simples geladeiras. Fácil transporte e rápida distribuição da comida, carros térmicos e elevadores, se possível. Bem organizado serviço de orientação dietética que compreende a administração da cozinha, copas e refeitórios.

Reservatório água que baste às necessidades do hospital por 48 horas no mínimo em caso de cessar o abastecimento. Previsão e aparelhagem para extinção de incêndios, além do Seguro sempre que possível.

Instalação de banheiros e aparelhos sanitários, de acordo com a lotação ou movimento geral do hospital. Efluentes para destino conveniente, fossa, com estação depuradora, na falta de rede geral de esgoto da cidade.

Necrotério com instalação anexa e equipamento especial para necrópsias inclusive frigorífico para conservação de corpos, capela mortuária ou velório.

Rouparias. Lavanderia mecânica e lavagem manual para complemento. Incineração do lixo do hospital ou outro destino que atenda a higiene.

Serviço de Admissão, moderno, bem organizado. Regular e permanente serviço de registro clínico. Serviço de triagem. Ambulatório Geral ou Seção de Doentes Externos, separado ou afastado da entrada principal do hospital. Ambulatórios todos dependentes das respectivas clínicas especializadas. Fichário geral, central, para o qual convergem no original ou em cópia, tôdas as fichas, enfileiradas sob forma de prontuário ou pasta individual, constituindo a história do doente, que servirá sempre, única, cada vez que o mesmo indivíduo volte à instituição.

Na impossibilidade de manter os prontuários, pelo menos uma ficha completa.

A mesma ficha de registros clínicos deve servir, tanto para doentes de ambulatórios como para internados. O doente interno e o externo merecem o mesmo cuidado para diagnóstico e tratamento. *Ficha única* individual permanente que deve ser o sumário da história do doente ou prontuário, com indicações de código que facilite a Classificação. Número único que é o da primeira matrícula do doente no hospital. É o *número geral*. Cartões-índices, por ordem numérica ou alfabética ou por ambas. Assistência médica diária para os doentes internados. Corpo clínico médico e cirúrgico e de especialidades, se possível. Diagnóstico e tratamento com interesse científico.

Serviço Social para investigação sôbre os recursos do doente e da família para que se possa avaliar o preço da diária ou a contribuição na proporção dos seus recursos, de cada um, ou para dar-lhe auxílio, assistência social, espiritual, e educacional, etc.; ao doente, inclusive qualquer amparo à família.

Diretor ou administrador com curso de organização hospitalar de tempo integral. Se possível, de tempo integral. Administração residente, em parte pelo menos, e bem organizada. Boletim ou registro diário do movimento de doentes. Censo das 24 horas para determinação diária do número de *doentes-dia*. Boletim diário de serviço de cada seção administrativa. O custo do *doente-dia* deve ser preocupação dominante da Administração sem prejuízo do suprimento indispensável, da boa alimentação e dos necessários cuidados médicos. Salas de trabalho. Estações ou postos para Enfermeiras. Corpo de Enfermeiras: na impossibilidade de serem tôdas diplomadas, no mínimo uma para Chefe ou Instrutora (tipo Ana Néri). Auxiliares de Enfermagem com curso ou Atendentes licenciadas. Serventes e outros auxiliares em número proporcional à necessidade dos serviços clínicos do hospital, para atenderem dia e noite, com regime de plantão ou como residentes.

Êstes são os requisitos mínimos e as sugestões para a organização e administração do que se convencionou chamar o *hospital moderno*.

O serviço federal de assistência hospitalar e de assistência para-hospitalar ou social, a Divisão de Organização Hospitalar, há dois anos

está levando êsse postulado, êsses conhecimentos, sob a forma de instruções, exigências ou sugestões, a tôdas as instituições hospitalares do Brasil, por intermédio dos Médicos Inspetores, oficiais do quadro da Divisão ou distribuídos pelas várias Delegacias Federais de Saúde, os quais visitam, sistematicamente e periódicamente, os hospitais do país, quer oficiais, quer particulares.

CURSO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

A realização do Curso de Organização e de Administração Hospitalares da Diretoria dos Cursos do D.N.S., que tem a cooperação integral da D.O.H. é um prolongamento, ampliação e complemento das atividades da Assistência hospitalar, visando disseminar êsses conhecimentos sistematizados e criar especialidades, *consultores* ou *técnicos hospitalares* que possam ser aproveitados nos departamentos de coordenação, orientação e contrôle das instituições médico-sociais, nos serviços federal, estadual e municipal; e também nas organizações particulares. Êsses diplomados ficam habilitados como especialistas, e devem ter preferência para exercer as funções de Diretores e Administradores de hospitais oficiais ou particulares.

Êste curso, estendendo-se pelo prazo de dois meses no mínimo, de outubro até dezembro, cobrirá um período de tempo maior de que o do curso de Administração e Organização Hospitalares realizado na Universidade de Chicago; será, entretanto, mais demorado do que os cursos intensivos americanos, que se denominam "Institutes", destinados ao aperfeiçoamento dos Diretores ou Administradores e de outros Chefes e profissionais administrativos do hospital, concorrendo para a formação do especialista: que é o *Hospital-Cosultante*, o Consultor-Técnico Hospitalar ou Inspetor-Hospitalar. Até o presente, e desde 1938, trinta dêsses *institutes* foram realizados nos Estados Unidos e em várias cidades, sob o patrocínio de universidades e associações, sendo um apenas dado em comunidade da língua latina, no território americano de Pôrto Rico. Está planejada a realização de três Cursos ou *Institutes* Interamericanos de hospitais: o primeiro no México, o segundo em Lima e o terceiro no Rio de Janeiro. Êste curso, que ora tem início, organizado com a nossa contribuição na D.O.H., e refletindo integralmente a orientação da D.O.H., o seu programa e suas atividades, é bem mais longo, minucioso e sistemático, para abranger todo o complexo da especialização, o que não seria necessário, nem é praticado nos ditos cursos nos Estados Unidos e Canadá, cujo adiantamento técnico-hospitalar atingiu a tal processo que muita coisa desconhecida neste particular, entre nós, lá já constitui rotina, que não se precisa ensinar, assunto familiar, conhecimento assás difundido.

O nosso programa, obedecendo, entretanto, às normas e as linhas gerais dos cursos americanos, compreende desde o histórico da assistência médico social, a evolução das instituições hospitalares e para-hospitalares, até ao *hospital-moderno*; a legislação e tipo da administração pública ou particular; a classificação das instituições; a definição e terminologia referente a tudo que se relaciona com assuntos hospitalares, a fim de que possamos nos entender a respeito em tôda a vasta extensão do território nacional, usando a mesma linguagem técnica, facilitando dest'arte, também, colheita uniforme dos dados estatísticos.

Estudam-se os diversos tipos de instituições hospitalares desde o *hospital geral*, o *hospital-colônia*, o *hospital-escola*, o *de ensino*, até aos *hospitais especializados*, considerado cada um separadamente, individualmente; aprende o aluno os vários padrões de hospitalização e os modêlos de instituições nosocomiais, inclusive a organização e administração da assistência para-hospitalar: policlínicas e clínicas isoladas, dispensários, ambulatórios, estâncias de cura (hidro-minerais, balneárias e climáticas) até asilos, abrigos e albergues.

A classificação das instituições médico-sociais por nós instituída compreende a divisão hospitalar e a divisão para-hospitalar, obedece a uma gradação decrescente dos *cuidados médicos* e crescente da *assistência social*.

Entre muitos ensinamentos com relação a edifícios e instalações, o Curso advertirá preliminarmente que o planejamento de um hospital ou mesmo de qualquer instituição médico-social, não é problema a ser resolvido somente pelo Arquiteto, ainda que se trate do mais notável na classe, mesmo que seja dos mais familiarizados com tais construções, porquanto já passou por julgado, entre as competentes e consagradas autoridades em assuntos de Organização e Administração Hospitalares, que o estudo inicial, o planejamento baseado na inspeção prévia do local, compete ao Consultor Hospitalar, especializado, que apresentará um relatório completo, que será o programa do nôvo hospital, minucioso, objetivo, com tôdas as verificações e previsões possíveis, que vão desde o estudo da localidade, clima, meio social, riquezas, possibilidades futuras, até a escolha do terreno, boa insolação, ventos favoráveis, aprazibilidade, os meios de comunicação, a economia na escolha dos materiais a usar, etc.

O relatório dêsse trabalho inicial, que foi realizado após entendimento com os primeiros interessados, seja diretoria, sejam financiadores da futura instituição, seja govêrno, se entrega a um Arquiteto ou firma de Engenheiros Construtores, de preferência especializados em construções hospitalares, para o estudo do projeto, desde o esbôço que será apreciado em conjunto até às especificações e orçamento. Começa, então, uma obra de constante colaboração até ao final entre as três

citadas entidades interessadas. A Divisão de Organização Hospitalar, ao mesmo tempo que colabora na formação de tais técnicos e este curso o comprova; e que procura incentivar a especialização dos arquitetos e de construtores, preparou e está fornecendo, como modelo, o "*Questionário para inspeção prévia*", bem assim plantas de um *hospital geral-padrão*, plano *progressivo e flexível*, com 25 ou 50 leitos inicialmente até 300 leitos, em futuro podendo ir até 500 leitos, excepcionalmente.

Aconselha tipos de repartições internas para grandes enfermarias, fornece planos de reformas e modernização de antigas edificações, e toda essa contribuição é dada a hospitais oficiais, santas-casas ou casas de saúde, a qualquer hospital, gratuitamente!

Seguindo, fielmente essas normas, já vitoriosas nos países mais avançados na especialidade, a começar pelos Estados Unidos, se evitarão entre nós, os erros irremediáveis, e os projetos inviáveis, e os prejuízos sem conta verificados em estruturas perdidas, em construções paralizadas ou vêzes várias reformadas, alternadas, e defeituosas ao terminar. Tudo como conseqüência de projetos mal orientados inicialmente, sem a sistematização orgânica, via de regra, frutos das melhores intenções, quando não assinalam, lamentavelmente, uma vaidade ou um afoitamento, em que a ignorância muita vez corre parelha com a presunção e com a imprevidência. Eis uma lição preciosa, de inapreciável valor e utilidade prática que este curso, entre outras, nos ensina.

O programa do Curso inclui ainda certos problemas e atividades gerais de organização hospitalar nas comunidades, a cargo de repartição especializada, de associações ou outras entidades, tais como o Censo e Cadastro das instituições que é fundamental para o estudo dos diversos planos, como, por exemplo da Rede de Hospitais Regionais, para um Estado ou País; dá norma para a verificação do custo do *doente-dia*, onde convier, para a classificação das instituições, determinação do que se chama "*ocupação hospitalar*" numa região, cidade ou instituição, isto é, índice de internamento de doente ou do número de leitos ocupados, em relação aos existentes ou lotação do hospital, o que se expressa por certo percentual. A queda de "*índice de ocupação*", dado que um certo volume de despesa é constante e irredutível, denuncia a existência de uma crise econômica no funcionamento da instituição e mais sensível se se trata de um hospital particular ou uma casa de saúde onde não deve haver *deficit*. A não ocupação dos leitos assim como a superlotação, são fenômenos igualmente nocivos ao equilíbrio orçamentário da *receita e despesa*, refletindo-se no custo Per Capita do doente, ou do doente-dia, em qualquer instituição. A esses problemas se acha ligada, de algum modo, a concessão das subvenções oficiais do *doente-dia*, de terminando-se o auxílio segundo a eficiência e utili-

dade verificadas do hospital, de preferência à precariedade ou pobreza da instituição.

O curso estimulará iniciativas para a fundação e manutenção de *associações de classe*, de organização hospitalar, seja federal, estadual e municipal, bem assim de "cooperativas" e "mútuas" destinadas a garantir hospitalização de contribuintes ou sócios.

O Curso elucidará êsses problemas e se ocupará ainda, particularmente, de revelar todos os segredos da administração hospitalar-considerada a instituição *como um todo*, desde as atribuições dos conselhos e mesas administradoras, às funções hoje especializadas do Diretor ou do *Administrador*; desde a organização do corpo clínico, de enfermeiras, de dietistas, de anestesistas, de laboratoristas, etc., até a parte econômica-financeira; o serviço de contabilidade e fichários, modêlos de balanços, e de orçamentos consoante a previsão de receita ou renda e a organização da importante secção de Compras. A distribuição dos Serviços Médicos e da Enfermagem, prima pela sua importância, eficiência e objetivos, entre os pontos do programa.

A Assistência Social ou Serviço Social do Hospital estudará a assistência espiritual ou religiosa, jurídica, educacional, recreativa e financeira prestada ao doente ou a sua família, além dos benefícios diretos, ressaltando ao mesmo tempo os interesses do hospital contra possíveis exploradores.

A D.O.H., indica a mais completa literatura sôbre organização hospitalar, em livros, folhetos, revistas que se acham à disposição dos interessados, para consultas na sua sede ou na Biblioteca do DNS, e oferece cooperação e colaboração, além de modêlos e normas sôbre os assuntos referidos.

CONCLUINDO

Pelo bom caminho e com a lição dos êrros do passado, estamos criando e precisamos multiplicar por todo o Brasil, esta nova especialidade, o nôvo conceito hospitalar, corporificada naquilo que se convencionou chamar em *hospital moderno*, o *hospital padrão*, confortabilíssimo, sem ser luxuoso; ou simples, mas completo no seu aparelhamento indispensável. Grande ou pequeno, geral ou especializado, deve ser o hospital para tôdas as classes, que recebe o doente mais ou menos afortunado, presta-lhe todos os cuidados médicos sociais, em troca de uma contribuição razoável e proporcional.

A retribuição pelos serviços médicos-profissionais pode estar incluída ou separada do custo das diárias, mas tôda contribuição redundará em benefício dos doentes gratuitos, por quanto a renda beneficia a instituição. A própria retribuição direta ao médico ainda favorece ao in-

digente, permitindo e justificando mais longa a permanência dos Clínicos e técnicos no hospital. Maior receita e melhores recursos são indispensáveis para completo aparelhamento hospitalar, e indispensável para o tratamento conveniente que se deve dar tanto ao afortunado, como ao indigente. Não há medicina, nem cirurgia diferentes para o rico e para o pobre.

Acima de tudo o doente!

Graças a êsses progressos, que visam particularmente só os doentes, que atribuem ao doente tôdas as preferências e vantagens, considerado êle, como é, o *principal personagem* da instituição, o hospital de hoje não deve ser mais aquela casa primitiva, ungida de bênçãos e de caridade, mas que infundia medo, senão horror, embora sendo o único refúgio do pobre! Hoje o hospital moderno inspira confiança, cerca o enfêrmo de todos cuidados e de estudado conforto, de ordem e de asseio, de ambiente aprazível, e alegre mesmo; o “hospital moderno” é a garantia e o alívio; o consôlo e a esperança para todos nós na hora incerta da adversidade e da doença.

É ainda, particularmente, uma organização sôbre base econômica, que exige administrador técnico e competente.

Sendo êste o primeiro Curso de Organização e Administração Hospitalar que se realiza no Brasil, terá certamente falhas e senões, a relevar, sôbre ser assunto nôvo, sem a transcendência que desperte maior interêsse, não obstante a sua evidente utilidade prática, da sua marcante oportunidade e de seu “desideratum” humanitário e patriótico.

A sua realização já nos garante, entretanto, uma vitória certa, a começar pela magnífica e surpreendente inscrição, sem maior anúncio, de cinquenta e três médicos, entre êles ilustres diretores de hospitais e distintos nomes, disputando uma matrícula limitada para trinta lugares apenas.

E porque representa um marco definitivo, de início, na evolução de uma campanha de âmbito nacional em que estamos empenhados, e empreendida pelo Serviço Federal especializado, atendendo a velhos e constantes apelos em prol da organização da Assistência Médico Social, entre nós, êste Curso, ao mesmo tempo que vai conceder certificado e vantagens, exige, de cada um, antecipadamente, o compromisso de bem servirem à nova especialidade, que se vai praticar; que é mais do que uma simples profissão, porque representa a implantação de um progresso nôvo, uma feição nova em um setor antigo da comunidade brasileira.

É a confirmação de uma nova orientação técnica, sistematizada, modernizada para todo o país, por iniciativa do Ministério da Educação e Saúde que há dois anos criou e procura desenvolver êste nôvo domínio como parte do vasto plano de organização nacional do govêrno Getúlio Vargas.

A Organização e Administração Hospitalares, a instituição do “hospital moderno” no Brasil, significa por todos êstes motivos, um benefício de valor inapreciável, não só para nós, brasileiros, como para os estrangeiros que partilham de nosso convívio, para ricos e para pobres, para todos, enfim, que temos a grande e inestimável felicidade de viver neste maravilhoso país.

Contribuindo, incentivando ou cooperando, façamos que êsse advento promissor se realize dentro do mais curto prazo possível.

CLASSIFICAÇÃO GERAL DAS INSTITUIÇÕES

Classificação Clínica e Padronização da Assistência Médica e Social: Instituições Hospitalares e Para-Hospitalares. Classificação e Administração. Classificação dos Tipos de Instituições segundo o número de leitos: Capacidade e Lotação. Classes e Padrões de Instituições consoante a qualidade e quantidade da Assistência.

A classificação das instituições de assistência médico-social é condição básica indispensável para a sistematização e para o estudo da organização e administração hospitalares.

Cumprir estabelecer uma estrutura única, pois, em caso contrário, seria difícil quiçá impossível, manter uma boa orientação de conjunto e o necessário entendimento.

Propomos aqui uma nova classificação geral das instituições médico-sociais, e particularmente dos hospitais, segundo as diferentes modalidades sob que seja considerada cada instituição.

São, dest'arte, dez classificações diversas.

PRIMEIRA CLASSIFICAÇÃO

A primeira é a *Classificação Clínica de Assistência Médica e Social*, que compreende:

- a) Instituições Hospitalares ou Assistência Hospitalar.
- b) Instituições Para-Hospitalares ou Assistência Para-Hospitalar.

A Assistência médico-social, no seu moderno conceito, inclui tôdas as instituições que promovem ou mantêm os cuidados médicos e sociais, o tratamento, o bem estar, o agasalho e auxílios prestados a doentes e deficientes físicos, visando não só o indigente e o desajustado social, como também o indivíduo em geral, um agrupamento, um povo, enfim.

Assistência, no moderno conceito, significa *organização*.

Assistência hospitalar: é aquela exercida nos *hospitais gerais*, impropriamente também denominados *policlínicos* e nos *hospitais especializados*, atendendo tanto aos *doentes internos*, como a *doentes externos* ou de *ambulatórios* predominando uma maior soma de *cuidados médicos* relativamente a uma menor assistência social.

Hospital geral: é aquela que recebe tôdas ou várias espécies de doentes de doenças diversas. É exemplo típico as Santas Casas de Misericórdia e certos hospitais de assistência pública, como o Hospital São Francisco de Assis, no Rio.

Hospital especializado; é a instituição destinada a determinado tipo de doente: ex.: para tuberculosos, cardíacos, venéreos, etc. ou a certos grupos restritos de doenças que constituem especialidades afins.

Dividem-se os especializados em 4 grupos:

- a) maternidades e berçários
- b) hospitais de medicina
- c) hospitais de cirurgia
- d) hospitais de outras especialidades mal definidas.

Como se vê, a classificação, embora seja clínica, tem por base o *doente* e não *doenças*, pois é sabido que hospitais especializados, como por exemplo os *para tuberculosos*, são policlínicos, teem várias clínicas: médica, cirúrgica e outras.

Assistência Para-hospitalar é aquela prestada por instituições de finalidades semelhantes a dos hospitais ou complementares à assistência hospitalar, tais como:

- a) clínicas ou policlínicas ou as enfermarias isoladas
- b) dispensários
- c) ambulatórios isolados
- d) as estâncias de cura (hidrominerais, balneárias, climáticas)
- e) os asilos
- f) abrigos
- g) albergues.

Neste grupo há predominância de maior assistência social em relação a uma assistência médica que decresce de “a” a “g”.

Esta nossa classificação obedece, como se vê, a uma ordem decrescente de *assistência médica* e crescente *assistência social*, que vai do *hospital geral* até ao *albergue*.

É oportuno observar que há uma significação vária no que se convencionou chamar de *assistência médico-social*, *assistência ou serviço social*. Não é momento para discutir os diversos conceitos ou opiniões, que cada dia mais aumentam a confusão reinante.

Não pretendemos também esclarecer definitivamente, nem convencer, mas queremos somente adotar um significado único que nos parece mais razoável, uma vez que é indispensável orientar em um determinado sentido a terminologia fundamental desta classificação geral.

A assistência médica e social ou médico-social, não deve ter mais aquele sentido de assistência pública ou obra de caridade oficial. O termo “assistência” aqui é sinônimo de cuidados prestados, que tanto podem ser profissionais, técnicos, como auxílio, amparo. Não implica na gratuidade de serviços, nem se destina, necessariamente, como outrora, a atender só ao pobre, ao indigente.

Vem, igualmente, um apêlo, retificar a significação dada usualmente ao Serviço Social, que existe organizado no hospital e que ainda se costuma chamar de “serviços médico social”, mesmo em livros recentes americanos.

Essa impropriedade presta-se à confusão. No hospital a maioria dos serviços tem íntima relação com o *médico* ou com a *medicina*. O Serviço Social é tanto médico como o da Dietética, da Enfermagem. É, portanto, ocioso e impróprio dizer-se *serviço-médico social*. É simplesmente “serviço social”. Ninguém diria *serviço médico-dietético*, nem *médico-radiológico*...

Há uma seção, divisão ou departamento de “serviço social” em cada hospital moderno, mas também existe nas fábricas, nas entidades de assistência pública. Nestes últimos estabelecimentos se justifica a denominação de assistência ou serviço médico-social, se há também assistência médica.

Serviço social tem hoje a sua significação técnica, como a Assistência Hospitalar, e o próprio hospital. Representa uma fase na evolução da caridade e da filantropia, que sem repudiar a concepção primitiva, se ampliou e se modernizou, estendendo o seu objetivo a tôdas as classes sociais e tôdas atividades humanas, e não mais somente proteção à indigência.

A assistência para-hospitalar – constitui o domínio pròpriamente do serviço social. Introduzindo esta nova designação, o fizemos levado pela determinação lógica da evolução das instituições. No princípio, as hospedarias, os albergues, os abrigos, os asilos; mais tarde veio o *hospital*. Os velhos, os deficientes físicos, os abandonados e desajustados ainda em época recente eram internados nos nosocômios, e ainda hoje, onde faltam recursos, se misturam como os doentes, impròpriamente, nos hospitais do interior do nosso país.

Uma boa organização hospitalar, entretanto, exige que fique no presente, bem definida a finalidade das instituições, bem assim a sua individualização. Ora, tôda instituição ou estabelecimento que não é de assistência médica e social pertence ao grupo “para-hospitalar” referido. Ou são serviços destacados do hospital ou são fases da evolução para advento do hospital.

As estâncias hidrominerais e climáticas, as estâncias de repouso e balneárias, são instituições, originariamente, de exclusiva finalidade; ninguém nega que elas existem como fonte de cura, como águas virtuosas ou milagreiras. Os interesses, o turismo, desvirtuaram êsses estabelecimentos, etc. Elas são necessariamente para tratamento de orientação médica. A nossa classificação incluindo as estâncias de cura que poderiam ser colocadas logo em seguida a hospitais especializados, mas que vem depois de enfermarias, dispensários e ambulatórios, atendendo essa aludida complexa utilização, procurou reabilitar as fontes e as águas que têm, realmente, qualquer ação curativa. São instituições médico sociais do grupo: para hospitalar.

SEGUNDA CLASSIFICAÇÃO

As instituições de assistência médico-social, e assim os hospitais, com relação à propriedade, manutenção e controle se dividem em:

- 1) Oficiais ou de governo
- 2) não oficiais ou particulares.

As instituições oficiais podem ser: *federais, estaduais e municipais*, e pertencem ou são mantidas ou dirigidas pelo Exército, pela Marinha, pela Aeronáutica, Polícia, Bombeiros, Saúde Pública, Assistência Pública, Universidades oficiais, etc.

As instituições não oficiais ou particulares se subdividem em:

- a) filantrópicas
- b) de finalidade não lucrativa
- c) de finalidade lucrativa.

No primeiro grupo estão as instituições de caridade, as de assistência gratuita; as pertencentes à Igreja, à Irmandade, à Fundações e outras corporações.

As de *finalidade não lucrativa*, semelhante, de algum modo às filantrópicas, são instituições mantidas por corporação, fábricas ou núcleos para seus empregados; são as de cooperativas, de Associação de classe, Beneficências, Caixas, Ordens Terceiras, etc., isto é, organizações que não distribuem dividendo ou lucros, e cuja renda se destina exclusivamente à finalidade médico-social, a manter, e melhorar, e ampliar a instituição; a bem da saúde.

Entre as instituições de finalidade lucrativa se acham as “casas de saúde”, hospitais mantidos por médicos, por sociedades, por quotas, visando uma exploração industrial ou comercial; de firma, sociedade anônima, etc.

TERCEIRA CLASSIFICAÇÃO

Segundo a sua lotação ou relação ao *número de leitos*, as instituições, e assim os hospitais, são de:

- a) *tipo pequeno* de 25 a 49 leitos
- b) *tipo médio* de 50 a 149 leitos
- c) *tipo grande* de 150 a 500 leitos
- d) *tipo extra ou especial*: com mais de 500 leitos.

Para efeito desta classificação e no sentido de estabelecer um *padrão mínimo*, considera-se *Enfermaria*, e não *Hospital*, quando a lotação é de menos de 25 leitos, embora se denomine hospital ou designação equivalente.

QUARTA CLASSIFICAÇÃO

Classificam-se ainda as instituições, segundo a *quantidade e qualidade* de assistência médica e de assistência social que prestam. Da verificação dos valores combinados, aquilatados por *pesos* e *pontos*, se determina a classe a que pertence a instituição: A, B, C, D, sendo as da classe D, as mais deficientes e de padrão mínimo.

Esta classificação, ao mesmo tempo que distingue as instituições no tocante ao merecimento de cada uma e eficiência, quanto às suas edificações, instalações, equipamento, funcionamento, financiamento e assistência, permitindo a emulação, facilita mais justa e conveniente distribuição das subvenções dadas pelos governos e auxílios particulares.

Estas quatro classificações são fundamentais e de utilidade imprescindível na formação da organização hospitalar moderna.

QUINTA CLASSIFICAÇÃO

Para fins de ensino médico e particularmente ao *Internato* de estudantes e médicos, as instituições hospitalares foram classificadas segundo um padrão mínimo.

O curso médico em geral, nos Estados Unidos, feito nas faculdades não dá direito ao exercício imediato da clínica médico cirúrgica ou de especialidades. O médico termina o curso e é obrigado a ser interno num hospital para estágio de aperfeiçoamento ou prática, propriamente. E não só para o clínico geral, como, muito particularmente, para o especialista. O médico Americano se forma, mas não se apresenta ao público em busca de clientela, sem ter feito esse internato de um, dois ou três anos. Daí, a classificação de *padrões mínimos* estabelecida pelo COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES, que visou, além de constante sistematização da organização hospitalar, criar e ampliar, objetivamente, uma rede de hospitais, em todo o país, aptos a receber os *internos*.

Estes *internos*, que seriam os nossos *doutorandos*, procedem das Faculdades de Medicina de vários Estados norte-americanos e são encaminhados para hospitais classificados para o internato, o que, muita vez, concide realizar-se na própria cidade natal do jovem médico.

Nesses hospitais recebem o diploma de médico consoante o aproveitamento, controlado pela direção e corpo clínico do hospital, o que é comunicado à Universidade em relatórios ou notas periódicas.

Os hospitais foram assim classificados pelo Código Americano de Cirurgiões:

- a) aprovado plenamente
- b) aprovado provisoriamente
- c) não aprovado.

Por meio de inspeções continuadas (surveys) em todo o território americano, por iniciativa exclusiva do C.A.C. estão sendo selecionados ou julgados os hospitais com essa finalidade. Esta obra tem plena cooperação das associações e instituições hospitalares.

SEXTA CLASSIFICAÇÃO

Esta classificação é quanto à prática profissional ou referente ao procedimento do corpo clínico, no hospital.

Assim, uma instituição pode ser considerada:

- a) fechada
- b) aberta.

Fechada: – é aquela instituição que tem um corpo clínico efetivo, que executa todo o serviço médico ou de especialidade do doentes contribuintes ou de caridade, não se permitindo a médico estranho exercer ali a profissão, salvo por um acôrdio especial, eventual.

Aberta: – é aquela instituição que tendo ou não um corpo médico efetivo que se ocupa da assistência clínica geral, permite a outros médicos o exercício da profissão e tratamento de seus doentes particulares.

SÉTIMA CLASSIFICAÇÃO

De acôrdo com o sistema de edificação, as instituições hospitalares ou para-hospitalares, são dos seguintes tipos:

- a) tipo pavilionar ou de várias edificações
- b) tipo monoblóco ou em único bloco
- c) tipo misto: bloco com pavilhões anexos.

No sistema pavilionar os diferentes prédios têm comunicação por galerias ou pisos cobertos ou por meio de corredores subterrâneos, que não prejudicam o ajardinamento e a estética da superfície, o que é mais moderno e preferível.

O tipo monoblóco, como já o diz, apresenta o hospital em único bloco de construção.

Estas modalidades de edificação são completadas pela oitava classificação.

OITAVA CLASSIFICAÇÃO

Segunda a disposição da construção em bloco, a instituição pode ser:

- a) de tipo vertical ou sôbre altura (bloco de vários andares);
- b) de tipo horizontal ou sôbre a superfície (de um ou dois pavimentos e ocupando uma maior área).

NONA CLASSIFICAÇÃO

Dividem-se as edificações, com relação ainda à planta ou a seu plano de construção, em:

- a) *tipo definitivo ou inalterável*
- b) *tipo progressivo*
- c) *tipo flexível.*

De tipo definitivo ou inalterável, é aquela planta física, cuja distribuição interna não permite uma transformação conveniente, presente ou futura, para obedecer a uma sistematização, ampliação ou alteração.

Hospital-tipo progressivo: – é aquele planejado para ser construído por etapas, prevendo ampliações consecutivas, e para atender a necessidade num determinado período de 10, 20, 50 anos.

De tipo flexível: – é usada esta palavra no sentido de maleabilidade; quando a planta de uma instituição permite alterações da finalidade dos compartimentos ou dependências, sem prejuízo da boa sistematização das seções ou serviço e da circulação e interdependência.

É o caso de um hospital, por exemplo, que possui uma grande sala para reuniões. Se ao cabo de 10 anos fôr necessário modificar ou ampliar as repartições e sua utilização, está prevista a transformação dessa ala em quartos ou enfermaria, e vice-versa. Atendendo a essa diferenciação, adotamos, como significado diverso, o termo *flexível*, significando adaptável.

DÉCIMA CLASSIFICAÇÃO

É segundo a *forma do edifício* ou arquitetura:

- a) de *tipo basilical*, lembrando arquitetura de uma basílica ou catedral.
- b) de *tipo cruciforme* que ainda hoje se vê, modificada, em forma de avião, dois pavimentos, uma capela, etc. Tipo em cruz, clássico.
- c) de tipo *palaciano* ou quadrado, com área fechada. Depois transformado em U, corrigindo-se a ventilação e assim modernizado.

Trata-se de antigos modelos que tiveram no passado, há mais de seis séculos, uma notável influência no planejamento dos hospitais. São formas já hoje desusadas ou modificadas. Quanto a esta última classificação tem apenas um valor histórico. Modernamente, adotam-se formas de letras tais como: I, L, T, F, E, U, H, e outras. O hospital padrão progressivo estudado pela Divisão de Organização Hospitalar tem essas formas.

Insistimos em ressaltar a utilidade desta classificação. Quando falamos, sobretudo quando escrevemos, acerca de assuntos especializados, precisamos usar uma terminologia técnica; força é, que esta terminologia seja de todos conhecida e entendida. Precisamos instituir essa linguagem clara, fixa, uniforme, como base de sistematização e como estrutura da

Organização e Administração Hospitalares, cujos conhecimentos ora estamos difundindo em nosso país, como nova especialidade.

Neste terreno, estamos nos guiando pelos modelos e padrões estudados pela Associação Americana dos Hospitais e o Colégio dos Cirurgiões, notáveis associações que estabeleceram uma norma tão sistemática, tão normal ao assunto, que não há mais nada ali para definir ou para organizar, segundo as exigências da hora atual.

Cumprir dizer, entretanto, que não estamos traduzindo servilmente ou copiando a Administração e Organização Americanas, nem seria possível transplantar as instituições ali existentes para um meio tão diverso.

A nossa Classificação Geral das instituições é exemplo. Não se encontra esse conjunto e essa orientação em nenhuma publicação americana, mesmo nas mais completas, nem em outra fonte.

Estamos seguindo a norma da orientação que preparou e realizou o magnífico progresso e a sistematização do modelar aparelhamento hospitalar americano.

Toda realização de arte e ciência é, entretanto, obra de cooperação. Os Estados Unidos há menos de 3 décadas passadas iniciou o desenvolvimento das suas instituições de assistência hospitalar, e para atingirem ao esplêndido resultado do presente, aproveitaram os médicos e os profissionais de hospitais, a evolução, a experiência e os ensinamentos verificados nesse particular, em alguns dos países da velha Europa; aperfeiçoaram, completaram os modelos europeus, e criaram uma obra nacional, a organização hospitalar norte-americana, tão sistemática e bem ajustada, que se pode considerar original.

Estamos, por nossa vez, e primeiros na América Latina, procurando transplantar para o nosso país esta nova especialidade, adotando e aperfeiçoando os modernos padrões mas, a nosso modo, como convém, e dando nova forma à sistematização, procurando melhorar tudo, se possível, e ampliando.

Esta *classificação geral* sôbre ser exemplo, é também a prova do nosso esforço, visando esse "desideratum".

ACOMODAÇÕES E SERVIÇOS HOSPITALARES ADOTADOS PELA DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR (*)

As acomodações e serviços hospitalares são elementos fundamentais na eficiência da assistência hospitalar e para justificação do capital empregado, da receita e da despesa da instituição.

Os orçamentos hospitalares seriam por isso imperfeitos sem uma discriminação e relação das acomodações e dos serviços nos quais as despesas são feitas, separadamente.

Uma comissão designada pela Associação Americana de Hospitais, estudou o assunto, determinando as principais seções ou acomodações e serviços hospitalares, que devem ter certa autonomia, com inventário próprio, atualizado, e escrituração que permita relatórios individuais de cada serviço, sempre que possível.

A classificação e definições envolvem, de preferência, o critério administrativo, em vez do critério médico, e representam, tanto quanto possível, o ponto de vista vitorioso na prática das mais modernas instituições hospitalares.

A – Acomodações e Repartições Hospitalares

- 1 – Leito hospitalar
- 2 – Bêrço
- 3 – Capacidade máxima de leitos
- 4 – Lotação de leitos (leitos disponíveis)
- 5 – Quarto particular
- 6 – Quarto semi-particular
- 7 – Enfermaria
- 8 – Área ocupada ou área da seção ou do serviço.

(*) Tradução e adaptação do modelo americano.

B – Doentes de Hospital

- 1 – Doente interno (nôvo e antigo)
- 2 – Doente externo (nôvo e antigo)
- 3 – Doente particular do ambulatório
- 4 – Adulto (doente)
- 5 – Criança (doente)
- 6 – Recém-nascido ou infante
- 7 – Doente gratuito
- 8 – Doente contribuinte parcial
- 9 – Doente contribuinte integral ou total
- 10 – Doente de serviço particular contribuinte
- 11 – Doente de serviço particular não contribuinte

C – Unidades de Serviço Hospitalar

I – Serviços profissionais em geral

admissão
rejeição
alta
nati-morto
óbito
óbito institucional
óbito dentro das 48 horas
transferência
leito-dia
doente-dia (doente interno)
infante-dia
casos de emergência (ou pronto socorro)
dias de enfermagem
enfermeira diplomada especializada
enfermeira diplomada
estudante de enfermeira
atendentes ou
auxiliares de enfermagem
horas de médico
médico residente
estudantes internos
doutorando interno
corpo clínico de doentes internos
corpo clínico de doentes externos

II – Salas de operações e salas de parto

alta cirurgia ou cirurgia maior
pequena cirurgia ou cirurgia menor
anestesia

III – Serviços de raios X

radiografia
radioscopia
aplicações

IV – Serviço de laboratório

material para exame
exame
resultado de laboratório

V – Serviço de fisioterapia

aplicações

VI – Outros serviços especiais

curieterapia
exames de metabolismo basal
eletrocardiografia
receitas
fórmulas aviadas ou farmacêuticas

VII – Serviço de dietética

refeição ou dieta normal
refeição ou dieta especial
refeição do pessoal
refeição do visitante

VIII – Serviços de lavanderia

pesagem da roupa
roupa (doente interno)
roupa de serviços especiais
roupa de doente externo
roupa de pessoal

IX – Pessoal auxiliar

dias de serviço do pessoal (afora serviços médicos e de enfermagem)

D – Medidas de Utilidades Hospitalares:

- 1 – Média do censo diário
- 2 – Percentagem de ocupação
- 3 – Média de estadia no hospital.

A – ALGUMAS DEFINIÇÕES PRINCIPAIS

O leito do hospital – é um leito ou cama instalado para uso regular dos doentes internos durante seu período de hospitalização.

Existem duas espécies de leitos:

a) *leitos para adultos* – leitos ou camas de dimensões padronizadas e instalados para uso dos adultos e também para criança de maior idade.

b) *leitos para crianças* – pequenas camas protegidas com grades laterais ou guardas para o uso de crianças de menor idade (não incluídos os destinados aos recém-nascidos no hospital) (Idade: 0 a 14 anos).

Nos casos em que os berços, segundo a definição adiante, sejam instalados em quartos que não sejam do *berçário* para *recém-nascidos*, e sejam utilizados para crianças enfermas, podem ser classificados como *leitos para crianças*, e passam a constar do número de leitos disponíveis ou *da lotação do hospital*.

Não são leitos de hospitais, os usados temporariamente para o diagnóstico ou tratamento, como sejam os utilizados para aplicação de raios X, fisioterapia, metabolismo basal, os das salas de socorros urgentes, e aqueles usados pelo corpo médico, enfermeiros, outros empregados ou acompanhantes, para fins de residência e que também se usam para visitantes do hospital.

Incluem-se, entretanto, os *leitos das enfermarias* de observações igualmente aqueles que são utilizados, eventualmente, por enfermeiros quando doentes ou acidentados e embora instalados nas seções de enfermeiros ou em outros compartimentos.

Esta definição de leito é indispensável para que se possa realizar uniformemente bio-estatística, censo hospitalar e determinação do número de doentes-dia, custo per-capita ou do *doente-dia*, etc.

O *bêrço* – é um equipamento instalado no berçário para ser ocupado pela criança recém-nascida no hospital geral especializado ou especializado ou maternidade.

Os berços são destinados à criança ou infante recém-nascido no hospital que permanecem após o nascimento durante o tratamento da mãe.

Em certos casos, o *bêrço* pode ser usado por uma criança que haja permanecido no hospital ou foi nêle internado para tratamento independente da presença materna.

Em tais casos, ou se não estão mais colocados no berçário, devem ser incluídos como *leitos para crianças*, na lotação ou no número de leitos disponíveis.

Os berços não incluem as incubadoras, destinadas aos recém-nascidos; entretanto, um *infante* durante o período de sua permanência no Incubador é relacionado como ocupante do *bêrço*.

Capacidade máxima de leitos – representa teoricamente o maior número de leitos que podem ser colocados no hospital, baseado sobre a área necessária para cada leito, estejam os leitos instalados ou não.

A *capacidade máxima*, está portanto em relação com a área exigida para o número de leitos e não se deve confundir com o número de leitos disponíveis ou com lotação. Aproveitam-se tôdas as áreas: salas diversas, exceto o corredor e áreas destinadas à circulação e fins imutáveis.

A *lotação* – é o número de unidades de leitos do serviço hospitalar; êste número representa o total de leitos (não incluindo berços) existentes na ocasião ou disponíveis para hospitalização de doentes em determinada instituição hospitalar. Assim diz-se:

lotação da instituição
lotação da enfermaria
lotação de quartos particulares, etc.

O número de leitos da *lotação* em relação aos *doentes existentes* é a base para cálculos da disponibilidade de leitos ou vagas: *percentagem de ocupação*.

O número de leitos da lotação não inclui os leitos de quartos ou outros aposentos, que nunca foram instalados para uso dos doentes hospitalizados, nem os leitos que foram instalados para uso dos doentes hospitalizados, nem os leitos que foram retirados daquele uso e empregados para outros fins, tais como para uso de enfermeiros e empregados.

O número de leitos de lotação inclui porém os leitos temporariamente desmontados por falta de ocupantes, conservados nas enfermarias ou depósitos.

Quarto particular: – é aquele que possui acomodações para um doente interno, apenas, podendo ter mais uma cama especial, menor, que se oculta durante o dia e se arma à noite para uso do acompanhante.

Quarto semi-particular: – é aquele que possui acomodações para 2 ou 3, no máximo.

Enfermarias: – são salas contendo acomodações para 4, 5 ou mais doentes. No hospital geral as enfermarias devem ter no máximo 8 leitos.

Área dos leitos: – Mínimo seis metros quadrados; e 7 até 8 m².

Observação: – as definições de *quarto particular*, *semi-particular* e *enfermaria* são baseadas exclusivamente sobre o *número de leitos* e não nas relações entre os doentes e o corpo clínico do hospital ou classes de doentes.

Quarto particular não significa *quarto para "contribuinte"* ou de "*clínica particular*". Em casos especiais, o próprio indigente poderá ocupar um quarto particular, se seu caso clínico ou cirúrgico o exigir.

Prefere-se a designação de "contribuinte" a de "pensionista".

ÁREA DE ENFERMAGEM

Algumas vezes para fins de distribuição, serventia ou de emprêgo de verbas, para verificação do custo, equipamento, etc., costuma-se determinar a média do espaço ocupado pelas diferentes seções ou serviços hospitalares, a fim de estabelecer relações ou base dos cálculos.

Ao calcular a proporção da área ocupada deve-se considerar somente o número de pés quadrados ou melhor de metros quadrados dentro de cada seção.

Não se devem incluir nesta área os espaços ocupados pelos "hall", depósitos de fornecimentos, corredores, que possam servir a diversas seções em conjunto, como já ficou referido.

B – DEFINIÇÕES DE DOENTES DO HOSPITAL

Doente de hospital – é o indivíduo que utiliza os serviços de um hospital para diagnóstico e tratamento.

E são, assim, *doentes internos e doentes externos*.

Doente interno – é o indivíduo hospitalizado que ocupa regularmente um leito ou um bêrço do hospital enquanto recebe a assistência hospitalar.

Doente externo – é o doente registrado e recebendo serviço na instituição, mas que não ocupa regularmente um leito ou bêrço do hospital.

Também se denomina *doente de ambulatório* e pode ainda ser *nôvo* ou *antigo*.

Doente externo nôvo: – é o indivíduo que é pela primeira vez matriculado na instituição, não tendo sido anteriormente recebido naquela instituição para assistência hospitalar de doente externo.

Observação – os doente novos externos podem ser classificados segundo a origem ou fonte de indicação que os encaminhou ao hospital:

- a) Serviço Social
- b) Médico particular
- c) Enfermeira de saúde pública
- d) Outras fontes.

Estas designações visam particularmente fins de estatística. Podem também ser classificados segundo classe, sexo, raça, ou outras bases determinadas.

Doente externo antigo: – é um indivíduo que aparece pela segunda vez ou em consecutivas inscrições na instituição, de que recebeu serviços anteriormente, na condição de doente externo.

Doente particular de ambulatório: – é um indivíduo que procura a instituição para utilizar um dos serviços especiais de diagnósticos, de consulta ou de tratamento, tais como, raios X, fisioterapia, metabolismo basal, etc.

Observação: – Tais doentes permanecem sob os cuidados do médico que o encaminhou ou dos médicos do hospital. Eles usualmente pagam o preço estabelecido em tabela pelos serviços prestados e devem ser sempre registrados na categoria de classe especial.

Doente adulto: – é o doente de 14 anos ou de mais idade.

Doente criança: – é o doente, que tem menos de 14 anos, não incluindo recém-nascido no hospital ou ocupante do bêrço no berçário.

Infante ou recém-nascido: – é a criança nascida no hospital, enquanto acompanha a mãe.

Doente infante: – é aquêle que permanece após o nascimento para tratamento subsequente ou qualquer criança de tenra idade, ocupando um bêrço, durante o período de hospitalização.

Os doentes podem ser também considerados segundo sua situação financeira e assim são classificados como:

- a) Contribuinte total ou integral e parcial
- b) Gratuito.

Esta classificação pode ser também usada para os doentes dos quartos particulares, semi-particulares e enfermarias e mesmo nos dispensários.

Os acompanhantes, isto é, *parentes, amigos e pessoas das relações do doente* que permanecerem durante a noite no hospital, não são contados doentes.

Doente contribuinte: – É aquele que paga ou a que se cobram os preços de diária ou de tabela, estabelecido o custo médio dos serviços prestados. Em alguns hospitais usam o custo médio das diárias para determinar o preço de pagamento dos contribuintes; em outros hospitais, preferem adotar os preços estabelecidos por serviços prestados.

Os contribuintes podem ser classificados em:

1) *de pagamento direto*, os que assumem a responsabilidade de suas próprias contas do hospital ou os seus parentes ou amigos as assumem por êle.

2) *de pagamento indireto* – o de serviços contratados e pagos segundo um plano de serviços hospitalares ou por uma organização industrial, por uma companhia de seguros ou outra organização semelhante, por governos, de acordo com as taxas contratuais.

3) *doentes de cortesia* – aqueles que em virtude de relações e conveniências do hospital estão habilitados e descontos e assim remuneram em parte ou não pagam os serviços hospitalares.

4) *os empregados do hospital* – que recebem os serviços hospitalares independente de remuneração, como condição tácita ou por contrato dos serviços.

Doente contribuinte parcial – é o que paga ou contribui em parte, não a importância integral dos preços estabelecidos ou dos serviços prestados. Uma concessão especial feita a certos doentes, tal como ao médico ou a uma enfermeira, não os torna por isso contribuinte parcial.

Doente gratuito – é o que não paga pessoalmente nem por intermédio de parentes e amigos pelo serviço hospitalar recebido.

O indigente e o desajustado social são casos típicos de doentes gratuitos.

C – DEFINIÇÕES DAS UNIDADES DO SERVIÇO HOSPITALAR

Admissão ou entrada de doente interno é a aceitação e o recebimento no hospital de um enfermo pela pessoa da instituição autorizada para esse fim. Isso compreende a ocupação de um leito ou bêrço da instituição e atualização de uma ficha ou prontuário durante o período do tratamento.

Conta-se uma admissão hospitalar cada vez que o doente é internado para um período de permanência no hospital. A primeira admissão dá-se o nome de *matricula* e às demais como *registos*.

Se após a data, o mesmo *enfermo se apresenta com* novo caso *clínico para um tratamento subsequente*, será outra admissão.

Cada criança nascida no hospital, exceto os nati-mortos, é considerada uma admissão hospitalar, mas separadamente relacionada. Os doentes que se acham em tratamento no primeiro dia do ano, isto é, que passaram de um ano para outro, não são incluídos na estatística como admissões durante o novo período, chama-se: *doentes existentes*.

A alta hospitalar: – é a saída de um doente que permanecera em um leito hospitalar e para o qual o prontuário clínico ou fichas vinham sendo mantidos.

Os óbitos: – serão incluídos entre as altas, mas será separadamente classificados e anotados. Há ainda: *a alta do curado; de cura clínica; e alta por transferência*.

Os nati-mortos: – serão incluídos como admissão, mas se contam numa estatística especial.

Nati-morto: – é a criança que não evidencia sinais de vida após o completo nascimento (não respira, não pulsa o coração, não apresenta movimento muscular voluntário). O nascimento é considerado completo quando a criança (cabeça, tronco e membros) se apresenta inteiramente já fora do corpo materno, mesmo que o cordão umbelical não haja sido cortado e a placenta ainda esteja prêsa. A definição precedente tem sido adotada pelo "Bureau" da Criança dos Estados Unidos sob a orientação de uma comissão de notáveis obstretas.

Os nati-mortos serão registados e relacionados em todos os resumos de atividades mas não serão incluídos no total das entradas e saídas.

Um leito-dia: – é um período de 24 horas durante o qual um leito hospitalar, que faz parte da lotação do hospital se acha disponível para uso dos doentes internos.

Um doente-dia: – é o período de serviços prestados ao doente entre dois censos consecutivos; o dia da alta sendo contado somente quando o paciente fôr admitido naquele mesmo dia. A apuração dos números dos doentes-dia se denomina *censo da meia noite ou censo das 24 horas*, às 18 horas.

Doentes-dia, adultos e crianças: – devem ser separados na estatística, dos infantes ou recém-nascido. Todos os cálculos de *números de dia ou custo por dia*, devem indicar claramente o numero de recém-nascidos nesse dia.

Consulta ou visita clínica: – é qualquer serviço profissional médico prestado a um doente externo ou interno em qualquer subdivisão da clínica ou de tratamento ou de qualquer outro serviço profissional. Preferimos distinguir: *Visita*, quando a domicílio.

Consulta médico ou visita médico: – é a unidade do serviço prestado ao doente externo, que corresponde ao doente-dia ou cuidados com o doente interno. O indivíduo é atendido em vários serviços no mesmo dia, seja na mesma e em ações distintas do departamento dos doentes, várias consultas devem ser anotadas.

Serviços de Raio X e Fisioterapia, Farmácia e Laboratório: – devem ser anotados como Radiografia, radioscopia, aplicações terapêuticas ou simplesmente aplicações, prescrições, exames, etc. Este proceder diferencia os serviços especiais de modo mais efetivo e Ohio impede, nem interfere com a sua adição ao total de consultas ou visitas clinicas se o administrador do hospital considerar isto necessário.

a) O exame clínico do paciente pelo médico que fizer a *admissão deve ser contado como consulta médica ou visita*;

b) *Não deve ser contado como consulta médica ou visita*, o simples contato do paciente com o departamento de admissão, mesmo que o ato da matrícula seja feito por médico, que não examine;

c) *Não deve ser contado como consulta médico ou visita*, se o paciente depois de registrado, *não foi examinado* pelo médico.

D – DEFINIÇÕES DE MEDIDAS DE UTILIZAÇÃO DO HOSPITAL

A média dos censos diários e o número médio de doentes internos que recebe tratamento cada dia durante um determinado período de tempo. Também se diz: *média de doentes-dia* no período tal. É calculado dividindo o numero de doentes dias em tratamento durante um dado período de tempo pelo número de dias do calendário, dêsse período.

Ex.: 47.940 doentes-dia tiveram tratamento em um hospital durante um ano. A *média de doentes-dia* é de 131 doentes, isto é, 47.940 dividido por 365.

Segundo exemplo: – Um hospital deu cuidados a 548 doentes-dia durante um mês (30 dias). A *média do censo diário* é 38,2 doentes.

A *média dos censos diários*, pode ser calculada para qualquer seção das acomodações dos doentes internos do hospital, tais como: *quartos particulares, quartos semi-particulares, camas de crianças e berços*.

Ocupação: – A percentagem da ocupação de leitos num hospital, é a relação entre doentes-dia e leitos-dia durante um dado período de tempo. Pode também ser expresso com a relação da *média do censo diário* e a lotação.

A *média do tempo de permanência* de doentes em serviço interno é o número médio de *doentes-dia* de serviços prestados individualmente a cada doente em tratamento durante um período fiscal ou em aprêço.

Há várias fórmulas para verificação de permanência, quase tôdas falhas.

Preferimos, o processo mais rotineiro e mais seguro: determinar o número de dias de cuidados prestados a cada doente saído durante o período e dividir êstes números de dias pelo número de doentes saídos durante o mesmo período. Isto é recomendado para os hospitais de pequeno movimento assim como nos de doenças crônicas e mentais, mas é o mais correto método para todos.

Ainda outras definições, poderiam ser aqui incluídas. Êstes são, entretanto, os elementos, os dados indispensáveis como unidades básicas para uma boa organização e administração, seja dos hospitais, seja de instituições para-hospitalares.

FICHA DA INSTITUIÇÃO

Usada para Inspeção Periódica e Cadastro permanente, atualizado.

(**FORMATO:** 20 x 26 OU 22 x 28 cms. **Papel:** GROSSO ou MEIA CARTOLINA)

Ficha.....		
Seção	Pasta	Documento
(Nome da instituição)		
(Outras denominações da instituição)		
Estado	Localidade	Fundada / /
Município	Rua	N.º
Fichada / /		
É ambulatório ?..... ou dispensário isolado ?..... É clínica ?..... ou enfermaria 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 doenças mentais		
Doenças transmissíveis agudas ?..... Para tuberculosos ?..... Doentes de lepra ?..... Dermatologia ?..... Clínica cirúrgica ?..... De acidentados ou traumatologia ?..... Ortopedia ?..... Otorrinolaringologia ?..... Oftalmologia ?..... Vias Urinárias ?..... Venereologia ?..... Ginecologia ?..... Câncer ?..... De crônicos ?..... Convalescentes ?..... Deficientes físicos ?..... de outra especialidade, qual ?.....		
Nome do Diretor ?..... Administrador?		
Atenção: 1) Responder, no máximo possível, com algarismos ou “sim” ou “não”.		
2) As informações, aqui pedidas, se referem ao ano de 19.....		

I – EDIFICAÇÕES – INSTALAÇÕES – EQUIPAMENTO

É de construção moderna ?..... Na zona urbana?..... Tem
 parque ?..... Jardim ?..... É do tipo “monobloco” ?.....
 Quantos pavimentos ?..... Ou do tipo pavilonar ?.....
 Quantos pavilhões ?..... Quantas edificações anexas ?.....
 Soma das áreas construídas, inclusive dos pavimentos ?.....
 Tem sala para Diretor ?..... Para Administrador ?..... Se-
 cretaria e contabilidade ?..... para fichário ?..... Quantas
 enfermarias ?..... Quantas com mais de 8 leitos ?..... Total
 dos leitos nas enfermarias ?..... Capacidade máxima de lei-
 tos nas mesmas ?..... Quantos quartos particulares ?.....
 Quantos semi-particulares ?..... (2 ou 3 leitos) ?..... Total
 dos leitos nos quartos ?..... Quantas salas de operação: sép-
 tica ?..... asséptica ?..... Salas para esterilização ?..... Salas
 para anestesia ?..... Para repouso de operado ?..... Para
 curativos ?..... Quantos consultórios ?..... Sala de parto ?
 Berçário ?..... Quantos bêrços ?..... Tem instalação
 para ortopedia ?..... Para radiologia ?..... sendo: para diag-
 nóstico.....a..... Para tratamento..... Instalação para ele-
 troterapia ?..... hidroterapia ?..... gazoterapia ?..... Para
 otorrinolaringologia ?..... oftalmologia ?..... cardiologia?
 Tem solários ?..... Quantos gabinetes dentários ?.....
 Quantos para médicos residentes ?..... para estudantes ?.....
 para enfermeiros ?..... para outros auxiliares ?..... em clau-
 sura ?..... Instalação para fotografia ?..... Farmácia ?.....
 Com laboratório anexo ?..... Para soluções injetáveis ?.....
 Laboratório clínico ?..... bacteriológico ?..... Anátomo-pato-
 lógico ?..... sorológico ?..... Tem necrotério ?..... Sala de
 autópsia ?..... Sala de capela ?..... Sala para leitura ?.....
 Para cursos ?..... Para reuniões ?..... Para recreio de me-
 nores ?..... Para projeção ?..... Aparêlho de “projeção fixa”?
 de cinema 16mm ?..... do 35mm ?..... Quantos refeitói-
 rios para doentes ?..... Para médicos, técnicos e admi-
 nistração ?..... Para auxiliares e subalternos ?..... Tem
 instalação elétrica ?..... de gás ?..... de vapor ?.....
 Aquecimentos internos ?..... Refrigeradores elétricos ?

..... a gás ?..... Câmaras frigoríficas?..... Tem ar condicionado ?..... Só filtrado ?..... Esterilizado ?..... Tem telefone ?..... Inter-comunicação telefônica interna ?..... De alta voz ?..... de sinal-som ?..... de sinal-luminoso ?..... Receptores de rádio ?..... Rede interna de rádio-recepção ?..... Há reservatório d'água ?..... de quantos litros ?..... Há instalação para filtragem ?..... Depuração química ?..... Quantas cozinhas ?..... sendo dietéticas ?..... Quantas copas ?..... Há lavanderia mecânica ?..... ou lavagem manual ?..... Forno para incineração de lixo ?..... O lixo é removido pela Limpeza Pública ?..... Quantos aparelhos sanitários ?..... Destino do esgoto: Rede geral ?..... Curso d'água ?..... Fossa ?..... O efluente da fossa é tratado ?..... Clorado ?..... Quantas ambulâncias ?..... Tem elevadores para passageiro ?..... Para maca ou camas ?..... Para comida ?..... para roupas ?..... para outros serviços ?..... Carros térmicos para conduzir comida ?..... Carro para roupas ?..... Há outros veículos ?..... Há outras construções e instalações, quais ?..... (Queiram juntar plantas, fotografias e quaisquer outros documentos referentes à instituição).

FUNCIONAMENTO E ADMINISTRAÇÃO

Doentes que passaram para 1/1/19..... ?..... sendo homens?..... mulheres ?..... crianças ?..... Quantos entrados durante 19..... ?..... Quantos saídos durante 19..... ?..... Sendo por alta ?..... transferidas ?..... óbitos ?..... Quantos doentes dia ?..... Quantos gratuitos em 19..... ?..... Pensionistas ou contribuintes ?..... Total de doentes de clínica médica geral?..... Total de cirurgia geral ?..... Total de parturientes ?..... de Infantes ou lactentes ?..... Meses de maior frequência ?..... Total de doentes-dia em 19..... ?..... SERVIÇO DE AMBULATÓRIO ?..... Total de suas matrículas durante 19..... ?..... LACTÁRIO ?..... Fornecimento leite ?..... outras matrículas durante 19..... ?..... Sexo masculino ?..... Sexo feminino ?..... CRECHE ?..... Matrículas em 19..... ?..... Sexo masculino ?..... Sexo feminino ?..... Tem

organizado o serviço de fichas clínicas ?..... Quantos médicos efetivos ?..... sendo: de clínica geral ?..... de cirurgia geral ?..... obstetras ?..... pediatras ?..... ginecologistas ?..... urologistas ?..... dermatologistas ?..... oculistas ?..... otorrinolaringologistas ?..... neurologistas ?..... psiquiatras ?..... fisioterapeutas ?..... fisiologistas ?..... leprologistas ?..... cancerologistas ?..... ortopedistas ?..... radiologistas ?..... cardiologistas ?..... outros especialistas ?..... Dos médicos efetivos, quantos residentes ?..... ou plantonistas ?..... Quantos médicos estagiários durante o ano anterior ?..... Quantos são os laboratoristas médicos ?..... Quantos não médicos ?..... Quantas enfermeiras ou enfermeiros diplomados (Tipo Escola Ana Neri) ?..... Quantas Auxiliares de Enfermagem ?..... Quantos dentistas ?..... seus auxiliares ?..... Farmacêutico diplomado ?..... licenciado ?..... Práticos de farmácia ?..... Massagistas ?..... A instituição tem: Presidente ?..... Provedor ?..... Diretor ?..... Administrador ?..... Administração de Religiosas ?..... mista ?..... Quantas irmãs ?..... Tem capelão ?..... Quantos guardalivros ?..... escriturários ?..... datilógrafos ?..... telefonistas ?..... ascensoristas ?..... motoristas ?..... artífices ?..... serventes e trabalhadores ?.....

FINANCIAMENTO E ASSISTÊNCIA

Valor aproximado do terreno ? Cr\$..... Das edificações ? Cr\$..... Das instalações fixas ? Cr\$..... Do equipamento ? Cr\$..... É propriedade do Governo Federal ?..... Estadual ?..... Municipal ?..... É mantido pelo Exército ?..... Pela Marinha ?..... Pela Aviação ?..... Outro Ministério, qual ?..... É de Polícia ?..... de Saúde Pública ?..... De Bombeiros ?..... De Funcionários ?..... De Ensino ?..... De outra instituição oficial ?..... De autarquia ?..... É Instituição Filantrópica ?..... De Irmandade ?..... De Fundação ?..... De Associação ?..... É instituição particular ?..... De Ordem Terceira ?..... De Beneficência ?..... De Cooperativa ?.....

De grupo ou classe ?..... De Escola ou Universidade ?..... De indústria ?..... de núcleo rural ?..... Tem finalidade lucrativa ?..... Pertence à firma ?..... à Sociedade ?..... Quanto tem de patrimônio ? Cr\$..... Quanto teve de render em 19.....? Cr\$..... De serviços ? Cr\$..... De Produção Industrial ? Cr\$..... De Juros ? Cr\$..... e de Dividendos recebidos? Cr\$..... De subvenção federal em 19..... ? Cr\$..... Estadual ? Cr\$..... Municipal ? Cr\$..... Quanto de donativos ? Cr\$..... De outras fontes ? Cr\$..... Qual a despesa de manutenção ? Cr\$..... Discriminar; Com o pessoal afóra médicos ? Cr\$..... Só com médicos ? Cr\$..... Com escritório ? Cr\$..... Com alimentação ? Cr\$..... Com lavanderia e costuras ? Cr\$..... Com outros serviços de manutenção ? Cr\$..... Só com tratamento de doentes, afóra médicos e auxiliares ? Cr\$..... Com Ensino ? Cr\$..... Com vestuário e Uniformes ? Cr\$..... Com Transportes ? Cr\$..... Se possível, discriminar: gasto com Radiologia ? Cr\$..... Com Laboratórios ? Cr\$..... Com obstetrícia ? Cr\$..... Com Farmácia ? Cr\$..... Cardiologia ? Cr\$..... Metabolismo basal ? Cr\$..... Fisioterapia ? Cr\$..... Quantos médicos remunerados ?..... Qual a taxa de matrícula cobrada de doentes ? Cr\$..... Preço de diárias de doentes: Máxima ? Cr\$..... Mínima ? Cr\$..... Quantos indigentes atendeu em 19..... ? Sendo internos ?..... externos ?..... Tem Assistência Social a doentes ?..... Assistência jurídica ?..... Religiosa ?..... Educacional ?..... Recreacional ?..... Outras informações.....

.....
 (Data e assinatura do INSPETOR)

NOTA: – Queira juntar uma coleção completa das fichas e todos os demais impressos usados na instituição, bem assim fotografias, plantas, relatórios, publicações, etc.

FICHA ÚNICA OU PRONTUÁRIO MÍNIMO DO DOENTE
(**FORMATO:** 23 x 29 cms. – **Papel:** GROSSO ou MEIA CARTOLINA
– FÔLHA DUPLA)

(Impresso)

(Impresso)

Localidade		Nome do Hospital	
Nome por extenso do doente			
Ficha permanente para doentes internos e doentes externos ou de ambulatórios. Qualificação médico-social do doente. Resumo da sua vida no hospital.			
1 – Último sobrenome	1.º Nome	2.º e 3.º sobrenomes	
2 – Data da entrada	Gratuito	Contribuintes	
3 – Idade	Data do nc.	Sexo	Côr Casad. Solt. Viúv. Desq. Sep.
4 – Local do nc.	Est. Nacional.	Há quanto tempo no país	
5 – End. fixo ou hab.	Desde quando na loc.?		Neste Estado?
6 – Residência	N.º	Há quanto tempo mora nessa casa? Fone	
7 – Profissão	Estudante	Empre.	Desde quando neste emprêgo?
8 – Nome e enderêço do empregador	Fone		
9 – Seg. Soc. Cxa.	Nome do marido ou mulher.		Empr. Idade
10 – Nome do pai	Nasc. em (localidade, Estado, País)		
11 – Nome de solt. da mãe	Nasc. em (loc., Estado, País)		
12 – Médico da família ou com quem se tratou últim.	Ed. Fone		
13 – Notificado ou enviado por	Enderêço		Fone
14 – Nome parente ou am. p/av. em caso de nec.	Parentesco		
15 – Enderêço do amigo ou parente	Rua e n.º		Fone
16 – Enc. da adm. ou quem matriculou êste doente (assinatura.)			
Assinatura do doente ou do responsável			

(Impresso)

Nome do Hospital

Localidade

Nome do doente

Número Geral
que é o da 1.ª matrícula

Registros Novas Entradas Números e Datas	Serviço Clínico ou Enfermaria	Resumo da história do paciente, da doença e de exames. Diagnóstico provisório, Laboratório, Raio X, etc. Receituário, Biópsia, Autópsia, Resumo ou Inclusão dos resultados. Fisioterapia e Operações. Diagnóstico definitivo.	Transferências. Altas Óbitos (motivos e datas)	Assinatura do médico estudante ou enfermeira que fez o registro ou escreveu

FORMATO 23x29 cms. Imprimir em folha solta, papel menos grosso e também, internamente, na ficha fôlha dupla.

FICHA DE ESTÂNCIA

*Questionário para Cadastro e Censo das Estâncias
Hidrominerais e Climáticas*

(Modelo original)

.....

Nome da Estância

.....

Localidade	Município
Séde – Rua e número	Estado

Foi descoberta em/...../..... – A instalação data de.....

.....

Nome do Prefeito	Nome do Insp.-Médico oficial
Nome do Diretor da Empresa	Nome do Diret.-Médico da Emp.
Nome da empresa que explora	Firma individ. sociedade etc.

Atenção: Tanto quanto possível, responder: “sim” ou “não”, ou número

Classificação da Instituição: Hidromineral..... Termal.....
 Balneária..... Climática..... De montanha..... Beira-mar.....

Comunicações: Terrestres (nomes das Estradas).....
 Aérea..... Marítima.....
 Tem telégrafo?..... Radiotelegrafia?..... Correio diário?.....

Estações de Cura: Épocas..... Meses de maior freqüência.....
 Total de visitantes no ano anterior..... Qual o dia de maior
 freqüência no ano anterior ?..... Máximo de freqüência mensal
 nesse período ?..... Quais os meses de preços reduzidos nos
 serviços ?..... Também nos hotéis.....

Edificações, Instalações, Equipamentos: A séde da estância está situada
 na zona urbana ?..... É de construção moderna ?..... Em
 parte ?..... Quantos pavimentos..... prédios ?.....
 Total dos pavimentos n.º..... Área total construída, incluída as
 dos pavimentos..... Tem parque ?..... Jardim.....
 Tem piscina ?..... A piscina para natação é de água mineral
 ?..... A água é clorada ?..... Tem rinqe para patina-
 ção ?..... Campo para golf ?..... Tênis ?..... Voley-ball ?
 Bola ao cêsto ?..... Futebol ?..... Outros campos, quais
 Tem vaporarium ?..... (Descrever as instalações em separado
 indicando se pertence ao Estado ou à Municipalidade ou a particular)

Balneoterapia: Locais e instalações, quais ?.....
 Banhos de lama ?..... Carbogazotos ?..... Outros, quais ?.....

Duchas: De chuveiro..... capela..... de chicote..... filiforme
 rectal..... vaginal..... Hamac..... meio banho.....
 pedilúvio..... nebulização..... eletro fisioterapia.....
 para reeducação..... laborterapia..... mecanoterapia e

massagens, quais.....
 Tem ginásio..... Tipos de ginástica.....

(Além da enumeração e descrição das instalações e equipamentos, juntar fotografias, tanto quanto possível).

Clima: Altitude local..... Ponto mais elevado na vizinhança
 Sua denominação..... Sua altitude..... Sua distância
 da séde da estância..... Meses de calor, quais ?.....
 Temperatura: máxima..... mínima..... meses frios,
 quais ?..... máxima..... mínima..... Nebulosidades;
 quais os meses ?..... número de dias..... Chu-
 vas, quais os meses ?..... número de dias..... Dias
 de sol, quantos de 19..... ?.....

Indicações Terapêuticas: Citar para cada fonte ou sítio, resumidamente, as
 observações terapêuticas registadas por médicos, poder anagotóxico, filático
 etc. Fornecer exemplares ou citar trabalhos, estudos, literatura a
 respeito.....

Urbanismo e Alojamentos: Existe um plano urbanístico ?..... Foi
 executado ?..... Todo ?..... Parte ?..... Quantos
 hotéis ?..... Total das casas nos mesmos ou lotação total ?
 Quantas pensões ?..... sua lotação total..... Quantas
 casas particulares recebem hóspedes..... Camas disponíveis nas
 casas..... Total geral das camas disponíveis para população
 flutuante ou visitantes..... População loca, residente, fixa.....
 No município, população normal.....

Esportes e Diversões: Tem pistas para corridas, na localidade ?.....
 barco para recreio ?..... para disputas esportivas ?..... quantos
 a remo ?..... a vela ?..... a motor ?..... Existem facilidades
 da pesca ?..... Há outros jogos ou entretenimentos, quais ?.....
 Quantos teatros ?..... Cinemas ?..... Estádios para lutas ?.....

Há na localidade salão especial para concertos ?..... para exposição ?
 para conferências ?..... Quantos clubes sociais ?.....
 esportivos-recreativos ?..... (juntar uma relação nominal).

Turismo: Quais as festas locais características e datas ?.....
 Passeios e sítios principais para visitas.....

Outras curiosidades locais.....
 Igrejas, Capelas, Templos..... Quantos do culto católico
 Protestante..... Israelita..... Espírita..... Mas-
 sons..... Positivistas..... Outros, quais ?.....

Assistência Médico-Cirúrgica: Quantos hospitais gerais ?.....
 Especializados ?..... Enfermarias ou clínicas isoladas ?.....
 Quantos dispensários ?..... Ambulatórios isolados ?..... Asi-
 los ?..... Abrigos ?..... Albergues ?..... (Juntar uma
 relação nominal das instituições e finalidades de cada uma delas)
 (Preencher para cada instituição a ficha da D.O.H.). Quantos
 laboratórios clínicos isolados, isto é, além dos existentes nas instituições
 acima ?..... Laboratórios anátomo-patológicos ?..... De
 outras pesquisas médicas..... Instalações de Raio X além das
 existentes nas instituições referidas..... Instalações de eletro-físio-
 terapia, afóra as das instituições..... Quantos médicos na localidade,
 que clinicam, inclusive crenologistas..... Discriminar pelas especiali-
 dades..... sendo crenologistas..... Quantos médicos do serviço
 efetivo da estância..... sendo remunerados.....
Fontes: Quantas hidrominerais..... Quantas já convenientemente
 captadas..... em serviço de captação..... em estudo
 outras ?..... Total..... (Juntar uma relação nominal e
 descrições de cada fonte, fotografias, análises completa das águas, incluindo
 termalidade, concentração, formação, vasão, radioatividade, teor metálico, etc.

Financiamento e Economia: Renda da Prefeitura local no ano anterior Cr\$..... Renda pròpriamente da Estância ? Cr\$.....

Propriedade: Valor aproximado do terreno das Fontes ou Estância Cr\$..... Valor das edificações da Estância Cr\$..... das instalações e equipamentos Cr\$..... Valor do patrimônio Cr\$.....

A Estância é propriedade Federal..... Estadual..... Municipal..... é de instituição filantrópica..... de particular com finalidade lucrativa..... A exploração é feita diretamente pelo govêrno ? por particular com finalidade lucrativa..... com finalidade filantrópica..... Recebe a estância subvenção Federal, quanto Empresa Cr\$..... renda bruta do ano anterior Cr\$..... as águas são vendidas engarrafadas ?..... Quanto exportou ? Unidades..... Valor total Cr\$..... Há outros produtos industriais ou medicinais pertencentes à Estância que produzem renda ?..... Quais e quanto..... ?

Total anual das despesas gerais Cr\$..... sendo só com pessoal a saber: com médicos Cr\$..... enfermeiras Cr\$..... Outros técnicos Cr\$..... Direção e administração Cr\$..... Outros auxiliares Cr\$..... Sòmente com obras, afóra as de conservação Cr\$..... (Juntar por favor: Tabela de prêços, taxas e prêços, taxas dos serviços terapêuticos, Relatórios-Balanços-Publicações em geral referentes à exploração das fontes e dependências).

.....
(Data)

.....
Assinatura do Inspetor da D.O.H

.....
Assinatura do informante

PLANEJAMENTO TÉCNICO DE UM HOSPITAL MODERNO (*)

Pelos *Dr. T. Almeida* e *Dr. A. Silva Jardim*, da D.O.H.

Advertência: – Os numerosos itens dêste questionário mostram o interesse de obter os mais completos elementos que permitam um planejamento seguro para uma realização viável e conveniente, a fim de evitar construções definitivamente defeituosas ou alteradas e reformadas repetidas vezes, com despesas imprevistas e quase sempre sem resultado satisfatório.

É óbvio que nem sempre será possível colher, no local, todos os dados precisamente, nem mesmo, talvez, a maioria se consiga, às vezes. Entretanto, pede-se que seja respondido o maior número possível de *itens*. Por outras fontes serão completados os restantes, inclusive no repositório especializado existente na própria D.O.H.

NOTA: A maioria das perguntas se responderá com “Sim”, “Não” ou algarismos,

A – CLASSIFICAÇÃO E FINALIDADE DA FATURA INSTITUIÇÃO

- 1 – Denominação:
- 2 – Classificação clínica:.....
- 3 – Localidade:..... Estado:.....
- 4 – Estudo pedido por: Data:.....
- 5 – Data do início deste planejamento:
- 6 – Data da inspeção do local:
- 7 – Quem preenche este questionário: *Nome:*
.....*Profissão:*.....
Função ou cargo:.....
- 8 – Técnico ou consultor hospitalar que realizou a inspeção do local:
Nome:..... *Profissão:*.....
Cargo:
- 9 – Data da conclusão do projeto:

(*) Questionário para inspeção prévia e planejamento de edificação hospitalares e para-hospitalares atendendo à determinação do tipo adequado da instituição, que convém, o estudo da localidade, da situação do terreno, do financiamento possível, até o projeto para construção e especificações.

B – DO FINANCIAMENTO E ASSISTÊNCIAS

- 1 – Há terreno já destinado?..... Doado?..... Já comprado?..... Por quem, qual entidade ou instituição?..... Valor aproximado do terreno: Cr\$.....
- 2 – Qual a importância total já prevista para a construção? Cr\$..... Não sendo oficial discriminar: De Fundos da Instituição: Cr\$..... De contribuição particular: Cr\$..... de instituição filantrópica ou de caridade: Cr\$..... de auxílio do governo Municipal: Cr\$..... do governo Estadual: Cr\$..... do governo Federal: Cr\$..... Quanto já existe disponível, no momento para construção? Cr\$.....
- 3 – Nome das entidades contribuintes ou dos responsáveis pelo financiamento da construção e da instalação:
- 4 – Quanto já existe destinado para as instalações? Cr\$..... Para o equipamento, incluídos móveis? Cr\$.....
- 5 – Sendo instituição oficial, é do governo Federal?..... Estadual?..... Municipal?..... Subordinada a qual Divisão ou serviço?..... Será mantida por instituição filantrópica ou de caridade, qual?.....
- 6 – Será mantida por entidade particular de finalidade não lucrativa?..... ou lucrativa?..... nome.....
- 7 – Quantos leitos são previstos para doentes contribuintes, em quartos de 1.^a classe?..... de classe média?..... Em enfermarias?..... Destina-se somente a indigentes ou assistência social?.....
- 8 – Terá a nova instituição finalidade lucrativa, isto é, visando distribuição de lucros ou dividendos? (Casas de saúde etc.).....
- 9 – Será a instituição administrada por irmãos ou religiosas?..... Qual a congregação?..... Terá assistência espiritual, qual o culto?..... Capelão residente?..... terá serviço social?..... assistências jurídicas?..... Seção para diversões, quais?..... Biblioteca?..... Ensino, qual?..... Restaurantes?..... Lojas?.....
- 10 – Terá seção de Doentes Externos ou Ambulatório?..... Número de doentes a atender?..... Especialidades?.....

C – DADOS REFERENTES À LOCALIDADE

- 1 – O clima é sêco?..... úmido?..... qual a altitude?..... qual a direção dos ventos dominantes?..... O local é expôsto a vento freqüente?..... Predominando em que meses?..... Qual a média pluviométrica anual em mm/m?..... Qual foi a temperatura máxima à sombra?..... Quais os meses mais quentes?..... Qual foi a temperatura mínima?..... Quando?..... Os meses mais frios?.....
- 2 – Superfície em m² da região a que o nôvo hospital vai servir, necessariamente?..... E incluindo localidades próximas que também fornecerão doentes?.....
- 3 – O número de habitantes a que vai servir o nôvo hospital, necessariamente?..... Eventualmente ou por extensão?..... Se a instituição se destina a classes, associações, corporações ou grupos, dar o número total de pessoas, associados e parentes, que tenham direito à assistência, ou que de instituição especializada, por exemplo, para doenças mentais, tuberculose, lepra, etc., dar o cálculo aproximado de doentes a internar: Homens..... Mulheres..... Casados..... Solteiros..... Crianças (por idade).....
- 4 – Situação econômica da população, grupo ou classe?..... Qual o padrão de vida da maioria da população local a ser hospitalizada, eventualmente?..... Alto?..... médio?..... baixo?..... Qual o salário mínimo?..... Quais as principais atividades da população local? com predominância: Agricultura?..... Pecuária?..... comércio?..... indústria?..... indústria principal?..... Outra atividade, qual?..... Há indício de crescente prosperidade?.....
- 5 – Qual o regime alimentar da maioria da população local: mau?..... sofrível?..... bom?..... ótimo?..... Quais os alimentos mais abundantes ou utilizados?..... Carnes: de boi?..... porco?..... carneiro?..... cabrito?..... aves?..... peixes?..... outras: quais?..... ovos?..... legumes?..... cereais?..... leite?..... laticínios?..... conservas?.....
- 6 – Qual o grau da instrução e organização social da população? Alto?..... médio?..... baixo?.....

- Há possibilidade de colaboração, presente ou futura, em favor da obra médico-social, em projeto?..... para construção?..... para manutenção?.....
- 7 – É zona saudável?..... Quais doenças endêmicas?..... O coeficiente de morbidade geral é alto?..... médio?..... baixo?..... Qual o número de casos das doenças infecto-contagiosas, agudas, verificadas no ano anterior na região a ser servida?..... Número dos casos de cirurgia geral?..... Qual a mortalidade geral do município nos três últimos anos? em 19..... em 19..... em 19..... qual o índice de mortalidade por doenças infecto-contagiosas agudas?..... Mortalidade infantil?..... Quais os coeficientes, discriminadamente, para as diversas causas de mortalidade? (juntar uma relação ou qualquer trabalho publicado)..... Quantos nati-mortos no ano anterior?..... Total de nascimentos no município, nos três últimos anos, discriminados por ano em 19..... em 19..... em 19.....
- 8 – Assistência médico-social: citar hospitais e enfermarias ou clínicas isoladas com leitos, existentes na localidade, sendo: *Gerais*: nomes;
.....
.....
Especialidades: nomes:
.....
Total de leitos existentes para clínica médica nessas instituições? para cirurgia?..... para suas especialidades, quais e quantos?..... para obstetrícia? número de berços?..... para pediatria?..... para tuberculose?..... para doentes mentais?..... nervosos?..... para doentes de lepra?..... para crônicos?..... para outras especialidades, discriminar:.....
.....
- 9 – A localidade tem estação de telégrafo?..... de rádio?..... rêde telefônica local?..... está ligada à rêde telefônica regional ou geral?..... Quais as estradas de ferro que chegam até à localidade?..... Que servem à região?..... Tem auto-estradas?..... Estradas de rodagem?..... É servida por vias fluviais ou marítimas?..... Existe linha de aviação comercial, servindo à localidade?..... Que outras facilidades ou meio de comunicação e transporte?..... qual a distância às três cidades mais próximas?.....

- Nomes e distância de cada.....
 Distância da capital do estado? Kms.?.....
 Horas, e via?.....
- 10 – Para núcleos de população até 20.000 habitantes: Ambulatórios simples, sem leito, existem na localidade?..... Dispensários?..... gerais?..... que especialidades?..... quantos leitos para cada?..... Quantos gabinetes de Raio X na localidade?..... sendo particulares?..... de instituições?..... qual o potencial dos principais?..... Quantos laboratórios clínicos?..... anátomo-patológicos?..... Quantos médicos existem no lugar?..... no município?..... na região?..... clinicando, quantos?..... Nome e especialidade de cada um: (juntar relação em separado). Quantos enfermeiros diplomados?..... Quantos licenciados ou práticos?..... quantos farmacêuticos?: diplomados?..... licenciados?..... quantas farmácias?..... particulares?..... de instituições?.....

D – SITUAÇÃO DO TERRENO DESTINADO AO HOSPITAL

(Sendo vários os terrenos indicados à escolha; para cada um, separadamente, deverá ser respondida esta parte do questionário)

- 1 – O local é aprazível?..... boa ventilação?..... boa insolação?..... ausência de ruídos?..... ausência de insetos?..... de poeiras?..... de fumaça?..... de outras novidades ou vizinhança incômoda?.....
- 2 – Está no centro da cidade?..... em bairro residencial?..... comercial?..... industrial?..... subúrbio?..... em zona rural?.....
- 3 – É de fácil acesso para os doentes?..... para os visitantes? quais os meios de condução?..... Qual a distância do centro urbano?.....
- 4 – Sua distância dos centros comerciais de abastecimento de gêneros alimentícios?..... Há facilidade para o abastecimento d'água?..... distância do local a construir até à rede geral de água potável?..... distâncias para abastecimento próprio, de rio?..... de nascente?..... de poços?..... será necessário prévio tratamento da água?..... qual?..... (Fornecer análises).

- 5 – A localidade possui rede de esgotos?..... Distância entre a rede e o local da construção?..... Distância do local até à rede de luz elétrica?..... à de energia elétrica?..... à do gás?..... à de linha telefônica? É preferível instalação própria?..... geradora de força e luz?..... Quais?
- 6 – Área do terreno em aprêço: total em m² ou hectares?..... forma e dimensões:..... Qual a área plana, aproveitável para as construções?..... O terreno é acidentado?..... é consistente?..... arenoso?..... argiloso?..... calcáreo?..... é seco?..... alagadiço?..... de atêrro?.....

NOTA: – Juntar planta com curva de nível, indispensável, do terreno, de metro em metro, caso já exista, ou um croquis, aguardando-se o levantamento referido. Será também indispensável determinar na planta ou croquis, de cada terreno, a linha Norte-Sul. Como simples sugestão, traçar a lápis, no ponto que pareça conveniente a figura do prédio a construir; a melhor posição de frente, atendendo às relações mais indicadas com as ruas principais, estradas ou prédios próximos, obedecendo os preceitos urbanísticos, enfim. Êste primeiro estudo poderá ser alterado.

E – CONSTRUÇÃO

- 1 – Há facilidade de aquisição de material de construção, como seja: saibro?..... areia?..... pedra?..... tijolos?..... telhas?..... madeira?..... cal?..... cimento?..... ferro?..... No local?..... no município?..... fora? a que distância aproximadamente?..... qual o transporte?

NOTA: – Juntar uma lista de custo médio dêsses e outros materiais necessários para a construção, em estudo. Preços no local da obra.

- 2 – Há facilidade de mão de obra para construção?..... Qual o preço na base do m² de piso de área construída, em obra de alvenaria, incluindo material e mão de obra, para prédio de um pavimento: Mínimo: Cr\$..... Médio: Cr\$.....

- Máximo: Cr\$..... Para prédio de dois e três pavimentos?
 mínimo: Cr\$..... médio: Cr\$.....
 máximo: Cr\$.....
- 3 – Há arquitetos residentes na localidade?..... Construtores?
 Citar as principais firmas construtoras, locais:

 Há oficinas competentes, quais?.....
 Ordenados Cr\$..... salário Cr\$.....
 trabalhadores Cr\$.....
 NOTAS COMPLEMENTARES:

 Local e data:
 Assinatura do construtor ou técnico que fez a inspeção:

- Assinatura do informante

CONCLUSÕES

- 1 – É aconselhável a construção do hospital desejado, como está ideado, em face dos dados colhidos?.....
- 2 – Qual deve ser a denominação mais característica e qual a especialidade do novo hospital?.....

- 3 – Qual o plano, em linhas gerais, da sua edificação, instalação, equipamento, organização médica e administrativa e assistência geral?

Observação: – Junte-se um relatório datilografado, o mais completo possível. Só em vista desse relatório e dos dados deste Questionário, será possível iniciar o estudo das plantas, a começar por esboços, que devem ser analisados conjuntamente pelo arquiteto, pelo consultor hospitalar e pelos interessados pelo projeto. Só depois, por fim, será feito o projeto: plantas e especificações, a serem aprovados pelas autoridades competentes.

Data e assinatura da Comissão dos técnicos e interessados:

INSPEÇÃO DE HOSPITAIS

A visita ou "survey" feita periodicamente, pelos Inspetores hospitalares, especializados, às instituições, constitui a base para o progresso da organização e administração hospitalares e para-hospitalares. Há que se distinguir: sugestões e exigências em cada laudo ou relatório de inspeção. ()*

- 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. Três entradas pelo menos.
- 2 – Os hospitais devem ter quartos particulares, semi-particulares, e receber doentes contribuintes de 1ª classe e classe média, inclusive em enfermarias especiais. É fonte de renda indispensável.
- 3 – As enfermarias devem ser de quatro (4), seis (6) ou oito (8) leitos no máximo, permitindo assim, a separação para medicina e cirurgia e suas especialidades, por sexo, idade, e segundo a gravidade dos casos.
- 4 – Quando o hospital receber parturientes, deve possuir essa seção especial, separada. Pessoal diferente. Sala de parto. Isolamento para infectadas. Salas para gestantes e puérperas.
- 5 – Pequeno laboratório clínico de rotina, inclusive para serviço externo de contribuintes da clínica particular do município.
- 6 – Seção cirúrgica no mínimo, uma sala assética e uma sala séptica. Sala de: esterilização, arsenal cirúrgico, preparo dos médicos, repouso.
- 7 – Aparelho de Raio X para radiodiagnóstico (radioscopia e radiografia). Também para terapêutica, em casos de certas instituições especializadas. Iguamente para serviço externo, como fonte de renda. Sala de negatoscopia anexa.
- 8 – Seção de fisioterapia; de eletricidade médica.

(*) O que deve ser sugerido aos hospitais em 1944 – A indicação, em cada caso, deve ser condicionada ao tamanho de hospital: pequeno (25 a 50 leitos), médio (51 a 150 leitos), grande (151 a 500 leitos), grande (151 a 500 leitos) e extra ou especial (mais de 500 leitos) – Vide “Classificação Geral” da D.O.H.

- 9 – Farmácia com pequeno laboratório para manipulação.
- 10 – Quartos para médicos e enfermeiros residentes ou plantonistas.
- 11 – Refeitórios para médicos, administração e acompanhantes e para doentes crônicos e convalescentes e pessoal subalterno.
- 12 – Cozinha comum, convenientemente equipada, e instalação adequada para dietética. Instalação de refrigeração ou simples geladeira.
- 13 – Reservatório d'água que satisfaça as necessidades do hospital por 48 horas em caso de cessar o abastecimento. Seguro, previsão e aparelhagem para extinção de incêndios.
- 14 – Instalação de banheiros e aparelhos sanitários, de acordo com a lotação ou movimento geral do hospital. Em conexão com uma fossa ou estação depuradora, na falta de rede geral de esgoto da cidade.
- 15 – Necrotério com instalação anexa, equipamento especial para necrópsias. Capela mortuária ou velório. Câmara frigorífica.
- 16 – Lavandaria mecânica ou lavagem manual, anexa ao hospital pequeno. Incineração de lixo do hospital.
- 17 – Regular e permanente serviço de registo clínico. Ambulatório geral, e sempre que possível separado ou afastado da entrada principal do hospital. Ambulatórios especializados dependentes das respectivas clínicas, com horários fixos. *Fichário geral* para o qual convergem no original ou cópia todas as fichas médico-sociais. A mesma ficha de registos clínicos deve servir tanto para doentes de ambulatórios, como para internados: *Ficha única* de registo. Número que é o da primeira matrícula do doente do hospital. Número geral. Cartões-índices por ordem numérica ou alfabética, ou por ambas.
- 18 – Assistência médica diária para os doentes internados. Corpo clínico médico e cirúrgico e de especializados, se possível. Como clinicar quando o clínico efetivo da instituição presta serviços tanto médicos como cirúrgicos e de especialidades. Livro ou ficha de registo individual dos *Médicos*, com classificação, títulos, atribuições, etc.
- 19 – Serviço social para investigação sobre os recursos do doente e da família para a devida contribuição ou para dar-lhe assistência social, espiritual e outras, inclusive amparo à família.
- 20 – Diretor ou administrador especializado, de tempo integral se necessário. Administração residente em parte pelo menos, e bem organizada. Boletim ou registo diário do movimento de doentes de

18 horas da véspera de meia-noite a meia-noite. (Veja modelo da D.O.H.).

- a) Existentes no dia anterior
- b) Entrados nas 24 horas
- c) Saídos a saber: alta, transferência e óbito.

Discriminar para cada item, Sexo e idade: Crianças ou Menor (até 14 anos) (Adulto) (Majores de 14 anos).

Doentes-dia: Existentes na véspera mais entrados nas 24 horas, menos saídos no mesmo período, igual a *doentes-dia* ou número de doentes que passam para o dia seguinte. Contam-se, a mais, os que entram e saem dentro de cada período de 24 horas. Exemplo: os que permaneceram horas apenas internados.

- 21 – Corpo de enfermeiros: impossibilidade de ter tôdas diplomadas no mínimo uma para cada Chefe ou Instrutora (tipo Escola Ana Néri); pelo menos Auxiliares de Enfermagem com curso ou atendentes licenciados. Serventes ou outros auxiliares em número proporcional à capacidade de serviços clínicos do hospital, para atenderem dia e noite, com regime de plantão.
- 22 – *Secretaria*: Nos menores hospitais, uma m^oça no mínimo, que faça também os registros nas fichas clínicas. *Contabilidade*: Pelo menos é indispensável um Guarda-livros, remunerado parcialmente que seja, que servirá de Procurador, auxiliar na gerência interna e externa, e que deverá manter a escrituração da *receita* e *despesas* rigorosamente em dia.

NOTA: – A D.O.H. fornecerá diretamente à instituição que solicitar por escrito, informes complementares, instruções especiais e modelos para cada item ou assunto tratado neste trabalho.

**COMO SE OBTÉM O CUSTO DO “DOENTE-DIA”
OU “PER-CAPITA”**

Obtém-se, dividindo a despesa total de funcionamento ou manutenção correspondente somente a *doentes internos*, no trimestre, semestre ou ano, etc., pela soma dos “*doentes-dia*” do mesmo período, resultantes dos “Boletins Diários” do movimento de Doentes ou dos *Boletins mensais*.

No “per-capita” deve ser declarado se foi excluído ou incluído o número de lactentes ou recém-nascidos ainda no bêrço ou berçário.

Exemplo:		Cr\$
Total da despesa do funcionamento com Doentes Internos (ano).....		207.510,00
Número de Doentes-Dia.....		
(Internos-ano).....	26.508	
Número de diárias de lactentes.....	1.914	
Soma:.....	28.422	
Custo do doente-dia, excluindo lactentes.....		
Cálculo: Cr\$ 207.510,00 = 26.508 ÷ 7,82.....		7,82
Custo do doente-dia, incluindo lactentes.....		
Cr\$ 207.510,00 + 28.422 = 7,30.....		7,30

Não devem ser incluídas as despesas com doentes externos ou de ambulatório.

**RELAÇÃO DO QUE É DESPESA COM CUSTEIO OU
CONSUMO OU DE FUNCIONAMENTO OU
MANUTENÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

Não devem ser incluídas aqui as despesas com construção, obras novas, reformas de instalação e equipamentos novos.

DESPESAS C/ PESSOAL E MATERIAL	TOTAL	DESCRIMINAR	
		Internos Doentes	Externos Doentes
	Cr\$	Cr\$	Cr\$
1) Administração e Escritório.....	—	—	—
2) Dietética: Alimentação, Cozinha, Copa, Combustível, Gás, Energia Elétrica.....	—	—	—

3) Serviços Domésticos e nas Propriedades. – Lavanderia, Rouparia, Utensílios, Aquecimento, Refrigeração, Luz, Fôrça e Água. – Conservação e reparos em geral. Carros-motores, inclusive ambulâncias, Impostos, Taxas, Seguros, Depreciação de equipamento e utensílios (10% por ano).....	–	–	–
4) Serviços profissionais: Médico-Cirúrgicos. – Serviço Social. Medicamentos e Produtos Químicos. – Artigo de uso médico em geral. – Diversos, de consumo. Enfermagem. Ensino de enfermagem, Uniformes, Vestuários, Diversos, Fichário, Livros e Publicações. – Discriminar: com Radiologia, Laboratórios. Serviço de Obstetria, Farmácia, Cardiologia, Metabolismo, Fisioterapia, etc. Nota: – Incluir custo de Pessoal para todos serviços, e gastos em geral com material, inclusive proveniente de donativos.....	–	–	–
Soma:	233.220,00	207.510,00	17.710,00

BALANÇO E BALANCETE

Verifica-se se houve *lucro* ou *perda*: *superavit* ou *déficit*, comparando a receita (Rendas, Donativos, Subvenções, Juros, Dividendos, etc.) com a Despesa com *Funcionamento da Instituição em igual período*.

2 – A Receita deve cobrir a Despesa; Lucros ou saldos devem ser aplicados em ampliações e melhoramentos ou fundo de reserva especial. Os donativos são escriturados com valores aproximados, tanto na receita, como despesa.

Todo e qualquer donativo ou subvenção, seja em dinheiro ou títulos; seja em material, em gêneros alimentícios, equipamento, etc., deve sempre ser escriturado depois da avaliação no momento.

3 – As despesas feitas com ampliações, construções ou obras novas, aquisição de aparelhos e outras aplicações de fundos, rendas ou adquiridos a prazo, etc., tudo que não seja para manutenção, custeio do funcionamento figura apenas no balanço, *mas não entra no cálculo para verificação do custo do doente-dia*.

EVOLUÇÃO E PLANEJAMENTO HOSPITALAR

MODELO D.O.H.

NOME DO HOSPITAL
 LOCALIDADE
 Modêlo D.O.H.
 D.N.S – M.E.S

Movimento de doentes – DOENTES-DIA
 Período de 24 hs.: de 1/2 noite à 1/2 noite

 Serviço ou Enfermaria

BOLETIM DIÁRIO NÚMERO		ADULTOS maior 14 anos		CRIANÇAS até 14 anos		TOTAIS		Sexo Mascu- lino		Sexo Femi- nino		TOTAIS	
		SOMAR	DEDUZIR	SOMAR	DEDUZIR	SOMAR	DEDUZIR	SOMAR	DEDUZIR	SOMAR	DEDUZIR	SOMAR	DEDUZIR
DATA/...../.....													
Assinatura													
Passaram do período anterior SOMAR		85	X	15	X	100	X	48	X	52	X	100	X
Entraram em 24 horas SOMAR		10	X	2	X	12	X	5	X	7	X	12	X
SOMAR		X	95	X	17	X	112	X	53	X	59	X	112
SAÍRAM	Altas SOMAR	4	X	1	X	5	X	3	X	2	X	5	X
	Transferências SOMAR	0	X	0	X	0	X	0	X	0	X	0	X
	Óbito SOMAR	7	X	0	X	2	X	1	X	1	X	2	X
	SOMAR	X	6	X	1	X	7	X	4	X	3	X	7
Passam, para o período seguinte SOMAR		X	89	X	16	X	103	X	49	X	56	X	105
Doentes que entraram e saíram ou faleceram no mesmo período de 24 horas SOMAR											3	X	
NÚMERO DE DOENTES-DIA.												108	

- Observações:** a) FORMATO DO PAPEL — 14 cm. x 22 cm. – MARGENS: 1 cm.
 b) Imprimir com os X nos quadrículos onde estão.
 c) MODO DE USAR: Escrever os dados diários nos quadrículos sem preocupar-se com os cálculos.
 Depois de preenchido, fazer as somas e deduções.

Nome da Instituição Localidade Município Estado

BOLETIM MENSAL MOVIMENTO DE DOENTES TOTAL MENSAL DE “DOENTES-DIA” – MÉDIA DIÁRIA DE “DOENTES-DIA” – PERÍODO ESTATÍSTICO MENSAL DE 24 HORAS: PERÍODO DE MEIA-NOITE A MEIA-NOITE OU DAS 18 HORAS DA VÉSPERA AS 18 HORAS DO DIA, TAMBÉM CHAMADO CENSO DA MEIA NOITE OU DAS 6 HORAS DA TARDE

MÊS.....ANO..... (Modelo da Divisão de Organização Hospitalar) – D. N. S – M. E. S

DIAS DO MÊS.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Totais Somas			
PASSARAM DO PERÍODO ANTERIOR	30	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	30		
ENTRARAM.....	5	4	3	2	5	6	8	9	4	6	7	4	5	3	2	1	9	4	2	1	1	6	7	8	9	1	6	4	2	8	3	145			
ALTAS.....																																			
TRANSFERÊNCIAS.....																																			
SAIRAM.....																																			
ÓBITOS.....																																			
PASSAM PARA O PERÍODO SEGTE.....																																			
DOENTES QUE ENTRARAM E SAIRAM DENTRO DE UM MESMO PERÍODO DE 24 HORAS.....																																			
«DOENTES-DIA».....																																			

MÉDIA DIÁRIA DE DOENTES-DIA: – NUM PERÍODO DIVIDIDO PELO NÚMERO TOTAL DE «DOENTES-DIA» NO MÊS, TRIMESTRE DE DIAS DO PERÍODO – MÉDIA NO MÊS OU PERÍODO TAL.
MÉDIA MENSAL: – A SOMA DOS «DOENTES-DIA» NOS MESES DIVIDIDO PELO NÚMERO DE MESES
MÉDIA ANUAL: – A SOMA DOS «DOENTES-DIA» DE ALGUNS ANOS DIVIDIDOS PELO NÚMERO DE ANOS

NOTA: – Este quadro não faz a apuração por idade e por sexo. Esta estatística se consegue diretamente dos “Boletins Diários” do período.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

**ESPECIALIZAÇÃO
NA MODERNA
ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR**

Rio de Janeiro, 1944.
Reedição de 1965.

Capítulo 3

INTRODUÇÃO

Prosseguindo na execução de um programa nacional que visa difundir, em todo o país, o conceito da mais moderna assistência médico-social, particularmente, com o fim de implantar, de Norte a Sul, a mais moderna organização e administração hospitalares, consoante a sua diretiva atual, especializada, vamos distribuir mais esta “publicação” de n.º 3, a todos os hospitais do Brasil e às instituições para-hospitalares, e aos interessados, em geral, pelo problema e por esta campanha, colaboradores, que somos todos, da mesma obra.

Estamos vencendo a primeira fase, a mais difícil, em que a cooperação não foi satisfatória, à mingua de especialistas, que hoje já vamos tendo; e em que o terreno trabalhado pela rotina ou mal preparado, era ainda impróprio para uma realização uniforme e ampla, como se deseja.

O segundo quinquênio, a seguir, se não advém qualquer solução de continuidade deverá ser o período da vitória, com a formação definitiva de uma nova consciência entre nós, objetivada no que se convencionou chamar: o “hospital moderno”, hospital para todos, oficina específica, suntuosa ou modesta, que permita o bem estar do doente e o exercício técnico da profissão médica e a prática integral da medicina científica e das especialidades.

A Assistência Hospitalar primitiva evoluiu para a Organização e Administração Hospitalar, no seu novo conceito, através da especialização autodidática, e daí passando à sistematização, pelo intercâmbio de conhecimentos, através de publicações, e nas convenções; resultando e atingindo, por fim, a padronização. A mesma evolução e aprimoramento se observou quanto à Enfermagem técnica, que é agora profissão especializada e definida, e que ontem era apenas o cuidado, caridoso ou mercenário, que se prestara ao enfermo.

A organização, a administração hospitalar de um país ou de uma comunidade, assim como a organização e administração de um hospital, constituem hoje uma especialidade completa, característica, com métodos estabelecidos, normas padronizadas, conceituação firmada em livros e revistas, que formam já uma bibliografia, à parte. Transformou-se deste modo um velho ofício em uma nova profissão técnica.

As inspeções, tipo, “survey” dos americanos, que médicos especializados, nossos primeiros “consultores hospitalares” estão realizando em todo o país, anualmente, há cerca de um lustro, e levando a todos os

quadrantes as novas idéias; os quatro cursos de especialização e aperfeiçoamento sobre o complexo hospitalar, a que prestamos contribuição e orientação, e que já formaram centenas de especialistas da nova especialidade; as instruções, modelos e normas que a D.O.H. já criou ou adaptou; as publicações feitas, e a cooperação dada até ao presente às instituições particulares e de governo, diretamente, sobretudo dezenas de estudos e plantas de hospitais novos ou de reformas, fornecidos por nós, grátis, para tôdas as regiões do país; estas e outras atividades representam uma soma apreciável de esforços coletivos a bem dessa especialização e para o reconhecimento desta especialidade.

Dia a dia, se verifica sensível e crescente interêsse por êstes assuntos, que estão grangeando a simpatia, tanto das instituições, como dos profissionais, o que significa uma segura garantia dada ao plano da grande rêde nacional de hospitais, orientado nos moldes mais modernos, e que foi estudado pelo serviço oficial federal, desde o censo e cadastro hospitalares, distribuição de leitos para cada região até à criação dum tipo de hospital-padrão, progressivo e flexível, já hoje em construção em várias localidades.

Será obra de cooperação, presente e futuro, de interêsse muito mais das comunidades do que de governos. E os cooperadores, felizmente, já se multiplicam, instituições e particulares.

Além da contribuição oficial, se encontra, nesta mesma publicação, exemplo excelente da colaboração voluntária: as lições do Professor Dr. Ernesto de Sousa Campos, que é mais do que um cooperador, porque está entre os mestres e pioneiros das modernas realizações hospitalares brasileiras, como autor de trabalhos publicados e de alguns dos principais planos e projetos dos maiores e melhores hospitais construído e em construção, em nosso país.

Editando, em resumo, estas autorizadas aulas, algumas apenas do valioso e copioso memorial que dariam os noventa pontos do Curso, que periôdicamente é confiado a um grupo de seletos professores, julgamos estar contribuindo, decisivamente, para apressar a nova era que se anuncia, com tão bons augúrios.

Prestamos, ainda, mais uma homenagem ao citado mestre e patriota que, com sacrificio de atividades particulares e do magistério em São Paulo, acedeu, entre outras notáveis obras voluntárias, ao convite oficial para vir colaborar nêsse Curso especial, “sui-generis”, que serve tanto ao preparo técnico ou ao Ensino, como ao idealismo, em pról de uma campanha, que é verdadeiramente de interêsse nacional.

Dezembro de 1945.

THEOPHILO DE ALMEIDA

Á ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E UM PLANO NACIONAL PARA SUA ORGANIZAÇÃO NO BRASIL

Pelo Dr. Theophilo de Almeida (*)

*Conferência pronunciada em Santos por ocasião da inauguração do novo Hospital Geral da Santa Casa, em 2 de julho de 1945 como parte do Programa Oficial (**)*

Quando, ainda há poucos dias, recebi o atencioso convite para comparecer à inauguração deste novo e grandioso hospital, fui surpreendido com a incumbência, assás honrosa, de vir realizar aqui uma conferência, já incluída no programa das solenidades, confesso sinceramente que hesitei em dar a resposta decisiva, entre lisongeadado com a escôlha e receioso de não corresponder, pessoalmente, à distinção, nem à magnitude do acontecimento.

Considereei, entretanto, que muito mais do que a mim, particularmente, essa designação constitui homenagem direta ao serviço federal especializado que represento, do Ministério da Educação e Saúde, ao qual incumbe a coordenação, a cooperação e a orientação para as soluções do intrincado problema da assistência médico-social em nosso país.

Não poderia, deste modo, furtar-me à honraria, sem quebra do cumprimento do meu dever, mas não sei, também, como agradeça esta generosa e distinta oportunidade, que ora se me oferece.

* * *

Êste hospital geral modêlo, que hoje se inaugura, representa mais do que uma obra secular de benemerência, já de si notável entre as que mais o forem pelo favor da caridade e da filantropia e assim igualmente, em pról dos progressos da medicina e da assistência social.

(*) Diretor da Divisão de Organização Hospitalar do D.N.S. – Ministério da Educação e Saúde.

(**) (Vide “Revista Médico-Social” de S. Paulo, ns. 24 e 25 de 1945).

A mais feliz coincidência de um caprichoso determinismo histórico reúne em esta mesma entidade hospitalar, através uma longa tradição de quatro séculos de serviços inestimáveis: a primazia de antiguidade, no passado, e a vanguarda de modernismo, no presente.

A sua existência acidentada, porfiosa e já hoje plenamente triunfante, corre parrelha, no tempo, com a própria vida da nacionalidade: quatrocentos anos!

Êste hospital constituiu o élo-fêcho de uma cadeia, e é uma síntese e um símbolo.

A sua evolução reflete a mesma história de milênios que nos conta os motivos e o progresso da *Assistência*, envolvendo tôdas as modalidades da prática do bem e da solidariedade no sofrimento.

O Cristianismo organizou e animou essa assistência, desde as diaconias, ainda no tempo dos Apóstolos, até esta obra aprimorada e ampliada de nossos dias, que refulge no "*hospital moderno*" e na assistência modernizada ao indigente, ao desajustado social, a todo o necessitado; também devida à assistência pública ou oficial, como à particular ou voluntária.

Desde o albergue, o abrigo, o asilo, o hospício, do ambulatório à clínica até à estância de cura, à enfermagem técnica e ao tratamento científico, ao hospital, enfim; todo êsse conjunto de instituições, por nós denominadas para-hospitalares, e hospitais, guarda na sua vária exteriorização e no seu íntimo, a mesma essência dos mais nobres sentimentos humanos, que aqui vive e palpita na história de centúrias desta muito heróica Santa Casa de Misericórdia de Santos, já tão prestigiosa ao nascer, em 1943, que deu o nome a esta cidade!

Nobilíssima criação a que Braz Cubas insuflou o primeiro alento e que os seus atuais benfeitores, honrando todos os continuadores da obra pregressa, dignificaram e sublimam nestas metamorfoses esplêndidas, cujo apogeu ora festejamos.

Congratulo-me com todos os beneméritos autores desta realização, na digna pessoa do ilustre Provedor, Snr. Benedito Gonçalves.

AS MISERICÓRDIAS E SANTA CASAS

As Misericórdias do Brasil, como as de Portugal, obras de fé, organizações piedosas admiráveis para sua época, e ainda no presente, vêm sendo estudadas, com dedicação e maestria por pesquisadores incansáveis, e entre êles por Souza Campos, (°) glória do professorando paulista, aqui presente. Não seria azado o momento, para maior dissertação a respeito.

(*) Leia-se a "História e Evolução dos Hospitais", pelo Prof. Dr. Ernesto de Souza Campos – Publicação N.º 1 do D.O.H. – D.N.S. – Ministério da Educação e Saúde.

Cumpra registrar, de passagem, que entre nós, desde os pródromos da nacionalidade, elas influíram na formação sentimental e social de nosso povo; beneficiaram a saúde e favoreceram, primordialmente, a observação e o ensino médico.

Elas espelham virtudes excelentes de nossa raça, provindas de nossos ancestrais portugueses. Como motivo religioso, político ou simplesmente “casa de caridade”, sobreviveram como nenhuma outra instituição nacional.

Pelo que registam as cartas de Anchieta e as petições e alvarás de licença, as primeiras Misericórdias, e assim as Santas Casas das Capitais litorâneas, situavam-se nos portos para socorrer o mar e a terra, o navegante e o aborígene; e abrigavam e hospedavam a asilavam ou davam agasalho e alimento; distribuíam a esmola e curavam os enfermos.

A sua localização, parece, obedecia à primitiva finalidade da assistência ao viajante, a *hospitalidade*, de que se originou, em Jerusalém no tempo das Cruzadas, a instituição assistencial denominada mais tarde, *hospício e hospital*, conservando sempre o radical significativo de *hóspede e hospedagem*. Foi o mesmo objetivo que, em outros meios, na Norte América, por exemplo, criou não só a assistência curativa, como a preventiva, como se infere da história da Saúde Pública, destinada, de início, a servir a marinheiros e até há poucos anos, naquêl pais admirável e original, conservador e ultra-progressista, subordinada aos departamentos oficiais da Marinha.

As Misericórdias, no seu complexo, revelam o mais perfeito esquema de organização da assistência médico-social, segundo ainda o mais moderno conceito, embora cada setor diferenciado nelas se apresente, no passado, (e ainda, em parte, no presente), sob a forma embrionária, em relação à sistematização e aos desenvolvimentos atuais.

As Santas Casas constituem a sua expressão mais evoluída: e o exemplo máximo é esta que rejuvenece, moderniza, em nova sede, aparelhada para prestar não uma caridade incompleta, e, às vèzes enganadora de certas Misericórdias obsoletas, mas para assistir convenientemente o indigente e o afortunado, e também para prestar a assistência clínica, técnica e científica, a tôdas as classes sociais, igualmente, e como convêm. Hospital geral e hospital para todos.

Não deve haver uma medicina para o rico e outra para o pobre: como já não há cirurgias diferentes. Claro é, entretanto, que o indigente merece aqui uma certa preferência, dada a finalidade dessas casas santas.

* * *

Por muitos motivos, de muito acerto foi a deliberação da atual Administração superior da Misericórdia de Santos, no promover esta celebração faustosa, de caráter nacional, com a presença do Presidente da República, do Chefe do Govêrno estadual, e das mais altas autoridades, e

de pessoas gradadas, além de figuras das mais representativas do meio médico e das profissões ligadas à finalidade da instituição, que todos aqui vieram partilhar desta festividade.

Era mister realçar êste memorável acontecimento, porque êste nôvo hospital geral é um paradigma, e, também, um exemplo de realização. Afeiçãoado aos mais modernos preceitos da arquitetura especializada, tanto quanto foi possível, acha-se instalado e equipado, satisfatòriamente, apesar dos óbices e das restrições do tempo de guerra. Foi organizado, com a técnica mais cuidada, que exige o padrão que se convencionou chamar: o *hospital moderno*, sob a orientação uniforme de um diretor-administrador especializado, escolhido e designado com longa antecedência, como deve ser; e que é o Dr. Odair Pedroso, afeito de há muito ao convívio das atividades médico-sociais, com sólidos conhecimentos da nova especialidade, abeberados no mais adiantado centro do progresso hospitalar do mundo.

Benvindo seja o nôvo hospital com êstes e outros privilégios e aprimoramentos, que ainda mais exaltam o valor da realização e a benemerência dos seus realizadores, instituição que renasce, a mais nova e a mais antiga, que ressurge, brotando do velho tronco, como a vergôntea principal, viçosa, cheia de seiva, de promessas e garantias para a mais esplêndida frutificação.

A SITUAÇÃO: – CENSO E CADASTRO HOSPITALARES

Façamos desta celebração mais uma efeméride marcante e decisiva de uma nova era que se afirma. Êste hospital significa, de modo excepcional, a confirmação de um precedente, que é incentivo de progresso e desafio, às velhas Misericórdias das grandes cidades.

Foi, assim pensando que, para corresponder a tão honroso convite, preparei, pressurosamente, esta contribuição que é, ao mesmo tempo, específica e congratulatória. Elegi, igualmente, esta oportunidade, e esta elevada tribuna, que traz em si a fôrça convincente de uma efetivação, a fim de apresentar, em público, pela primeira vez, embora sumàriamente, através de dados positivos ainda inéditos, a expressão da situação da assistência hospitalar do Brasil, e também as linhas mestras de um programa, já em prosseguimento, pretendendo a solução do vasto e complexo problema da assistência médico-social, em todo o território nacional.

Nenhum ensejo se me afigurou mais apropriado, para lançar a semente; nenhum outro ambiente mais propício para uma consulta e para um julgamento. É mister assinalar que vivemos em um país que ainda não dispõe ou não se serve, satisfatòriamente, das estatísticas e em que os problemas dos mais complexos embora do maior interêsse, são objeto de discussões acadêmicas intermináveis, girando em tórno de fatos iso-

lados ou de hipóteses ou de cálculos aproximados, sem base sólida, que seja firmada em dados insuspeitos ou colhidos com a devida precisão.

Há mais de vinte anos que, no seio das sociedades sábias ou de interesse profissional, na imprensa diária ou especializada, se agita entre nós o tema, assás debatido, da *falta de hospitais*, da *carência de leitos*, da *precariedade ou insuficiência da assistência pública nas grandes cidades e nos rincões mais afastados*, esquecidos ou não visitados, dêste imenso país.

Salvo esforço isolado, mal aproveitado às vêzes ou uma ou outra elaboração regional ou de maior vulto, tal como a obra notável que se empreendeu em S. Paulo, sob a orientação do Professor Pusch, com uma pleiade de dedicados colaboradores, planejada e tentada ao mesmo tempo em Minas Gerais, com uma legislação anterior e excelente, nunca se procurou saber qual a situação real dos recursos e falhas da hospitalização no país, em todos os Estados e Territórios, de Norte a Sul, com o fim de remediar.

O serviço federal, criando em 1941, a nosso cargo, a Divisão de Organização Hospitalar, cuja denominação realça o "*hospital*", mas abrange *tôda a finalidade médico-social*, realizou o primeiro Censo e Cadastro hospitalares levado a efeito em todo o BRASIL com orientação especializada, o primeiro de que se têm notícia realizado, até então, em qualquer outro país, como "SURVEY" geral, sistemática, executado *exclusivamente por médicos*, com instruções especiais, que visitaram tôdas as localidades onde havia hospitais e que inspecionaram tôdas as instituições, preenchendo "*in-loco*" uma ficha completa, com mais de duzentos itens, referentes a edificações, instalações, equipamento, administração, funcionamento, finanças e assistências. O trabalho durou vinte meses, decorrendo, aproximadamente, três anos até o término da sua apuração e crítica. Todo êle planejado e executado sob nossa direção.

Do resultado de cada inspeção se fêz o "prontuário" de cada instituição, o qual, além da ficha cadastral correspondente, reúne dados, publicações, exemplares de tôdas as fórmulas em branco usadas no hospital, plantas, relatórios, fotografias, expedientes, laudos de novas inspeções, etc.

Esses "dossiers" estão sendo, sempre que possível, atualizados, ampliados, enriquecidos dia a dia.

Foram recenseados, diretamente, 1.234 hospitais, que acreditamos eram quantos existiam; *gerais e especializados*, santas casas e casas de saúde; estabelecimentos oficiais e particulares, militares e civis, filantrópicos e religiosos ou os de caridade; de finalidade não lucrativa e de finalidade lucrativa, enfim, inclusive hospitais especializados para doentes mentais e nervosos, para tuberculose e para lepra. Não se incluem neste transunto de estatística, os dados referentes a clínicas isoladas, enferma-

rias independentes, ambulatórios e dispensários, e outras instituições para-hospitalares.

Para execução de um programa de assistência médico-social êsse cadastro e censo constituíram um ponto de partida indispensável, como referência para futuros confrontos.

Vejamos alguns algarismos, os principais, entre as numerosas cifras apuradas, que respondem às centenas de perguntas do questionário, afora outros informes complementares.

Verificou-se um total de 116.669 leitos do qual, para nervosos e doentes mentais, 84 instituições, com 24.322 leitos; para tuberculosos, 64 instituições e 5.561 leitos; para doentes de lepra, 35 instituições, na maioria hospitais-colônias, com 18.345 leitos. Mentais, tuberculosos e doentes de lepra somam 48.228 leitos. Os Hospitais Gerais, em número de 885, têm 60.167 leitos; 54 maternidades, funcionando com 2.126 leitos apenas; Hospitais de crianças, 31 com 1.814 leitos; 81 hospitais diversos a saber: de isolamento, pronto-socorro, otorrino, convalescentes, etc., compreendendo 4.334 leitos. Total: 68.441 leitos, afora tuberculose, lepra e doenças mentais.

A estatística é específica e foi apurada para cada tipo de hospital ou especialidade; e bem assim o número de instituições e de feitos, por Estado ou Território, resultando de tudo os totais nacionais.

Salienta-se, por exemplo, que S. Paulo possui 310 hospitais ou 25% do citado total geral, que é de 1.234 hospitais, de tôdas as finalidades.

Dos 885 hospitais gerais de todos os Estados e Territórios, encontram-se em S. Paulo 206 ou 23%. Em média, de 25 a 30% dos hospitais e leitos correspondentes, se acham em S. Paulo.

Assim, dos 116.669 *leitos gerais* inclusive mentais, tuberculosos e doentes de lepra, 36.075 se acham em território paulista ou 30%.

Dos 5.561 leitos para tuberculosos, existentes no Brasil, 2.508 foram recenseados no Estado de S. Paulo ou 45% do total nacional.

Mostremos, em rápida sinopse, a situação de hospitais e leitos gerais dos Estados, com relação às populações, afora mentais, tuberculosos e lepra, que constituem problema à parte e por isso orientados separadamente pelos serviços federais especializados do Departamento Nacional de Saúde.

Os dados que estamos resumindo, parcela mínima ou resultados finais de uma estatística numerosa e complexa, que deverá ser publicada em breve, constam da ficha institucional da D.O.H., que serviu de ficha cadastral, contendo 237 itens compreendendo três seções: a) edificações e instalações; b) administração, pessoal e estatística; c) finanças e assistências diversas; e que foi preenchida por médicos oficiais que visitaram tôdas as instituições hospitalares então relacionadas, existentes em todo o país, documentação que se acha arquivada na Divisão.

Assim, dos 1.234 hospitais, são de construção antiga 646, e moderna, 588; monobloco vertical e horizontal – 928, pavilhonar 238. Contavam-se nos hospitais do Brasil 1.955 salas de operações e 517 instalações de Raio X; havia 621 farmácias e 479 laboratórios clínicos; 279 laboratórios microbiológicos; 66 anátomo-patológicos e 91 laboratórios que produziam soros e soluções injetáveis, todos pertencentes às instituições.

Disponham os hospitais de 297 lavanderias mecânicas, afora as utilizadas por contrato com serviços particulares; havia 700 instalações para refrigeração, desde as câmaras frigoríficas até simples geladeiras.

Dêses nossos 1.234 hospitais, em tôda a República, 1.011 têm instalação elétrica, 106 usam gás, de várias qualidades, e apenas 117 se utilizam de vapor ou caldeiras; 148 nosocômios dispõem do carros térmicos, 204 têm elevadores e 161 possuem ambulâncias. Verificou-se que têm serviço regular de fichas clínicas ou fichário médico 456 estabelecimentos; 613 ambulatórios ou serviços de doentes externos existiam, mantidos por hospital.

A Administração de Religiosas existe em 526 instituições; capelas, 382; agentes administrativos, assim denominados: Presidentes e Provedores 776; Diretores e Administradores 696; Gerentes 91; Economos 185; Guarda-livros 356; Escriturários e Datilógrafos 1.049; Artífices, Auxiliares e Trabalhadores 12.058.

As clínicas ocupavam, na data, 7.127 médicos efetivos, sendo de medicina geral 2.323; fazem cirurgia, em geral, 1.855; e havia 305 dentistas em serviço nos hospitais; 337 farmacêuticos diplomados em atividades e 587 práticos de farmácia.

Cumpra assinalar que numerosos outros itens não são aqui referidos, nem mesmo em resumo, e que foram apurados.

Os 68.441 leitos, divididos por 1.051 instituições fornecem uma média de 65 leitos para cada hospital, do Brasil, e 16 leitos por 10.000 habitantes. Leitos de *hospitais gerais* incluem os 885 hospitais gerais e 166 outras instituições afora tuberculose, lepra e mentais.

Faltam-nos 34 leitos para cada 10.000 habitantes atendendo a que a média de leitos, satisfatória para um país, deve ser 5 por mil habitantes ou 50 leitos por 10.000 habitantes, consoante os estudos mais autorizados, nos países mais adiantados em organização hospitalar.

Resultou do censo e cadastro que, para cada 10.000 habitantes, nove Estados contam com menos de 10 leitos, como média; Maranhão com 5 hospitais e apenas 301 leitos a serviço de 1.242.271 habitantes, dispunha de 2 leitos para 10.000 habitantes; Goiás, a mesma média de 2 leitos; Ceará, 3 leitos por 10.000 hab.; Piauí, 5 leitos por 10.000, relevando, entretanto, notar que possui Teresina um dos melhores hospitais e dos mais bem organizados do país; o Rio Grande do Norte tem 5 leitos para 10.000; a Bahia 5; Paraíba 6; Espírito Santo, 8 leitos por 10.000. Lembre-se que

seriam necessários 50 leitos para 10.000 habitantes, afóra mentais, tuberculosos e lepra. Oito Estados e Territórios, contam com 10 até 19 leitos, por 10.000 habitantes, e são na ordem crescente do percentual: Acre, Sergipe, Pernambuco, Minas Gerais, Pará, Rio de Janeiro, Paraná e Amazonas. Acima de 20 leitos por dez mil habitantes estão as restantes unidades federadas: Santa Catarina, com 20 leitos por 10.000 habitantes; Mato Grosso 21; S. Paulo 22; Rio Grande do Sul, 29.

Especial referência se deve ao Distrito Federal: dispõe a Capital da República de 59 leitos para 10.000. Excedendo a média de 5 por mil, que é recomendada, quando se avaliam grandes núcleos de população, como um país ou um Estado. A cidade do Rio de Janeiro apesar de 5,9 leitos por mil habitantes está abaixo do índice que convém a uma grande "urbs", ainda mais que é a Capital do país, e que deverá ter mais de 7 leitos por mil habitantes ou melhor ainda – 10 leitos por mil ha-habitantes. As capitais exercem ação supletiva para a assistência regional e a Capital da República para o Brasil.

A média de 5 leitos por mil consagrada pelos mais notáveis técnicos, representa uma avaliação ou lotação satisfatória que oscila entre 7% no meio urbano até 3% e mesmo 2% na zona rural, dependendo de estudo particularizado de cada núcleo da população, se é mais ou menos densa, considerado o seu nível social, e atendendo ainda à existência de certas endemias locais ou regionais, além de outros fatores: como indústrias locais, situação geo-econômica, fácil acesso, etc.

Não é oportuno entrar em minúcias, nem alinhar um sem conta de algarismos e dados comparativos para caracterizar mais a situação hospitalar do Brasil. A eloqüência dos números referidos e de muitos outros dados, devidos ao censo, dispensa por momento mais longa demonstração sôbre a realidade deficitária da assistência a doentes, em nosso país, em 1941-1942. E tudo isto quanto à *quantidade*, e não se referindo à *qualidade*...

Dispomos de dados completos para cada item, por Estado e por município.

HOSPITAIS E ENFERMAGEM – PROFISSÃO ESPECIALIZADA

Não se atenua, com otimismo, por alegar que essa estatística foi colhida há três anos passados, porquanto o ritmo do nosso progresso hospitalar não tem sido mais rápido do que o do crescimento da população. Se acaso há hoje maior número de leitos, aqui ou ali, também aumentou, com o tempo, a necessidade de atender a maior número de habitantes.

Caso fôsse consôlo próprio mirarmos no espêlho dos males alheios, diríamos que situações semelhantes, senão piores, afligem os demais países latino-americanos, no que diz respeito à assistência hospitalar.

Os mais recentes inquéritos nos Estados Unidos, mostram, também, que mesmo lá, em vários Estados, regiões existem em que se mostra assás precária essa assistência, em quantidade e qualidade, e o confirmam as mensagens especiais do Presidente F. D. Roosevelt, durante a guerra, encarecendo a urgência no remediar essa deficiência.

Graças ao censo e cadastro hospitalar por nós realizado, aos "prontuários" sempre atualizados, que valem como o repositório, o mais completo, resultante das visitas que, anualmente, fazem a grande número das instituições hospitalares e para-hospitalares os nossos médicos-inspetores, especializados em organização e administração médico-social, seja, diretamente, nos Estados do Rio de Janeiro, de São Paulo e Minas Gerais, e no Distrito Federal, seja pela colaboração dos inspetores médicos das Delegacias Federais de Saúde, nos demais Estados e Territórios, inquérito permanente êste que confirma ou retifica e amplia informes coletados da estatística anterior, podemos saber com bastante precisão, quais as virtudes e quais as falhas de nosso aparelhamento hospitalar, e, desde os Territórios, do extremo Norte, através todo o "*interland*" e no litoral, até os confins limitrofes do Sul, em todo o país.

Foram construídos nos últimos tempos, no Brasil, ou já possuíamos, grandes e pequenos hospitais de sólida ou magestosa edificação, até luxuosos alguns; bem instalados e equipados, outros; oficiais e particulares, filantrópicos e de caridade, nas capitais e mesmo em modestas cidades do interior.

Temos uma rêde modelar de instituições hospitalares especializadas, colônias e sanatórios, construídas ou já em funcionamento, destinadas a doentes de lepra e para tuberculosos e doenças mentais, obra notável do atual Governo da República, e que se vai completando dia a dia.

A cooperação dos Estados em benefício do indigente e dos menos favorecidos, e os frutos de uma legislação social federal assás avançada, se vêm acentuando, com promessas maiores, concorrendo para o aparecimento de fundações e donativos vultosos, instituídos pela filantropia, mercê da contribuição privada.

Fôrça é confessar, entretanto, que enquanto a hospitalização especializada mereceu cuidados especiais e verbas vultosas, a assistência hospitalar estava relegada, pode-se dizer, inteiramente ao abandono, na quase totalidade dos Estados, construindo mal ou não construindo, sem organização, sem orientação sistemática, sem contrôle.

Sabemos, e é motivo de ufania para a Medicina Nacional, que médicos e cirurgiões, mesmo nos lugares mais afastados e de recursos escassos, exercem a profissão com dignidade e competência e, improvisam meios; ainda mais, realizam, sem o necessário aparelhamento, verdadeiros milagres de técnica. Que não fariam êsses nossos competentes e dedicadíssimos colegas se dispuzessem de equipamento adequado, de assistência conveniente, e, sobretudo, de enfermagem técnica?

Onde não há hospital bem aparelhado dificilmente haverá médicos, e bons clínicos e especialistas. É na oficina conveniente que se formam ou se aperfeiçoam os melhores técnicos.

Distribuídos por cerca de quase um milhar e meio de instituições hospitalares, um sem número de dedicados e decididos auxiliares de enfermagem, com cursos rudimentares de emergência ou sem êles, leigas e religiosas, a serviço do govêrno ou de particulares, aguardavam o desejado aperfeiçoamento profissional e uma orientação técnica especializada.

Temos hoje um núcleo relativamente muito pequeno de enfermeiras diplomadas, de alto padrão, formadas pela Escola "Ana Neri" e Escola "Luiza Marillac de Enfermeiras", do Rio, Escola "Carlos Chagas", de Belo Horizonte e "Escola de Enfermeiras" de São Paulo. No memento, duas novos Escolas estão em formação: de Goiânia, e a mais recente, a de Niterói, já funcionando, entre outros projetos alviçareiros.

Precisamos de várias novas escolas de enfermagem técnica, que, de início, seriam em Manáus, no Recife, em Salvador, em Curitiba, em Pôrto Alegre, em Cuiabá.

Junto de cada grande hospital deverá haver, no futuro, uma Escola de Enfermeiras e, já no momento, pretendemos colaborar para maior difusão de cursos de "Auxiliares de Enfermagem", obedecendo a um programa padrão, a fim de que sejam aproveitados em qualquer parte do país, profissionais que se habilitarem seja pela especialização, seja pelo aperfeiçoamento. Repito aqui, para que fique bem conhecida a situação da Enfermagem:

As enfermeiras padrão "Ana Neri" são aproximadamente em número de 600 diplomadas, em todo o Brasil! Precisamos de 50.000 enfermeiras desse tipo; mais ou menos, uma para cada mil habitantes, quando tivermos, no país, uma melhor organização hospitalar e mais completa organização de Saúde.

Temos dedicados e esforçados Diretores e Administradores de hospitais, leigos ou Religiosos, voluntários ou profissionais, como sempre os tivemos sem cursos de organização hospitalar, produto de auto-didatismo, que pela sua inteligência e pelo seu esforço e trabalho honesto, procuram conduzir, como podem, a administração dos nossos hospitais. Cargos mais de confiança do que de especialização e competências. Ainda não era a administração hospitalar uma profissão definida ou uma especialidade técnica entre nós, e nem podia ser, à míngua de exemplo de uma organização e de normas, neste particular. Qualquer médico mais ou menos notável e outras pessoas cultas, mas sem tirocínio, serviam para Diretor ou Administrador de tais estabelecimentos médico-sociais. Comprova-o o nosso inquérito ou censo hospitalar e os registros anuais, realizados desde 1941-1942.

Muda-se o govêrno ou a Administração, mudam-se os diretores de hospitais, impedindo-se, assim, a formação da especialidade, além de outros prejuízos... Êste mau hábito continua!

A administração de um grande hospital atendendo aos valiosos capitais investidos e vultosos interêsses econômico-financeiros que encerra, é, sob vários pontos de vista, comparável à gerência de uma fábrica de qualquer instituto especializado, mais complexa que a administração de um grande hotel, com que mais se assemelha e que requer conhecimentos sistemáticos, e uma competência especialíssima. Em futuro, a Divisão e Administração dos hospitais deverá ser confiada sòmente a profissionais especializados com Curso e tirocínio hospitalar.

Cumpre informar que alguns dos diplomados nos cursos federais de organização hospitalar já se acham, ùltimamente, na chefia de serviços e na direção de grandes hospitais, e a novidade, administração hospitalar, como profissão técnica, provoca sensível interêsse e entusiasmo.

Bem diferenciadas são as atribuições específicas do Diretor-administrador, que se não confundem com as do Diretor clínico, dos Diretores ou Chefes de Enfermagem, da Dietética, do Serviço Social e de outros Serviços hoje especializados, dentro do hospital.

O NÔVO CONCEITO HOSPITALAR

Para aliviar e resolver o problema hospitalar entre nós, que não é sòmente programa de assistência social ou beneficiária dos Governos, senão uma campanha de momentoso interêsse nacional, por tratar-se da saúde do trabalhador em geral, elemento da produção, iniciamos há três anos uma atividade que, dia a dia, toma nova feição, como serviço federal de cooperação e suplementação. Renovamos aqui, como o fizemos sòbre enfermagem técnica, (*) a reafirmação de alguns postulados que norteiam esta campanha, como sugestões ou primícias de um sistema que, confiamos, há de implantar-se entre nós, ao cabo de uns cinco ou dez anos que sejam, e por tôda a vasta extensão do Brasil.

Ê mister repetir êstes conceitos, pela imprensa, pelo rádio, no seio das sociedades sábias ou de classe, em nossas conversas de médicos, a fim de apressarmos o preparo básico, do ambiente, o clima propício, e assim, a formação da moderna consciência hospitalar, em todo o Brasil.

O hospital não deve ser mais, em nossa terra, *"a casa onde se tratam gratuitamente doentes pobres ou onde se agasalham pessoas pobres"*, conforme a definição dos dicionários antigos ou que se lê até em edições

(*) Vide Aula Inaugural, pelo Autor, sòbre *"Evolução hospitalar no Brasil, ontem e hoje"* – Publicação n.º 2 – Divisão de Organização Hospitalar, D.N.S. – M.E.S. 1944.

recentes, como a do próprio Petit Larousse, edição de 1944. Com pouco mais se completaria, definindo: *que é o hospital a casa onde se dá um tratamento pobre e um agasalho mais pobre ainda ou doente pobre, consoante a pobreza da instituição...* Pôsto de miséria, e não hospital.

Há um vasto e complexo programa a realizar, visando igualmente: as Edificações, as Instalações, Equipamento, Administração, Financiamento e Assistências, com relação ao aparelhamento hospitalar e para-hospitalar.

Para fazer a verdadeira caridade, o hospital moderno não pode esperar só da caridade pública, nem viver só de subvenções e de rendas patrimoniais, que já não cobrem o custeio, sempre crescente e cada vez mais caro nas instituições hospitalares. Só a prosperidade permite dar a assistência conveniente. A piedade sòmente não supre, não excusa, nem basta para a assistência conveniente, nem basta ao dever que tem o hospital com o hospitalizado. Não deve haver medicina diferente para o rico e para o pobre.

Antes de tudo, o hospital representa uma organização econômica, que deve ter rendas, e que até pode utilizar os recursos do crédito; a sua situação financeira constitui o objeto da mais vigilante atenção do Conselho ou Mesa Administrativa e de seu Diretor, Superintendente ou Administrador, no sentido do equilíbrio da receita e da despesa.

Assim, aquêles que emprestam apenas o seu nome, por ilustre que seja, à diretoria de um hospital ou em qualquer função, e não participam ativamente, e não controlam e não auxiliam, de algum modo, seguindo esta orientação moderna, a bem da manutenção e prosperidade do seu hospital, não fazem caridade, não estão colaborando; estão prejudicando, impedindo o progresso da instituição que, desta sorte, está abandonada, entregue a si mesma.

Durante o último triênio, somos parte ou testemunhas de um renascimento que se estende por todos os Estados, em prol de novas construções hospitalares, baseadas em projetos bem estudados, como deve ser.

Modernizam-se as Santas Casas, às dezenas, com a colaboração do Serviço Federal, da Divisão de Organização Hospitalar e outras repartições especializadas de Administração hospitalar, com a mesma orientação moderna, nos Estados. Sòmente em 1944 atendemos, neste sentido, a solicitações de mais de 50 municípios para novos hospitais.

Não há *leitos gratuitos*, há *doentes gratuitos*. O custeio de todos os leitos deve já estar previsto no orçamento e correspondente a certa receita. Alguém ou algum recurso previsto pagará o leito. O tratamento do indigente ou do desajustado social deve ser pago, na base do custo do doente-dia pela caridade ou pela filantropia, pela contribuição social ou dos governos: municipal, estadual ou federal. Não deve mais haver característica aviltante, que assinala a condição humilde ou miserável do internado.

Um menor índice de "ocupação" dos leitos, em vez de ser benefício é malefício, porque os serviços técnicos e as despesas gerais são constantes. Enfermarias vazias em hospital organizado constituem prejuízo... Aliás, pouca frequência, muita vez, significa desorganização e desprestígio do hospital.

A renda deveria servir para melhoramentos e ampliações, a bem de que seja não só garantida a existência da instituição, como aprimorado o tratamento adequado e o agasalho conveniente. Assim será, quando as despesas com o indigente forem cobertas, como acabamos de propôr: paga "*per-capita*", por *doente-dia*.

PLANEJAMENTO E CONSTRUÇÃO DE HOSPITAIS

A localização do hospital, no planejamento geral, deve ter merecido exigência muitíssimo especial. Quem faz o programa é o Consultor Hospitalar e quem o interpreta e o afeiçoa é o Arquiteto, de preferência especializado, sendo ambos, necessariamente, os autores do projeto. Hospital errado, ao nascer, é o deficiente físico, cuja eficiência será prejudicada ou inutilizada, definitivamente... Ainda para tais casos, a prótese e assás precária e caríssima...

As enfermarias devem ter a lotação de quatro (4), seis (6), ou oito (8) leitos, no máximo; as grandes enfermarias existentes serão divididas, permitindo, assim, a separação até individual, por leito, repartições para medicina, para cirurgia e para especialidades, distribuição por sexo e por idade do doente, para atender à gravidade dos casos aos interesses sociais relativamente à maior renda.

Os hospitais são classificados em quatro tipos diversos: pequeno, 25 a 49 leitos, médios – 5 a 149 leitos, grandes – 150 a 500 leitos. Tipo especial como Hospital de Clínicas ou de Ensino, até 1.000 leitos. Deverão satisfazer a um padrão mínimo de exigências, já por nós definidas, adaptadas às condições brasileiras, e não só a um padrão mínimo geral, como estabelecido alhures, mas um padrão mínimo para cada tipo dos quatro classificados.

Assim por exemplo, um hospital moderno de *tipo grande* ou *especial* de 500 a 1.000 leitos ou mais, considerado, no seu todo, como um *Departamento*, terá dez *Divisões*, que se subdividem em *seções* ou *serviços* diversos, com um correspondente e numeroso corpo de executores, compreendendo o pessoal médico, técnico e administrativo, inclusive auxiliares.

O HOSPITAL COMO UM TODO

É esse o hospital padrão máximo, considerado como um todo e que abrangendo o complexo de suas atividades, compreende as dez seguintes divisões:

- 1) Divisão Econômico-administrativa.
- 2) Divisão dos Serviços Auxiliares da Administração.
- 3) Divisão da Dietética.
- 4) Divisão da Admissão e Registos.
- 5) Divisão do Serviço Social.
- 6) Divisão do Serviço Clínico Central.
- 7) Divisão das Clínicas ou Corpo Clínico.
- 8) Divisão Auxiliar do Diagnóstico e da Terapêutica.
- 9) Divisão de Enfermagem.
- 10) Divisão dos Doentes Externos ou Ambulatórios.

A primeira e segunda divisões integram a Administração propriamente, órgãos de acentuada autonomia, cujas atividades se estendem e se infiltram em todos os demais setores. Além de renúncia à especialização para as funções administrativas, ressentem-se os nossos hospitais, em geral, da deficiência e mesmo da falta de escrituração regular. Sem contabilidade não se consegue o controle, que é indispensável, em todos os domínios da administração; sem a escrita de guarda-livros, sempre em dia, para o que oferecemos modelo simplificado, não se pode saber, mensalmente, ou periodicamente, o custo do *doente-dia* ou *per-capita*, base hoje consagrada, em torno da qual giram a boa economia e o equilíbrio financeiro do hospital e de que depende a avaliação da diária de cada tipo de doente e o custo dos serviços até a previsão orçamentária do trimestre, do semestre ou do ano vindouro. Hospital sem escrituração regular, ainda que seja *de caridade*, não merece a confiança do público, e não deve ser ajudado.

O dinheiro da caridade, qualquer que seja, não deve ter menos controle e certas condescendências são injustificáveis e criminosas, porque se trata do interesse público.

A Dietética envolve a técnica da nutrição e a aquisição, preparo e distribuição dos alimentos, o controle das cozinhas e copas. A Admissão e Serviço Social se completam, como funções auxiliares, compreendendo duas divisões distintas.

Dá-se, modernamente, o maior apreço à entrada e classificação do doente a internar. No hospital moderno, oficina do médico por excelência, e que deve servir igualmente ao estudo e ao ensino da ciência

e arte de curar, nenhuma divisão merece maior atenção do que a do *Fichário Clínico Central*, compreendendo todos os registros diários das clínicas, inclusive da odontologia. Fichário Central: ficha única resumida nos hospitais pequenos ou prontuário individual completo, a “história” do doente, como denominam os Americanos. Está para a eficiência médica, como a escrituração para a economia.

O “prontuário” ou a “ficha única” contém toda a vida do paciente; compareça êle nos ambulatórios ou seja um internado. Dar-se-á caso em que, iniciados na primeira infância êsses registros, poderá o prontuário ir reunindo dados comemorativos da mesma pessoa, durante uma longa existência, desde que recorra ou volte várias vezes ao hospital. Assim, resultados de exame de Raio X e de laboratório, que se não repetirão inútilmente, poupam despesas evitáveis; facilitam o diagnóstico atual e o tratamento conveniente, cada vez; previnem, para exemplificar, o contratempo dos fenômenos alérgicos e outros tropeços que constituem preocupação, sempre. A centralização do fichário, sobre ter organização econômica, utilizando menor pessoal e, destarte, mais especializado e menor número de máquinas e menos espaço, relativamente apresenta sem número de vantagens, a saber: a) o aperfeiçoamento, que sempre produz mais e melhor produção; a classificação e codificação dos casos, sem prejuízo do arquivo particular de cada clínica, porquanto cópias datilografadas ou em resumos serão fornecidas aos serviços especializados, se fôr necessário; b) franco acesso para consulta dos médicos e estudantes; c) um repositório científico completo e preciosíssimo, que, doutra forma, se fracionaria, morreria nos compartimentos fechados ou seria aproveitado, egoisticamente, parcialmente, apenas por grupos mais estreitamente ligados a uma especialidade.

A instalação de correias pneumáticas ou outro meio de transporte mecânico satisfatório, resolve os inconvenientes e objeções contra essa *centralização*. A organização do corpo clínico, dos serviços auxiliares e técnicos, a organização do corpo de enfermeiras e suas atividades de rotina e de ensino, formam outra associação de várias divisões afins.

O moderno conceito que, propositalmente, mudou a designação de “doentes de ambulatório” para “doentes externos”, em contraposição a “doentes internos”, consigna o particular interesse à divisão dos Doentes Externos. A assistência a doentes externos merece a mesma atenção, e representa um prolongamento dos serviços especializados para os doentes internados. Ou se faz diagnóstico e tratamento científico, nos ambulatórios, ou não os tenha o hospital...

A boa organização, a triagem dos casos ditos de ambulatórios, permite que, atendendo-se embora a número limitado, se exerça de fato a medicina, se faça diagnóstico e a terapêutica científica com o tratamento precoce, evitando-se despesas maiores com internamento, presentes e futuros. O “*follow up*” após a alta ou transferência, o seguimento dos

doentes, evita reincidências e a volta onerosa do paciente para nova internação no hospital...

Por todos êsses preceitos e conceitos se demonstra que a nova especialização, que é a *Organização e Administração Hospitalares*, visa primacialmente, a economia pública e individual e a *maior eficiência* médico-científica e assistencial, sendo, desta sorte, de caráter nimiamente prático.

Seria tarefa ociosa continuar esta exposição de amostra, que reponta apenas alguns postulados, fatos e exemplos, sôbre uma sistematização, numerosa e vária, que é ciência e arte; e que já conta com uma numerosa bibliografia, de manuais e tratados, em vários idiomas e com várias revistas e outras publicações, que se ocupam exclusivamente da nova especialidade, a serviço de um dos mais velhos ofícios, a assistência ao doente e ao deficiente físico em geral...

O EXEMPLO AMERICANO E O NOSSO PLANO

Mais de dois mil "*hospital consultantes*" de *consultores* ou *inspetores* hospitalares, diretores e administradores de hospitais, se reúnem anualmente nos Estados Unidos, em suas notáveis "Convenções" a fim de ajustarem uma orientação uniforme e atualizarem os seus conhecimentos próprios que a prática diária e o interesse e o desejo de melhorarem a sua técnica profissional lhes facultam.

Realizam-se cursos especializados, a que chamam: "Institute" e em que se concede o certificado de especialista de organização hospitalar.

O progresso maravilhoso do hospital, na América do Norte, tanto quanto pude ali observar, estudar e admirar, deve-se muito menos ao ouro, à riqueza do país, do que o consórcio realizador do espírito de cooperação com a orientação técnica; e, sobretudo, ao espírito de associação, baseado no acatamento exemplar e no respeito que se tributa, naquele grande povo, ao valor do *especialista*, sem complexos de inferioridade, sem restrições de respeito, sem outras malevolências de outras terras.

O PLANO DA RÊDE NACIONAL DE HOSPITAIS

Antes que termine êste já longo enunciado, em que se perdeu a minha noção do tempo, arrastado pelo assunto empolgante, depois de dissertar longamente sôbre a situação da assistência hospitalar em nosso país e acêrca do hospital, como um todo, suas virtudes e seus defeitos, como disse, de início, aproveito o ensejo para oferecer as primícias de um programa de modernização, de ampliação e de distribuição conveniente

dos hospitais, no país, que nos permita, dentro do mais breve tempo, sanar as falhas e realizar um aparelhamento médico-social, como convém, instituindo-se, destarte, em todo o território nacional, *o hospital para todos*.

Nosso plano visa, de início, a formação de uma *rêde nacional de hospitais*, convenientemente estudados, construídos ou aperfeiçoados, e equipados para o mais eficiente funcionamento. Constitui um programa nacional, já em experiência, que abrangerá, na medida de sua execução, todo o problema médico-social, contribuindo, finalmente na sua evolução, para que se realize a tendência atual da organização uniforme, cooperativa, de um *serviço integral de saúde*, em todo o Brasil.

Os impressionantes progressos da higiene ou das medidas sanitárias durante a primeira guerra mundial, preceitos preventivos já aplicados, com êxito, na guerra russo-japonesa, há quarenta anos passados, influíram, parece, na dissociação e quase separação total entre saúde pública e assistência médica. Depois, a experiência do sanitarista e, agora, a lição surpreendente da medicina e da cirurgia, reconhecidas entre os elementos decisivos da nossa grande vitória, na Guerra Mundial número dois, demonstrou a necessidade da conexão, cada vez mais íntima, de que deve existir entre *a medicina preventiva e a medicina curativa*.

Esta tendência já se vem firmando entre nós, e é prova a organização sanitária-assistencial dos nossos departamentos de saúde, *federal e estaduais*.

Assim, hoje mais do que ontem, o planejamento, em aprêço, dêste setor de interesse vital para a nacionalidade, o da *Saúde*, deve orientar-se no sentido dessas afinidades sinérgicas.

A finalidade do plano supera, em relevância, em favor do trabalhador, em geral, a qualquer outro interesse de caráter econômico e humano, a bem da coletividade.

O seu primeiro objetivo consiste em organizar e facilitar a hospitalização em geral, e tanto a gratuita, como a remunerada, de qualquer modo.

No seu conjunto, sem pretensão de originalidade, êste plano não é cópia, nem adaptação de qualquer outro similar. Compreende um programa a ser realizado, em duas fases, estudado objetivamente para o BRASIL.

PREPARAÇÃO E EXECUÇÃO

A fase preparatória já é considerada por nós vencida e se desenvolveu, na ordem cronológica, através dos seguintes atos, trabalhos e provisões:

a) Legislação básica, específica, iniciada em 1941, continuada e em via de ser completada, desde que sejam convertidos em lei os ante-projetos encaminhados, em que colaboramos com a orientação.

b) Curso Geral e Cadastro hospitalares: terminados, e que esclareceram uma situação (1941-1942).

c) Classificação das instituições médico-sociais e definições de todos os assuntos relativos à finalidade, tecnologia indispensável, já preestabelecida, permitindo que se use uma linguagem única, neste particular, para um entendimento uniforme, em todo o território nacional.

d) Iniciação, na prática, da moderna organização hospitalar, levada diretamente às instituições hospitalares. Preparo do pessoal médico e técnico administrativo, graças a cursos de aperfeiçoamento e especialização já realizadas entre nós, com a nossa estreita colaboração. Bôlsas de estudos no Estrangeiro para aperfeiçoamento sôbre organização hospitalar: já iniciado. Publicações e Palestras.

e) Elaboração de normas e padrões, abrangendo o complexo hospitalar. Vários modelos foram por nós particularmente estudados, adaptados ou criados, sôbre edificações, organização e administração.

Referência especial merece aquêle que mais estimamos, dentre todos os modelos, e que, sôbre ser original, já se revelou, como se previa, absolutamente prático e eficiente, *e que é: Hospital Padrão Progressivo e Flexível.*

CURSOS DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Vejamos o que já se fêz, com relação a êsse projeto.

Dando o exemplo, depois de doze anos de direção e de convívio com a construção hospitalar, e na prática da administração de um hospital-colônia, fui estudar a moderna organização hospitalar americana, logo ao assumir a chefia do serviço federal e frequentei um dêsses cursos que ensinam a nova especialidade, promovido então alí pela Universidade de Conell, em Nova York, e pelas notáveis associações médicas e hospitalares. Já se haviam realizado, até 1942, em tôda a Norte América trinta dêsses “institutos” ou cursos de aperfeiçoamento. Procurei transladá-los a nosso meio, com a colaboração de poucos mestres da especialidade de que dispunhamos, então, na Capital da República. Três dêsses cursos já foram levados a efeito, com a nossa contribuição, até esta data, sendo dois do tipo para especialização e aperfeiçoamento, destinados a médicos e engenheiros, criado por lei federal, entre os mantidos pela Diretoria dos Cursos do Departamento Nacional de Saúde e um “Curso intensivo”, só de aperfeiçoamento, de prazo menor, correspondendo ao modelo americano, tipo “instituto”, com a cooperação privada.

O programa por nós organizado foi adotado oficialmente pela Diretoria dos Curses do D.N.S., constando de cinco tópicos, noventa pontos ou itens. Cêrca de dez professôres e assistentes dirigiram o primeiro

curso anual do Departamento, do mais completo *curriculum*, em 1943; acorreram mais de cinquenta médicos, para reduzida matrícula, fixada em trinta inscrições apenas. Nôvo texto, em 1944; e, em outubro do corrente ano, esperamos iniciar o terceiro curso de Organização e Administração Hospitalares, de preferência para inspetores dos Serviços de Assistência-Médico Social, federais e estaduais.

Acabamos de terminar o primeiro curso intensivo, também no Rio de Janeiro, em abril-maio últimos, de duração aproximada de um mês, tal como os chamamos “institutos”, e foi por nós preparado exclusivamente *para Religiosas*, com funções em hospitais e instituições para-hospitalares, e teve o alto patrocínio da Ação Social Arquidiocesana, o apôio constante do Sr. Arcebispo D. Jaime Câmara, com a valiosa cooperação da Escola Católica de Enfermeiras “Luiza Marillac”. Inscreveram-se regularmente e frequentaram e receberam certificado, 164 Religiosas, pertencentes a 25 congregações e procedente de 68 instituições médico-sociais, do Distrito Federal, do Estado do Rio, de Minas Gerais, de São Paulo, Mato Grosso e Bahia. Êste foi, igualmente, o primeiro curso de organização hospitalar, do tipo intensivo de aperfeiçoamento, para profissionais de administração hospitalar, dado, só por nacionais, em tôda a América Latina, sendo que apenas um outro curso intensivo dêste tipo foi realizado em terra sul-americana, e ocorrido em Lima, em dezembro último, a que tive o ensêjo de comparecer, como delegado brasileiro da Associação Inter-Americana de Hospitais. Pude alí admirar, mais uma vez, a competência e a dedicação inexcedíveis de vários mestres norte-americanos, “consultores hospitalares” que vieram ao sul, cooperar, brilhantemente, para pleno êxito daquela reunião, amparada pelo Govêrno do Perú e promovida pela Associação Inter-Americana de Hospitais. Foi realizado outro, anteriormente, no México, do mesmo tipo com a mesma colaboração.

O preparo de técnicos e especialistas indispensáveis às atividades administrativas no hospital, parece-nos devia ser elemento primordial no planejamento e execução de um programa nacional de assistência médico-social; assim como a falta dessa previdência, a falta de especialistas, explicará o insucesso total ou parcial de planos hospitalares semelhantes, por mais bem elaborados que tenham sido. A falta de técnicos, na prática, é causa de rotina sem novas iniciativas e resultará perecimento conseqüente...

O plano, visando o progresso da organização hospitalar, entre nós, permitirá *maior desenvolvimento das especialidades da medicina e melhor ensino médico*, sobretudo facilitando *o internato*, que deverá ser obrigatório para o doutorando e para qualquer especialização do médico; e condição para licenciamento e exercício da clínica, tal como já é nos *Estados Unidos*.

Faço votos que a próxima reforma no Ensino Médico adote esta norma salutar.

TIPOS DE HOSPITAL-PADRÃO

Baseados nos requisitos do que se convencionou chamar – o hospital moderno – já criamos tipos do referido *hospital-padrão*, para orientar, e facilitar a maneira da “meia confecção” e em qualquer projeto de hospital, permitindo ampliação e alterações previstos até para um futuro de 10 a 20 anos, e por isso denominado: “*Hospital-padrão-progressivo e flexível*”. É parte integrante do plano nacional.

A aplicação dos seus princípios e de seu todo, como guia normativa, é, em cada caso, precedida do preenchimento de um questionário, respondido pelos interessados ou por nossos técnicos, “*in loco*”. É o “*Questionário para a inspeção prévia*”, por nós preparado, que indica as exigências e sugestões no sentido de determinação da espécie de hospital e da escolha da situação e terreno, as condições do meio, o tipo da construção a planejar, e tudo mais concernente à instituição que se deseja, estando previsto até o gênero de administração que vai ter o futuro nosocômio.

O hospital-padrão prevê de 50 a 500 leitos; a construção horizontal ou vertical; compõe-se de blocos-padrões, com dimensões sistemáticas, em múltiplos e submúltiplos, estando já estudados por nós cerca de vinte desses blocos diferentes. Esta planta de unidades, podendo ser executada, tôda ou em parte, favorece o aproveitamento de recursos eventuais para ampliações consecutivas, à medida que o hospital obtiver recursos novos. Ainda oferece a vantagem de, atendendo a sua finalidade, facilitar o estudo dos projetos numerosos e diferentes, que serão necessários, para uma rede de hospitais, para o Brasil.

Pretende substituir os velhos modelos e tentativas frustradas de adoção de certas plantas rígidas, planos de construção inadapáveis, plantas fechadas, como as padronizadas e utilizadas para escolas e outros prédios públicos, e para hospitais regionais, aqui e ali, e que envelhecem precocemente, que não permitem, com o tempo, o progresso da instituição, a sua ampliação, nem a evolução da arquitetura hospitalar.

O nosso padrão é como um organismo ou um sistema em evolução; constitui uma pauta para o arquiteto, mesmo especializado, que seja, segundo o conceito já emitido de alguns desses técnicos, distintos profissionais, aqui e no estrangeiro. Não limita a liberdade de criar, nem mesmo a iniciativa da parte do arquiteto, quanto aos estudos de seus projetos.

Esta contribuição, considerada original, representa um passo e uma evidência, no sentido da instituição e da disseminação da arquitetura hospitalar especializada, em nosso país; e até como especialidade exclusiva.

O nosso padrão data de 1941, foi publicado no Relatório do Departamento de 1942 e só em 1943 saiu publicado um padrão semelhante, quanto à finalidade, nos Estados Unidos, oficializado ali pelo Departa-

mento Federal de Saúde, denominado “Assembly Hospital”, algo diferente quanto à concepção, entretanto, muito interessante pelos estudos de minúcias verdadeiramente modelares.

Durante três anos seguidos vimos aperfeiçoando, corrigindo e melhorando os nossos padrões, que, sôbre serem originais, mostram-se viáveis na prática, em aplicações e experiências repetidas.

Eis também, um elemento da maior valia a serviço do plano nacional médico-social ou da rede nacional de hospitais, porquanto multiplicar edificações hospitalares impróprias, como se vem fazendo, sem adequação e sem outras possibilidades, por falta de recursos técnicos, por culpa do capricho ou de vaidade, de presunção ou da ignorância inconfessada, não será progresso, senão prejuízo, muita vez irremediável, como tantos hospitais, inacabados ou alterados, vêzes várias, por todo o Brasil, com despesas evitáveis de milhões, e ainda sempre defeituosas, mesmo depois de reformados... Estruturas perdidas, prédios alterados, com enormes gastos, sem solução, de outras feitas, atestam, mesmo no Rio de Janeiro, o grave inconveniente da falta de especialização! Completam êsse padrão, os aludidos modelos e normas, já por nós organizados, quanto a edificações, instalações, equipamento, administração, financiamento e assistência, e atinentes a hospitais de várias finalidades.

A EXECUÇÃO DO PLANO NACIONAL

O plano geral da Assistência médico-hospitalar, já completado, ao cabo de afanosa tarefa, uma vez instituído oficialmente, será uma grandiosa obra de cooperação nacional. Não é oportuno traçar aqui o seu delineamento ou referir a orientação para sua execução ou a maneira do financiamento.

Não vem ao pêlo, no momento, entrar em pormenor, mas as minúcias já se acham previstas ou longamente estudadas, e constam de vários *in-fólios* e um sem número de documentos e dados.

Acrescentamos alguns conceitos, a mais, de caráter técnico: será uma realização coletiva, mais particular do que oficial, aproveitando todos os elementos, fontes e fundos, para tal fim destinados ou aplicáveis ao Estado, zona ou município. Centralizada apenas no programa, orientada em cooperação, será realizada segundo a necessidade de cada região que se vai atender.

As possibilidades da vitória de um tal plano estão garantidas na lição do êrro e da falência de outros meios.

Aproveitar-se-á, melhorando e ampliando, o atual aparelhamento hospitalar que será classificado para os fins convenientes, deixando a todos a autonomia, dentro de suas finalidades próprias. Eleger-se-á para

hospital regional êste ou aquêle *hospital geral*, ou se edificará para que atenda a um maior número de população. Representará o hospital regional o papel mais importante mas serão usadas ainda unidades hospitalares menores ou postos mistos, como subsidiários ou concomitantes, para atender ao serviço local.

O plano já sugere a localização de *hospitais regionais*, em todo o território nacional.

Será decisivo para apressar a execução do plano o apôio dos governos federal, estadual e municipal, no tocante às construções iniciais que serão os modelos. Obra de cooperação, nimiramente.

Com relação à assistência médica, terão possibilidades maiores os profissionais residentes na zona, inclusive no sentido da especialização. Somos de parecer que o serviço médico deverá ser pago por unidade, continue livre a profissão, e livre o exercício das clínicas, livre a escolha do seu clínico, por parte dos doentes, tanto quanto possível. A burocratização do exercício da medicina e da cirurgia, retirando o incentivo e igualando valores diferentes, criaria e difundiria em todo o país a pior das burocracias e a mais danosa de tôdas, porque lida com a saúde e com a vida humana.

Devemos proteger as profissões técnicas e o justo interêsse do profissional, o qual, de sua parte, deve compreender, ceder, cooperar, nessa obra coletiva, a que vai servir.

Só assim haverá indispensável emulação e trabalho por equipe. Devemos fomentar as pesquisas, como a boa rotina, colimando não só a melhor assistência para todos, indiferentemente, para gratuitos e para contribuintes, favorecendo, assim, o maior progresso da ciência e arte de curar e, ainda, cooperando eficazmente, para o aprimoramento da observação e do Ensino Médico, o que é dever de todos os hospitais, sem exceção.

Qualquer solução do problema médico-social, tanto hospitalar, como para-hospitalar, por grupos isolados ou classes, sem conexão, sem uma orientação nacional, embora contribua, em parte, aparentemente, para a solução total, resultaria nociva à comunidade brasileira, porque os não contemplados seriam privados da cooperação geral, que é indispensável *econômicamente*, para a efetivação de um plano coletivo.

As soluções unilaterais redundariam possivelmente na “*duplicação*” de hospitais e de meios assistenciais para o mesmo fim, superiores à necessidade local ou regional. É sabido que, neste particular, o excesso de hospitais, gerando a baixa percentagem da “*ocupação*” de leitos, que é absolutamente anti-econômica, produziria conseqüências tão desastrosas, como a deficiência de leitos, ou mesmo a falta de assistência hospitalar, num município ou numa região.

Este plano de rede nacional de hospitais, por nós estudado durante 3 anos seguidos, estabelece que haverá tipos diferentes de instituições que se poderão denominar A, B, e C ou n.º 1, n.º 2 e n.º 3.

O de tipo principal será O HOSPITAL GERAL REGIONAL OU CENTRAL, de aparelhagem mais completa e com os serviços de especialidades médicas. Para seu paradigma foi estudado o hospital-padrão progressivo e flexível, que poderá começar com 25 leitos e ser ampliado, anos a seguir, para 50, 100, 300 até 500 leitos.

Os outros tipos serão hospitais intermediários, compreendendo aquelas instituições que não forem aproveitadas como hospital regional; sendo o terceiro tipo ou rural ou Pôsto Misto de assistência para-hospitalar e de Saúde Pública. Todos os tipos são considerados em função, como hospitais de triagem, porque haverá sempre o recurso superior, que iria até às Capitais e centros médicos, para a solução de casos de maior gravidade ou de mais difícil diagnóstico.

A localização obedecerá aos interesses e facilidades de cada zona, atendendo assim às condições geo-econômicas e satisfazendo a necessidade de leitos de cada região. Serão incorporados para efeitos de atender não só aos indigentes e necessitados, como a tôdas as classes sociais, entre gratuitos e contribuintes, todos os hospitais de assistência ou de filantropia ou caridade e os particulares de tôda a moralidade.

O financiamento será feito em cooperação, com o auxílio dos governos, das organizações regionais de assistência, contribuição particular em todo o sentido. Que se quer é que haja leitos bastantes.

A instituição hospitalar, embora coordenada no interesse comum, manterá o seu caráter particular, sob a supervisão de um Conselho Administrativo, formado por pessoa das mais representativas da comunidade. Trata-se, como se vê, de uma verdadeira organização hospitalar, no sentido do mais amplo espírito de cooperação.

A determinação do número de leitos, entre aproveitados e a construir, cingir-se-á a um percentual fixo para todo o país, podendo, entretanto, serem alterados para satisfazer a qualquer especial situação local.

O estudo do número de leitos também em espécie mereceu o máximo cuidado, a fim de evitar *duplicação* de clínica ou de leitos especializados. O excesso, repetida, neste particular, é tão inconveniente quanto a deficiência, sob o ponto de vista econômico.

A distribuição de leitos já foi calculada para tôdas as unidades da Federação e seus distritos, abrangendo um ou vários municípios, cada zona. Adotou-se o percentual de 5 leitos por mil habitantes, sobre os núcleos da população.

Instituem-se os Distritos Hospitalares ou de Saúde.

Não sendo possível realizar em todo o país êsse limite de 50 leitos por dez mil habitantes, propõe o plano a realização por etapa, a título também de prova de experiência, imediata, uniforme, de metade, isto é, 25 leitos por 10.000 habitantes.

Nas capitais de Estado e maiores cidades do país se alcançarão os 5 por mil e na Capital da Republica 7 por mil, podendo ir a 10 por mil, no Distrito Federal, dada a densidade de população, que é uma das causas de exceção. Todos os cálculos estão terminados.

O plano não é uma norma para ser executada com rigidez ou precisão matemática; constitui uma guia ou pauta, em que se orientará, com relatividade, a técnica hospitalar mais moderna, consoante a realidade e o interesse local.

Como complemento e paralelamente ao programa da hospitalização geral para todo o país, prevê-se, já estruturado, um plano maior, envolvendo tôdas as atividades que beneficiam a saúde, visando não só a pessoa, como a coletividade.

Todos os estudos de tabelas e localização já estão prontos na D.O.H.

O HOSPITAL – CENTRO MÉDICO

O hospital moderno deverá ser projetado, fiel aos citados preceitos da sistematização, com a possibilidade de ter que abrigar, hoje ou amanhã, uma seção de maternidade, uma unidade sanitária, ou de Saúde Pública, como seja, por exemplo, de tuberculose, de contagiosos agudos, até de doenças mentais, sem prejuízo de cada especialidade e da orientação dos respectivos serviços, e como *hospital geral*.

De estudos feitos por nós do tipo *hospital misto* ou *pôsto misto* resultaram modelos já publicados e que já estão sendo construídos em alguma parte.

Situar-se-á, talvez, no *hospital*, o centro futuro do serviço de saúde, completo, regional ou local, tal como já se inicia em alguns municípios mesmo entre nós – tal como é tendência franca nos programas mais recentes, de última hora, por nós recebidos, ingleses e americanos, para não citar doutros países.

O hospital será a sede. A chefia competirá ao médico-sanitarista que tenha especialização médico-social. Será, também, o primeiro passo para a desoficialização dos serviços sanitários, quem sabe, mais tarde, e que serão subvencionados pelo Estado e deixarão de ser repartição dos governos.

Esta evolução nos levará à vitória definitiva da desejada união e cooperação das duas medicinas: a *preventiva* e a *curativa*. Assistência Sanitária e Assistência Médico-social. Em uma palavra: Assistência de Saúde, organização de saúde.

* * *

Concluindo, em linhas gerais, esta exposição sôbre assunto de tão vasta complexidade e de atualidade palpitante, apresentando sem atavios, como sóe ser simples uma mensagem no cumprimento de um dever, confio, em primeira mão, a S. Paulo estas realizações e estas idéias à guisa de consulta e como homenagem de primeiro a ser ouvido, assim, de público.

Ao Estado pioneiro e vanguarda que é de muitos dos nossos progressos maiores, trago um apêlo para que colabore na execução dêste *plano nacional de assistência e saúde*, a bem da rêde brasileira de hospitais modernos, e para maior lustre da sábia cultura médica paulista, e para maior proveito de sua já esplêndida planificação de medicina social.

Permiti que eu convoque o vosso proverbial espírito de cooperação, o vosso patriotismo histórico, tradicional, rico de aprimoramento e de virtudes, confiado no vosso progresso, que honra o nosso Brasil e que dignificaria o mais adiantado centro da civilização entre os povos mais cultos.

PONTOS FUNDAMENTAIS NO PLANEJAMENTO, LOCALIZAÇÃO, INSTALAÇÃO E EQUIPAMENTO HOSPITALARES

(Tópico B-Pontos B-1 a B-10, do Programa Oficial do Curso de Aperfeiçoamento e Especialização de Organização e Administração Hospitalares, do D.N.S – M.E.S. ()*

Algumas aulas dadas pelo

Prof. Dr. Ernesto de Souza Campos

(Redação e texto, segundo as notas taquigráficas do Curso).

“O problema hospitalar bem merece um trabalho de estudo e de divulgação, como êste, que ora se pretende fazer, constituindo-se um núcleo de colegas que, com os seus conhecimentos médicos e sua prática profissional, serão capazes de, nos diferentes pontos do nosso território, proporcionar uma situação de melhoramento e de progresso para o desenvolvimento da organização hospitalar no Brasil.

Se considerarmos, como ponto de partida, a obra de *Braz Cubas*, que, nas proximidades da barra de Santos, em S. Paulo, fundou o primeiro hospital em nosso país, e que foi, por felicidade nossa, e sob o ponto de vista sentimental, uma “*casa de caridade, porta aberta ao mar, casa de Deus para o homem*”, conforme êle designou; e se considerarmos êsse período, uma vez que êsse fato se passou em 1543, chegaremos à conclusão de que já progredimos, razoavelmente, em questão de organização hospitalar.

Muito falta, porém, para atingirmos as condições hoje impostas pelas técnicas da edificação, instalação, equipamento, organização e funcionamento das instituições nosocomiais, entre nós.

Aproveitamos a oportunidade para homenagear estas casas de caridade, essas Misericórdias, que foram justamente centros de educação médica. Dando agasalho e tratamento aos pobres, trouxeram, também, oportunidade para que os nossos médicos desenvolvessem a sua técnica.

(*) Veja publicação n.º 2 da D.O.H.

(**) Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo.

Muito têm elas ajudado às escolas médicas. Foi o que se deu na Bahia, no Rio de Janeiro, onde o ensino clínico das nossas faculdades quase desde o início se fez nas Misericórdias. O mesmo caso ocorre em S. Paulo, Pôrto Alegre, Minas Gerais, Paraná, Recife, etc. De fato, verificamos que uma grande contribuição tem sido trazida por essas casas de Misericórdia. É interessante o seu caráter, que poderemos chamar a sua *sistemática*, porque tôdas obedecem à mesma organização, sendo, entretanto, cada uma independente da outra. Fato análogo ocorre em relação às beneficiências portuguesas, outros centros que têm contribuído para a hospitalização no Brasil. Estas, porém, são de caráter privado, com uma pequena seção de caridade.

Se lançarmos um olhar pouco mais para traz e procurarmos o Mundo Antigo, observaremos os pródromos do hospital, originados em época muito remota, alguns milhares de anos antes de Cristo. Na Grécia, são oriundos da época em que a mitologia confundia-se com a realidade. Foram Machaon e Podalirio, filhos de Asclépio, o deus da Medicina, os fundadores dos templos dedicados a Esculápio, mencionados nos versos de Homero.

A princípio, o hospital era disperso; depois, houve uma fase de centralização. Vamos encontrar um hospital altamente centralizado, o S. Luiz, na França, ou o Hotel Dieu, êste com 5.000 leitos. Incendiado, pensaram em fraturar aquêlo bloco em tantos elementos. Êste foi o parecer da comissão encarregada de orientar a reconstrução. Venceu, porém, a corrente centralizadora.

Mais tarde, devido às descobertas de Pasteur, como a era bacteriológica, voltamos novamente ao sistema disperso. Formaram-se núcleos hospitalares em pavilhões, sobretudo na Alemanha, onde essa idéia foi dominante. Finalmente, voltamos ao tipo de hospital monoblóco, novamente, centralizado.

É evidente que hoje ninguém põe em dúvida a necessidade de centralização nos hospitais. Não há economia no ponto de vista construtivo e do ponto de vista de administração, como também em hospital de certo porte podem ser reorganizados serviços mais bem instalados e equipados, que serão entregues a pessoas da mais alta qualificação técnica e científica.

Vejamos o problema dos serviços técnico-científicos.

Cada enfermo, seja pobre ou seja rico, tem direito ao tratamento perfeito, de acôrdo com o avanço da ciência. Um hospital pequeno pode comportar um modesto laboratório, um pequeno serviço de fisioterapia e fisiodiagnóstico, uma biblioteca, médicos competentes, que se reúnem e discutem os problemas e, portanto, trabalham para o progresso da ciência.

Difícilmente, poderá dispôr de um centro operatório com tôdas as condições exigidas pela técnica moderna, e de modernos serviços auxilia-

res, indispensáveis ao progresso da medicina. Organizados estes serviços com a amplitude necessária, o custo de construção e manutenção, por leito, será muito alto, embora indispensável em um hospital moderno de tipo médio ou grande.

Naturalmente, para que seja estabelecido o critério sobre o hospital que deva ser localizado neste ou naquele ponto, nesta ou naquela cidade é indispensável a supervisão de quem esteja habilitado a formar um juízo seguro sobre as condições locais.

O ARQUITETO E O CONSULTOR HOSPITALAR

É opinião consagrada nos meios mais adiantados, sobre organização hospitalar, que o médico, seja um grande cirurgião, seja um clínico de grande tirocínio, com longa freqüência hospitalar, nem por isso estará habilitado a organizar planos de hospital. Na realidade, êle não tem conhecimento do problema, se não se dedicou a êste estudo, que é hoje considerado uma especialidade. Como especialistas neste ramo temos no Brasil homens preparados para orientar o planejamento dessas casas de assistência médica. Fornecerão elementos indispensáveis para que o arquiteto possa desenvolver um trabalho conveniente e que, desde o início, e sempre, será de colaboração. Entre nós, os arquitetos dispensaram o concurso do orientador médico especializado. Apesar de serem profissionais competentes, tendo feito um longo período de estudos nas escolas em que se formam, dispondo mesmo de um certo tirocínio em construção de tôda natureza, não podem, absolutamente, dispensar o concurso do técnico habilitado na especialidade de orientador, supervisor ou consultor habituado a esta espécie de instituições.

Neste curso, pretendo dar mais o fruto de minha experiência do que matéria encontrada nos livros. Em relação aos livros, fornecerei a indicação das fontes bibliográficas. Recentemente, tive oportunidade de ser consultado sobre as condições de um hospital ainda não completado, e que, entretanto, precisa de remodelação de tal natureza que, se fôsse possível, aconselharia sua demolição e reconstrução. Esteve nas mãos de um arquiteto absolutamente competente, como profissional, mas que, infelizmente, não tinha noção exata de problema tão especializado, como é um hospital moderno.

No tempo em que se construíam pavilhões pequenos, de custo pouco elevado, os erros de construção hospitalar não tinham conseqüências tão vultosas como hoje. Em obras grandes, de 10, 15 ou 50 mil contos, a questão assume um aspecto muito mais sério. O hospital mal construído, mal organizado, mal orientado, não mais poderá ser corrigido, a não ser com grande despesa e, mesmo assim, oferecerá instalação defeituosa. Os cuidados que devem ser tomados na construção de um hospital são naturalmente numerosos. Em primeiro lugar, devemos proceder a *um inquérito* no local onde êle deverá ser edificado.

É preciso organizar e preencher um questionário. Nesse questionário devem figurar todos os elementos que se relacionam com o problema, tais como: população, composição da população, clima, orientação heliotérmica, condições anemoscópicas (problema dos ventos dominantes, ventos benéficos, rajadas). É preciso examinar o problema da vizinhança do hospital. O hospital pode ser motivo de embelezamento da cidade. Devemos nos ocupar das qualidades especiais do terreno, sua forma, suas dimensões, sua topografia, seja no sentido planimétrico, seja no sentido altimétrico. E a observação deve abranger um exame das possibilidades e tendências do corpo médico local, etc.

A Divisão de Organização Hospitalar, sob a direção especializada do Dr. Theophilo de Almeida, estabeleceu um questionário completo para esses casos. Os senhores receberão cópias mimeografadas desse “Questionário para inspeção prévia”. O inquérito deve ser feito mesmo quando se trata de uma remodelação, e não só para hospital novo. No caso da Santa Casa de Belo Horizonte, grande hospital já em funcionamento e no qual se pretendia construir novas instalações, estabelecemos, também, um questionário. Ontem, por coincidência, recebi uma carta do Diretor Clínico dessa Casa, acompanhada de outra carta de um nosso colega, na qual este último, pretendendo construir um hospital em outra cidade, indagava se deveria responder a um inquérito análogo ao de Belo Horizonte, de que ele tivera conhecimento. A idéia de apresentar o inquérito passou para outra cidade, mais para o interior de Minas, o que já é bom sintoma da moderna orientação hospitalar.

O PROBLEMA DA ORIENTAÇÃO

O problema, para mim, de maior importância no que se refere ao inquérito, é o da *orientação*. O problema da orientação tem importância capital, sobretudo aqui no Brasil, e se apresenta sobre dois aspectos: *do sol e dos ventos*. Um hospital, colocado de tal forma que venha a sofrer influência direta de ventos maléficis, é hospital condenado ao nascer ou exigirá corretivos dispendiosíssimos, que seriam desnecessários...

Em S. Paulo, por exemplo, o vento sudeste (marítimo) é úmido e desagradável. Numa cidade, como S. Paulo, em que as mudanças de temperatura são muito bruscas, podemos compreender quanto isto vai influir sobre o doente que se acha naturalmente em condições de menor resistência: *sudeste frio e úmido, noroeste seco e quente*. Tudo isto demonstra a necessidade de um exame local do problema, com cuidado e técnica indispensáveis.

O problema é, às vezes, de difícil solução para o médico orientador, pois tem de recorrer a dados meteorológicos e estudos que geralmente escapam à sua competência. É preferível recorrer a um técnico, quando

o caso não estiver elucidado na literatura, sôbre o clima local. Para os grandes empreendimentos, de longo prazo de projeto, é conveniente instalar uma pequena estação meteorológica no sítio escolhido.

Para a execução do projeto da Faculdade de Medicina de S. Paulo, adotamos êste critério, o que também mostra que não só os hospitais exigem tais cuidados. Em certos lugares, freqüentemente nublados e onde o sol, não raro, está encoberto durante uma parte da manhã, é interessante um estudo especial da luminosidade nas várias horas do dia e do ano. Iniciamos um estudo desta natureza com os engenheiros Pujol Júnior e Guilherme Lira, usando um aparelho imaginado pelo primeiro dêstes engenheiros. O estudo se processou durante um ano, as curvas estão esperando interpretação. Ai temos um recurso de poder determinar exatamente, durante um ano, por meio de aparelho registrador das curvas de luminosidade, as condições ocorridas nas diversas estações do ano, e daí tirar as bases para a orientação conveniente do nôvo prédio.

Considerando a influência do sol sôbre os edificios hospitalares, não devemos ter em conta apenas o caso das faces iluminadas ou sombreadas, nas diversas horas do dia e épocas do ano (solstícios e equinóxios).

Muito mais importante é a questão da quantidade de calor por unidade de superfície das paredes expostas. Além disso, é preciso não esquecer a proporção variável da irradiação ultra-violeta.

A tabela seguinte nos dá, para S. Paulo, as condições de insolação nos solstícios e equinóxios.

Consultando esta tabela, vemos que nas posições voltadas para SE e SO temos, nos solstícios de inverno *duas horas e vinte e dois minutos de insolação*, e no verão, *seis horas e quarenta e quatro minutos*.

Quando mais precisamos do sol, no *inverno*, a insolação é muito menor de que no *verão*, época em que dêle procuramos fugir.

<i>Paredes voltadas para</i>	<i>Solstício de inverno</i>	<i>Equinócio</i>	<i>Solstício de verão</i>
NO	8h. 10m.	7h. 26,5m.	6h. 44m.
SE	2h. 22m.	4h. 33,5m.	6h. 43m.
NE	8h. 10m.	7h. 26,5m.	6h. 44m.
SO	2h. 22m.	4h. 33,5m.	6h. 43m.
TOTAL	10h. 32m.	12h.	13h. 27m.

Nas posições NO e NE, ao contrário, temos mais sol no inverno, (oito horas e dez minutos) do que no verão.

Bastam estas considerações para demonstrar a importância da questão. Mas, como dissemos, não se trata apenas das horas de insolação, mas principalmente da quantidade de calor recebida pela parede. Veremos que neste caso ainda mais se acentua a recusa das fases SE e SO para acomodações de permanência de doentes ou enfermeiras em S. Paulo. Há cerca de 15 anos, mais ou menos, um engenheiro, que se dedicou muito ao problema hospitalar, em S. Paulo, por se diretor da Engenharia Sanitária do Estado, estudou o problema da insolação, concluindo que NO seria a melhor orientação para hospital, na capital paulista. Recentemente, um técnico de alta projeção aqui no Rio de Janeiro, engenheiro que faz parte do Instituto de Pesquisas Tecnológicas desta capital, o Dr. Paulo de Sá, grande autoridade no assunto, obteve, em S. Paulo, exatamente, a orientação NO. Coincidiu a sua conclusão com a do engenheiro Mauro A. S. Camargo, de 15 anos passados.

Quando nos coube a oportunidade de estudar o projeto da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, recorremos, para o caso da *orientação*, a um engenheiro que, morando na cidade, poderia obter dados suficientes com precisão. Esse moço, que já naquela época se evidenciou um grande estudioso, fez um notável trabalho, digno de publicação. Concluiu, esse nosso patricio, hoje diplomado (engenheiro Antônio Ribeiro de Oliveira), pela orientação NEE. No trabalho do Dr. Paulo de Sá, intitulado “Orientação nas cidades brasileiras”, o resultado foi idêntico para Juiz de Fora: NNE.

Assim, fiz duas demonstrações: uma referente a S. Paulo e outra a Juiz de Fora, em que dois técnicos, em épocas diferentes, desconhecendo completamente um o trabalho do outro, mas dotados de alta competência e sobretudo de grande amor ao assunto, chegaram aos mesmos resultados.

Logo, podemos dizer que para cada local, para cada região, para cada ponto, haverá naturalmente uma posição igual. E porque não adotar essa posição ideal?

HOSPITAL, MONOBLOCO E ORIENTAÇÃO

Os hospitais, dispersos em certa época, centralizam-se pela necessidade de reunir, num só bloco, os elementos capazes de promover o desenvolvimento mais completo da técnica hospitalar. Depois, com o advento da era bacteriológica, veio justamente, a orientação no sentido inverso – a dispersão em pavilhões, dos hospitais, para prevenir contra a possibilidade da contaminação entre os doentes. Mais tarde, os progressos introduzidos na mecânica da construção e com o progresso, cada vez maior, da técnica bacteriológica e do conceito do contágio, chegou-se à conclusão de que poderíamos novamente centralizar o hospital em um único monobloco. Realmente, os elevadores popularizaram-se, facilitando

o transporte vertical, mais rápido, e menos fatigante, mais prático. Verificou-se, também, que se pode igualmente isolar por pavimento, como em pavilhões, nos quais há maior contacto com o exterior, maior probabilidade de contacto com pessoas que circulam nos jardins e que têm mais facilidade de penetrar nos pavilhões. No sistema de monobloco é mais fácil, por meio de um porteiro, estabelecer perfeita disciplina. Não entra no hospital quem não tenha permissão especial do vigilante, colocado junto aos elevadores e escadas.

A primeira enfermaria, o primeiro hospital que se organizou no reino português, chamou-se “Enfermaria da Virgem Maria”. Depois estabeleceram-se, naquele país, pequenos hospitais sindicalizados. Depois D. João II, adotando uma política centralizadora na organização hospitalar, resolveu reunir, em um grande hospital, os pequenos nosocômios existentes na cidade de Lisboa. Obteve, para isso, uma bula do Papa e lançou os fundamentos do grande Hospital de Todos os Santos, concluído, mais tarde pelo seu sucessor – D. Manoel, o Venturoso.

Eis uma tendência centralizadora, adotada em época anterior à da descoberta do Brasil.

Um ponto mais importante deve ser bem determinado, e aqui insistimos: não se deve começar qualquer trabalho sobre hospitais sem estudo preliminar muito cuidadoso e muito minucioso. É portanto, indispensável, como dissemos, um inquérito bem feito, no sentido de verificar número e composição da população quanto à idade, sexo, etc., as condições econômicas do lugar, a situação do corpo clínico, as relações da vizinhança, a zona de influência que os outros hospitais próximos possam ter, a questão do terreno, e, então, nos referimos especialmente ao problema da orientação. Este problema, como muito bem disse o engenheiro Dr. Paulo de Sá, que nos honra, assistindo a esta palestra, foi um problema descuidado durante muito tempo. Aliás, o problema hospitalar, entre nós, só recentemente tem entrado em novo surto de progresso. É muito útil, pois, que se divulguem os conhecimentos a este respeito por este curso especializado.

Fizemos referências à questão da insolação, mostrando haver em S. Paulo, as diferenças de 8 h. e 10 m. para 2 hs. e 22 m. nos solstícios de verão e de inverno. Mas este problema é menos importante em relação a outro, que está muito bem focalizado no livro do Dr. Paulo de Sá: “Orientação nas cidades brasileiras”. Ele demonstra que no mesmo período entre 11 h. e meio dia, em época diversa, no mesmo local, é enorme a diferença das calorias-quilo, por unidade de superfície. A unidade “hora de insolação” não serve, portanto, de medida; falta-lhe, como diz o Dr. Paulo de Sá, o característico de se manter sempre igual à si mesma, indispensável às unidades. Eis o que diz o autor:

“Com efeito, conforme os cálculos no trabalho relativo ao “Problema na iluminação e da insolação no Rio de

Janeiro” suplementar a êste, o valor térmico de uma hora e insolação, é extremamente variável. Assim, por exemplo, nos 6 minutos que decorrem entre 11 e 12 horas de 21 de junho, uma parede, virada, para o norte, recebe 558 calorias-quilo por metro quadrado, ao passo que nos 60 minutos que decorrem entre as mesmas 11 e 12 horas de 23 de dezembro, uma parede, dirigida para o sul, recebe apenas 9 calorias.

No primeiro caso, uma hora de insolação corresponde a 558 calorias; no segundo, uma hora de insolação corresponde a 9 calorias”.

A exemplificação do acatado técnico patricio é decisiva. A unidade “hora de insolação” é em um caso 60 vêzes maior do que em outro. Não pode servir de medida.

Sôbre êste ponto de vista particular da orientação, examinemos alguns casos, constantes destas plantas de hospitais construídos ou em construção. Neste primeiro caso (mostra uma planta), as enfermarias ficaram viradas para o Sul.

É evidente que não se cuidou dêstes problemas, na execução do projeto.

Aliás, não houve, neste sentido, qualquer justificativa da escolha de posição! É agora difícil modificar condição tão infeliz em uma região do Brasil em que o Sul deve ser evitado, como face de habitação, como é o caso presente. Se o problema fôsse proposto, certamente o hospital teria uma orientação completamente diversa, voltando-se a sua face de enfermarias para NO e não para Sul.

Verificamos, ainda, que neste caso particular, esta posição correta em relação à orientação, corresponderia, como se poderá verificar no desenho, à melhor situação como urbanização, e em conjugação com os elementos vizinhos.

No desenho (A), foi a posição adotada com exposição das enfermarias para a face Sul. A posição (B) daria exposição NO e magnífica exibição da massa hospitalar, que é um monobloco composto de vários pavimentos. Sua fachada ficaria voltada para *quem vem da cidade*. O acesso principal seria, assim também correto.

Em outro caso, o terreno é de topografia acidentada. Limitado por quatro ruas, tem em uma delas um nível muito superior à outra que lhe é fronteira.

A partir da rua (1) o terreno cai sensivelmente, em declive, até atingir o nível da avenida, que lhe é bem inferior.

Projetos elaborados para êste caso tomaram as posições (a) e (b); um foi relacionado com a rua (1) ficando-lhe em posição perpendicular; outro tomou a posição (b) perpendicular à primeira. Sob o ponto de vista da orientação, nenhuma das posições foi acertada, sendo que a posição (a) é a pior, porque relacionou o hospital com uma rua de nível muito mais alto, em virtude do talude que se observa no corte. Ficaria uma das suas fechadas cortadas para os que se colocarem na rua (1). A posição certa deveria ser NO ou NNO, que não corresponde a nenhuma das duas oferecidas pelo projetista. Já o fato de existirem dois projetos, com duas posições diversas, indica que o caso da orientação não foi elucidado ou não foi o mesmo considerado...

Vejamos ainda por outro caso, o terreno oferecido tinha a posição indicada no esquema seguinte:

A situação do hospital seria precária, dispondo-o segundo a linha NE, com visão de cutelo para a avenida. Ficaria, ainda, o hospital, grande monobloco de 500 leitos embutido em terrenos vizinhos, com visibilidade para uma casaria pobre, irregular, de quintais maltratados. Urgia obter aquisição de maior área capaz de permitir melhor posição técnica para o hospital e mais agradável composição urbanística. Êste desideratum foi conseguido como os senhores poderão verificar por um artigo publicado na “Revista Médico Social”, de S. Paulo (ano I, n.º 11).

Um bom entendimento com o urbanista encarregado da remodelação do plano urbano, deu como resultado o traçado de uma avenida diagonal, necessária às condições de comunicações da cidade e que modificou totalmente a situação infeliz do terreno, como é possível observar no desenho esquemático.

O hospital ficou situado em posição correta. (NE para a cidade em questão) e com excelente posição estética, oferecendo sua massa imponente de um grande monobloco de 500 leitos para a nova avenida projetada.

Com êstes exemplos, não quero sòmente chamar a atenção para o problema da *orientação*; quero também mostrar que nenhum terreno deve ser recusado antes de um estudo pormenorizado do seu aproveitamento.

Em Belo Horizonte, propuzeram-nos difícil problema. Desejava a Santa Casa construir novas instalações. Opinamos pela edificação de nôvo prédio. O terreno estava todo ocupado pela série de pavilhões estendidos por todos os seus recantos. A Santa Casa não poderia suspender seu funcionamento, nem queria mudar de sede.

Examinando acuradamente a questão, verificamos que naquela confusão de pavilhões antigos havia ficado livre uma zona na qual poderia o hospital crescer, com a demolição de pequenos trechos de algumas alas. Poderia, pois, ser construído, sem molestar o funcionamento do hospital,

a não ser em muito pequena escala, pois essa zona, por felicidade, era paralela à melhor via pública local (avenida Francisco Salles) e correspondia à *boa orientação* local – NE. Veja-se a “Revista Médico Social” de S. Paulo, ano I, ns, 3 e 4 – 194.

Assim fêz-se o projeto atualmente em construção.

* * *

Apresentados êstes casos, solicitamos ao ilustre engenheiro Paulo de Sá que nos honre, dizendo, com sua grande autoridade, algumas palavras sôbre a importância do problema da orientação.

FALA O PROF. PAULO DE SÁ

O engenheiro Paulo de Sá discorre sôbre o assunto, apontando o valor da orientação na confecção de projetos. Demonstrou que no Rio de Janeiro construíram-se vários grupos escolares, sem qualquer estudo de *orientação*. Os maus resultados obtidos durante o funcionamento dessas casas do ensino levaram as autoridades a consultarem-no, mas... *a posteriori*, sôbre excesso de sol.

Verificou, então, o orador, que havia escolas nas quais as salas não podiam ser utilizadas para o fim para o qual haviam sido construídas. Os professôres abandonavam as salas, porque elas eram inabitáveis durante certo período de aulas. Era um desconfôrto absoluto. As escolas estavam projetadas para dois lados, muito mal orientadas, de modo que não havia solução *a não ser mandar demoli-las*. O outro lado da escola era, durante determinado período do ano, inabitável!

Em S. Paulo, porém, a população evita morar em casas onde não há sol, porque ficam as casas tão frias que se tornam inabitáveis.

Em resumo, os Senhores veem, que, *num mesmo terreno, pode-se habitar bem e pode-se habitar mal*.

Surge sempre a pergunta “como deve ser orientado neste terreno o edificio que néle se quer construir?”

Uma das maneiras sôbre a qual se pesa o problema é a do cálculo do número de horas de insolação que deve ser exigido num determinado ponto. Devemos evitar uma insolação excessiva, como também falta de insolação. Na Europa, dizem que onde entra o sol não entra o médico. Fixou-se o mínimo de insolação e tomou-se uma unidade hora de insolação. Se uma hora de insolação corresponde a 10 calorias por metro quadrado, em um caso, e noutro corresponde a 600 calorias por metro quadrado, evidentemente, a unidade não é a insolação, e, sim a *unidade térmica*.

O problema da insolação está ligado a outros problemas, como o da *ventilação*. Certas orientações são mais ventiladas que outras. Convém colocar os edifícios dirigidos nas orientações ventiladas para beneficiar o efeito salutar das brisas. As brisas do sudeste, que são as mais convenientes, falam no ponto de vista geral. Tem-se que levar em conta os efeitos benéficos em determinada situação.

O terceiro elemento é o estudo dos raios ultra-violeta.

Os raios ultra-violeta têm ação benéfica sobre o organismo. Exercem ação no organismo, na fixação da vitamina D, ação bactericida, em certos casos, etc.

Surge uma questão coletiva que a meu ver os senhores médicos devem estudar: a reflexão térmica e a sensação de calor. Não se conhece bem ainda quais são, na zona térmica, ao menos, quais as radiações mais inconvenientes ao organismo humano. A luz do sol contra a maior parte da energia, na parte visível. Assim, a quantidade de energia, que a luz solar tem, é relativamente pequena, ao passo que o calor irradiado tem muito maior energia na parte acima de 800 angstrong. Daí, a desvantagem das paredes distribuídas para o oeste, onde recebem, durante a tarde, grande quantidade de calor que, concentrado, é depois, irradiado quando o sol já descambou no ocidente. A parede irradia um calor obscuro, que é mais pernicioso que o luminoso. A maior parte da energia se concentra na região acima de 800 angstrong. Seria interessante que os senhores médicos procurassem a influência dessas várias irradiações sobre o organismo do povo brasileiro. É um absurdo queremos traduzir ensaios estrangeiros para as condições locais. O indivíduo tem condições diferentes. Basta mencionar as nossas condições de equilíbrio térmico do organismo. A ação do sol no Brasil é muito diversa da do sol da Europa e da do sol da América do Norte.

Em seguida, o Professor Souza Campos retomou a palavra, agradecendo a excelente cooperação do Professor Paulo de Sá, e tratou, ainda, do problema do isolamento da defesa contra os excessos de frio e calor, do estudo especial das janelas no que se refere ao sol e aos ventos.

O PROJETO DE UM HOSPITAL

Consideremos que um médico ou um sanitarista tivesse sido encarregado pelo Poder Público de fazer ou de acompanhar o plano de um hospital.

Não sabendo como fazer, poderia procurar, em uma enciclopédia, em livros ou revista, qual a marca segura no desenvolvimento deste trabalho.

Veria que, para preparação do projeto, passará pelas seguintes etapas: em primeiro lugar, preencher um *questionário*; em segundo lugar,

a escolha do terreno; em terceiro lugar, o programa; em quarto lugar, o planejamento; em quinto lugar, o projeto definitivo; em sexto e último lugar, a instalação e o equipamento.

Esta é a marcha que devemos seguir quando temos responsabilidade na orientação de um projeto, qualquer que seja o hospital, seja muito pequeno ou de grande porte.

A primeira parte é a que se refere ao *inquérito*, para o qual foi elaborado, pela D.O.H. (Divisão de Organização Hospitalar) um modelo de questionário.

Em relação à *escolha do terreno*, é de relevante importância o problema da orientação.

Para este objetivo, é aconselhável a consulta aos trabalhos publicados pelo engenheiro Dr. Paulo de Sá, que é considerado o melhor técnico no assunto, entre nós.

Em relação à escolha do terreno, existem, também, algumas proposições que devem ser consideradas de modo a facilitar a solução do caso. Antes de tudo: área ou extensão satisfatória.

Citaremos alguns exemplos que parecem interessantes. Em relação à escolha, em primeiro lugar, deveremos considerar o problema da *situação*. Em segundo lugar, deveremos estudar a *topografia* e, sucessivamente, a questão das *redes de água, esgotos, fornecimento de energia elétrica*, as qualidades inerentes ao próprio solo, no sentido das condições que pode oferecer para suportar o edifício.

Situação. Devemos estudar o problema sob os seguintes aspectos:

- a) vizinhança, ruídos, fumaças, escolas, poeira, mosquitos, etc.;
- b) vias de acesso;
- c) meios de transporte;
- d) articulação com as zonas circunvizinhas;
- e) urbanização;
- f) orientação hélió e anemoscópica.

Topografia. Devemos observar, em relação à topografia, o *relêvo do terreno, as suas dimensões*, nunca preferindo um terreno pequeno.

Há uma série de estatísticas no Ritter e Lorette e outros livros, determinando a área do terreno em relação ao leito tomado como unidade. Há ainda a considerar as áreas da construção.

Não é razoável este critério, porque deve sempre entrar em jogo uma série de considerações que um técnico, com sua competência, pode resolver melhor que o número simplesmente proposto.

A extensão da área, relativamente ao hospital que se pretende construir, e o número de leitos será de 70 a 100 m² por leito. Maior área, para hospitais pequenos. Alguns preconizam para os hospitais grandes

não utilizar mais de 25% da área. Na escolha do local deveremos pensar sempre em ter o terreno tão amplo quanto possível.

Esta será a área do terreno.

* * *

Bruno Moretti, em seu livro "Ospedale" assinala as seguintes bases de metro quadrado de área de construção por leito:

1 – Hospital comum, tipo pavilhonar:

- a) grande – 150 a 160 m² por leito;
- b) pequeno – 200 m² por leito.

2 – Hospital comum, tipo monobloco: 100 m² por leito.

O mesmo autor figura numa estatística alemã feita em 1925 sobre 95 hospitais:

- 1 – Hospital de 150 a 500 leitos, média de 114 m² por leito.
- 2 – Hospital de 500 a 1000 leitos, média de 71 m² por leito.
- 3 – Hospital de 1000 a 2000 leitos, média de 93 m² por leito.
- 4 – Hospital acima de 2000 leitos, média de 98 m² por leito.

C. A. Erickson, no seu trabalho sobre os "Elementos de projeto para um hospital geral" diz o seguinte (1940-1941):

"O terreno deve ser amplo, tanto sob o ponto de vista do edifício inicial como das possíveis construções futuras. No mínimo, 75 m² por cama, para hospitais de 100 camas, e maior área média, em casos de hospitais menores".

Um estudo antigo de Leon Le Porte (1864), que vai apenas citado como elemento histórico, estabeleceu a base de 2500 metros quadrados, que multiplica por 1, 3, 6, 10, 15, 21, 28, 36, dá a área mínima para hospitais de 100, 200, 300, 400, 500, 600, 700 e 800. (*)

(*) Estes dados são fornecidos apenas para ilustração do assunto.

Os resultados seriam os seguintes:

<i>N.º de leitos</i>	<i>Área por leito</i>	<i>Área total</i>
100	25	2.500
200	37,5	7.500
300	50	15.000
400	62,5	25.000
500	75,0	37.500
600	87,50	52.500
700	100,00	70.000
800	112,20	90.000

Tollet, mais tarde, propôs as seguintes bases:

<i>N.º de leitos</i>	<i>Área por leito</i>	<i>Área total</i>
100	100	10.000
150	120	18.000
200	130	26.000
250	136	34.000
300	140	42.000
350	145	50.000
400	145	58.000
450	147	66.000
500	148	74.000

Há estudos e tabelas americanas, recentes, sobre esses cálculos, traduzidas e adaptadas pela D.O.H., que estabelecem, por exemplo, área mínima para um hospital geral ou regional e para outros tipos de hospital.

Concluindo o estudo da situação topográfica, chegaremos agora à questão do fornecimento de luz, energia elétrica, água, e a questão da rede de esgoto. Devemos verificar se existe água abundante no local, 300 a 500 litros por leito é a base indicada por Bruno Moretti.

A D.O.H. adota outro critério: deve haver sempre água em depósito bastante para satisfazer o consumo do hospital, durante 48 horas, se faltar o abastecimento.

O problema do esgoto requer, para ser solucionado, um coletor de capacidade suficiente para o tamanho do hospital.

Em relação ao *programa*, temos uma fórmula própria. Não sabemos se é melhor. Não sabemos se será boa. Não nos cabe fazer crítica. Se os senhores forem pesquisar toda a bibliografia não encontrarão uma norma para facilitar a realização desta parte do projeto.

Em relação ao programa, é inútil dizer que muitos dos nossos hospitais têm sido projetados sem programa. O programa é a base essencial.

Em primeiro lugar, devemos solicitar que a parte interessada forneça um memorial sobre o que deseja, êste memorial será então, estudado e discutido. Naturalmente, haverá pontos que não estarão dentro da técnica hospitalar, que precisam ser recusados, outros que merecem ser examinados; até que, finalmente, sejam assentadas as linhas principais: o número de clínicas gerais e de clínicas especializadas; se existirão ambulatórios, enfim, uma série de considerações que podem independer do critério do consultor ou do supervisor. Muitas vêzes, a instituição tem seus casos particulares. Assim, por exemplo, se consultarmos o projeto da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, verificaremos que o número de salas de operações é proporcionalmente maior do que deveria ser em relação ao número de leitos. Êste fato resultou de um acôrdo com a instituição privada, que terão tais salas a seu dispor. É pois, necessário que haja êste primeiro contato entre os interessados no hospital e o consultor especializado em planejamento de hospitais.

Esta é uma questão muito interessante, a das relações entre o arquiteto e o elemento consultante. Entre nós, sómente nos últimos anos o problema hospitalar começou a entrar em fase de renovação construtiva. Não existiam edificações modelares de funcionamento rigorosamente técnico. Não dispunham, portanto, os nossos arquitetos, de elementos de observação.

OS PROJETOS NÃO DEVEM SER COPIADOS

A literatura sôbre planejamento de hospitais é escassa, em nosso meio. Mesmo quando o arquiteto sem sob os olhos uma infinidade de projetos ótimos para um lugar ou certo tipo de hospital estrangeiro, não servirá para êste país ou outra cidade. Sem conhecimento do funcionamento hospitalar, das condições do nosso meio clínico e do caráter especial desta ou daquela instituição, está o arquiteto embaraçado na escolha. Vai projetar um organismo para funções que desconhece. Não pode, não deve o arquiteto dispensar o auxílio do orientador especializado.

Em geral, os nossos arquitetos dispensam o consultor hospitalar, não procuram e até dificultam a ação de orientador especializado; julgam sua intromissão indébita. Êles, os profissionais da arquitetura, julgam-se competentes para realizações desta natureza. É claro que existem exceções. Há arquitetos que solicitam a intervenção do orientador e aceitam de bom grado a sua cooperação técnica.

Por falta de boa diretriz em projetos, vemos, freqüentemente entre nós, hospitais sofrendo continuadas reformas e remodelações. Daí resulta imenso custo no final do ajuste. O hospital moderno é uma estrutura complexa, delicada, que precisa ser meticulosamente analisada para que seu perfeito funcionamento seja realizável. Planejar objetivamente, e sem pressa. Cada hospital é problema diferente.

Nos Estados Unidos, onde existem numerosos hospitais modelares, de tôdas as classes gerais e especiais, onde a literatura sôbre o tema é abundante, onde existem várias firmas especializadas em construção hospitalar, os arquitetos não dispensam, de maneira alguma, a presença e a opinião do consultor hospitalar. Em revistas americanas, encontram-se, freqüentemente, artigos escritos por arquitetos sôbre problemas particulares e hospitalares, e muito bem elaborados. Quer isto dizer que já estudaram o problema, entretanto, não dispensam apesar disto, o “hospital consult”. O problema, entre nós, tem sido mal orientado.

Logo que a administração esteja segura de que existem as bases necessárias para a construção, deve recorrer a um consultor, o qual será o guia, o conselheiro, até que o hospital fique completo e pronto para funcionar.

Seu trabalho é de *suprema importância* e por isto o orientador deve ser escolhido com o maior cuidado. Deve ser um homem de absoluta integridade, mas além disso, deve ter experiência que o torne conhecedor das necessidades da comunidade. Deve ter experiência dos pormenores da técnica da construção e arranjo das unidades, de tal modo a facilitar perfeito funcionamento do hospital, quando acabado. Sua habilidade em comunicar suas idéias à administração e ao arquiteto é de suma importância. O consultor, seja um médico ou não, deve ter experiência de administração hospitalar e completo estudo dos problemas de projeto e construção, pois êste curso tende a formar êsses técnicos da nova especialidade, no Brasil.

Não deve o consultor estar ocupado em outros trabalhos que o afastem do principal objetivo do emprêgo de seu tempo; seu trabalho de consultar deve ser o principal. Há um grande êrro em supor que um médico prático ou cirurgião é, só, por estas qualidades, ainda que notáveis, competente para atuar na qualidade de consultor. Pode ser um homem de grande projeção na sua profissão, mas seu contato e seu conhecimento de hospital são limitados ao tratamento dos doentes. Não conhece a miriade de problemas de administração e, ignorando-os, não serve como conselheiro no que se refere aos planos dos quais vai depender o eficiente funcionamento do futuro hospital.

Nos Estados Unidos e Canadá existe um número de pessoas inteiramente devotas ao trabalho de projetar e construir hospitais. Não demonstram preferência por um tipo, particularmente. Nos seus arquivos, possuem grande número de informações necessárias para planejamento

de um novo hospital e seu tempo está inteiramente à disposição dos hospitais de que são consultores.

O consultor não pode substituir o arquiteto, nem as duas profissões estão em conflito. O consultor traz, para a nova construção, os seus conhecimentos dos princípios gerais e a sua experiência em dispor departamentos, quartos, utilidades e equipamentos, de modo a ser facilitada a administração e que o doente obtenha melhor tratamento.

O arquiteto, com sua experiência e treinamento de projetos, auxiliado pelo seu corpo técnico, como o calculista da estrutura, utiliza os conhecimentos do consultor e põe tudo em forma concreta. Arquitetos, que têm conseguido muito sucesso em construção hospitalar, reconhecem que os problemas em jogo estão além da sua experiência originária, de modo que eles requerem os serviços de quem possa combinar o conhecimento dos planos e da construção do hospital com a experiência em administração. Eles desejam a associação com um consultor competente, cujos deveres consistem em colaborar com eles e conferenciar com o corpo administrativo, de modo que o plano final e as especificações sejam perfeitas e ajustadas às necessidades do bem público.

O PROGRAMA E O PROJETO

Na ocasião em que já temos estudado o memorial, estamos em condições de preparar o programa. Este programa pode ser formulado antes de entendimentos com o arquiteto. O outro problema que aparece em relação a este assunto é o do *projeto*. Aqui, surge uma dificuldade enorme. Como vamos escolher o arquiteto? Por concurso? Ele, para se apresentar, não terá que fazer um esboço do projeto? Então ele vai fazer isto sem o auxílio do consultor? Este, intervindo, será obrigado a auxiliar a todos igualmente? Poderá auxiliar a dez concorrentes, por exemplo?

A boa norma para a escolha seria estabelecer um critério referente a dois elementos apenas. Um em relação às obras que o indivíduo já fez, os trabalhos que já escreveu. Outro elemento seria designar qual o custo de execução do projeto. Ele pode estabelecer tanto por cento para o esboço, tanto para o estudo dos serviços de canalização etc. Finalmente, somando tudo teríamos a percentagem final, sobre o valor do projeto.

Fazer com consciência em projeto de hospital, é coisa que dá muito trabalho, custa muito esforço. Um arquiteto consciencioso, para estudar um hospital, de 100 a 500 leitos, gasta um tempo enorme, uma soma respeitável, para executar mesmo um ante-projeto. Não poderá, pois, sujeitar-se a ter seu trabalho rejeitado. O problema da escolha do arquiteto é, portanto, difícil. Em qualquer caso deve ser um profissional competente, probo e suficientemente arguto por seguir as normas do orientador.

PRECEITOS INDISPENSÁVEIS

Vamos estabelecer o nosso programa. Um dos especialistas, que se preocuparam com o problema, concluiu o seu trabalho apresentando um certo número de regras relativas ao que se deve fazer em um projeto hospitalar. A êste juntamos outros:

1.º – *Não* projete em terreno que seja impróprio para localização e funcionamento do hospital, ainda que seja muito baixo o custo de aquisição.

2.º – *Não* se pronuncie em favor de áreas que sejam desproporcionadas em relação ao volume do hospital.

3.º – *Não* se esqueça do problema da expansão futura

4.º – *Não* descuide da questão da orientação heliotérmica e anesmocópica.

5.º – *Não* permita uma grande densidade em leitos, em detrimento dos serviços gerais administrativos, auxiliares e complementares.

6.º – *Não* adianta que o projeto se realize sem perfeito preenchimento das etapas preliminares, que são:

a) o inquérito

b) o programa, organizado pelo consultor hospitalar; e

c) a escolha do arquiteto.

7.º – *Não* se esqueça da proteção contra o fogo, principalmente em se tratando de grande número de pavimentos.

8.º – Cuide especialmente dos acessos e da urbanização, tendo em conta as zonas vizinhas.

9.º – Escolha arquiteto competente, ou melhor, especializado.

10.º – Exija íntima articulação do arquiteto com o consultor especializado em problemas hospitalares.

11.º – Não admita a realização do projeto, sem a articulação de ambos (projetistas e consultor) com o calculista da estrutura e com o técnico das canalizações.

12.º – Não selecione equipamento ordinário, ainda que seja muito barato.

13.º – A primeira coisa, na construção de um hospital, é saber se o hospital é comum ou de ensino. Um hospital de ensino é inteiramente diferente de um hospital geral comum.

14.º – Não podem existir dois hospitais iguais: eles variam de acordo com uma série de circunstâncias. O programa será, portanto, variável, conforme os casos:

- a) hospital de ensino;
- b) hospital geral ou especializado.

Em cada caso, temos de considerar as variações de capacidade e de lotação, etc.

Como estudo preliminar de um projeto, costuma-se pedir aos interessados na construção, ampliação ou reforma de um hospital, um memorial dizendo o que pretendem fazer, a fim de que se possa discutir bem cada ponto antes de começar a elaborar o programa. Depois de acertados estes pontos, estabelecemos um programa, precedido de um esboço ou de um programa preliminar. Este é o trabalho do consultor.

Este programa preliminar deve ser mimeografado e entregue a cada um dos elementos que vão funcionar no hospital. No memorial se definiu bem, o que se pretende realizar. Assim discutir-se-ão os pontos fundamentais, as boas regras de uma instituição hospitalar; depois, então, vem a elaboração do esboço. Agora já com o arquiteto.

Assim bem organizado o programa, será o mesmo executado. Cada um terá que recorrer à memória, às suas reminiscências, aos seus conhecimentos, para organizar um plano de maneira conveniente. Muito melhor, entretanto, é ter, cada um, uma norma já estabelecida. Na execução do programa será examinado o modelo que é conveniente para um determinado hospital, e o que não é conveniente, de maneira a não esquecer nada. A não ser assim, o único meio seria recorrer a uma série de planos de hospitais e formar um plano conveniente.

MÉTODOS DE TRABALHO

Em certa época, fomos convidados pelo governo do Estado de São Paulo para percorrer os Estados Unidos, Canadá e Europa, para ver o que havia de melhor em matéria de ensino médico e estabelecimentos de ensino médico. Fazendo centro em New York, nos Estados Unidos e Canadá, e centro em Paris, na Europa, organizamos um plano de visitas, através do período de alguns meses, aos lugares em que houvesse maior interesse de assuntos a serem estudados. Realizamos uma viagem com precisão matemática; onde chegávamos, já nos esperavam com o material preparado: plantas, memórias, regulamentos, etc., de modo que não perdemos tempo. Na Europa, encontramos organização tão perfeita como nos Estados Unidos. Juntamos o material que havíamos colhido no Canadá, nos Estados Unidos e na Europa e o trou-

xemos para o Brasil. Havia grande quantidade de plantas, projetos estudados, esbôços, programas, etc. Separamos o material americano do canadense e do europeu: cada região destas tomamos as diferentes cidades, as diferentes escolas e depois, finalmente, os diferentes departamentos como por exemplo o de clínicas, o de cirurgia, o de medicina especializada, o de anatomia patológica, o de fisiologia, o de bacteriologia. Separamos planos e memórias, em cadernos especiais para cada departamento a, b ou c. Tínhamos, assim, uma série de elementos para poder saber o que havia de melhor. Estabelecemos uma tabela onde fomos dispor os elementos de cada Departamento. Obtivemos, destarte, tôdas as diferentes unidades gerais ou particulares existentes em todos os departamentos dêste gênero. Em segundo lugar tínhamos as áreas de cada um dêsses departamentos; em terceiro, a freqüência com que se apresentava certo número de unidade ou particularidades.

Estabelecida esta tabela, tínhamos possibilidade de formar em critério para organizar um programa amplo, contendo tôdas as diferentes unidades utilizadas para determinado departamento, de acôrdo com os aludios môdelos, por nós visitados.

Examinando a tabela, verificamos que em relação à área havia os números mais diversos. Mesmo para uma sala de aula teórica, figuravam áreas médias por alunos desde 0,80 até 2,50 m.

Estudando o mesmo caso em relação aos laboratórios e às enfermarias, chegamos à conclusão de que melhor seria estudar cada sala de separadamente. E assim estabelecemos, pelo nosso próprio julgamento,

Êste foi o critério que seguimos para formar um programa-padrão máximo. Naturalmente, para cada temos de considerar um programa diverso; varia naturalmente, nos casos de *hospital para ensino* ou de *hospital geral e hospital especializado*. Diversas normas podem ser seguidas.

Estabelecer um programa, com uma série de salas seguidas, sem uma metodização, sem uma sistematização conveniente, não parece uma coisa prática. É desejável uma boa sistematização que reuna unidades afins e permita economia na circulação do edifício, quer no sentido vertical, quer no horizontal. Veremos, a seguir, um plano de sistematização que facilita a tarefa do arquiteto, na disposição dos diversos elementos componentes de um hospital geral.

UM MODELO DE PROGRAMA E ORIENTAÇÃO

Examinemos um programa e sua sistematização. Os serviços de administração compreendem:

administração médica;
administração econômica;

A *Administração médica* requer:

- 1) diretor clínico – NO;
- 2) sala geral dos médicos – NO;
- 3) biblioteca – setor – SE – SO, que compreende:
recinto, depósito de livro, seminário, sala de leitura,
vestuário e sanitários;
- 5) arquivo clínico.

A *administração da enfermagem* requer:

- 1) gabinete da enfermeira-chefe – NO;
- 2) gabinete da inspetora – NO;
- 3) sala de espera – qualquer;
- 4) sanitários e vestiários – qualquer.

A *administração econômica* compreende:

administração econômica geral;
administração econômica especializada.

A *administração geral* compreende:

- 1) reunião da Diretoria – NO;
- 2) salão
- 3) nobre para conferências e festividades, com capacidade para 500 pessoas – SE – SO;
- 3) sala anexa – SE – SO;
- 4) sanitários – qualquer;
- 5) superintendente – NO ou NE;
- 6) expediente – NE – NO;
- 7) contadoria e tesouraria – NE – NO;
- 8) secretaria e arquivo – NE – NO;
- 9) almoxarifado – SE – SO.

É sempre aconselhável fazer um programa bastante amplo para que, destarte, o orientado responsável esteja sempre a coberto de críticas. Depois, poderá ser suprimido este ou aquele elemento de menor importância, de acordo com a capacidade do hospital e o fator econômico em apreço.

Administração econômica especializada:

- 1) portaria – expediente;
- 2) alojamento do pessoal superior – NO;
 - a) *serviços comuns médicos:*
 - 1) sala de estar;
 - 2) copa;
 - 3) sanitários e chuveiros;
 - b) *serviços privativos médicos:*
 - 1) sala de estar e dois dormitórios para médicos;
 - c) *serviços comuns de enfermagem:*
 - 1) sala de estar;
 - 2) toilette;
 - 3) copa;
 - 4) rouparia;
 - 5) depósitos de malas;
 - 6) sanitários e chuveiros.
 - d) *serviços privativos de enfermagem:*
 - 1) apartamento da enfermeira-chefe;
 - 2) vinte boxes para enfermeiras;
 - 3) alojamento do pessoal subalterno (em pavilhão separado ou anexo a qualquer outro elemento do conjunto hospitalar).
 - 4) inválidos (pavilhão separado com 20 leitos para homens e 10 para mulheres);
 - 5) cozinha e copa – SE – SO:
 - 1) cozinha geral (caldeiras e fogões);
 - 2) cozinha dietética;
 - 3) cabines para carnes, verduras, frutas, cereais, leite e bebidas;
 - 4) sala do encarregado;
 - 5) frigoríficos;
 - 6) copa de distribuição;
 - 7) copa de lavagem;

- 8) arsenal de louças;
 - 9) arsenal de utensílios;
 - 10) rouparia;
 - 11) vestiários e sanitários;
 - 12) material de limpeza;
 - 13) dispensa.
- 6) *refeitório* – SE – SO:
- 1) restaurante do pessoal superior;
 - 2) restaurante do pessoal subalterno;
 - 3) restaurante do pessoal da cozinha (junto ao depart. da cozinha);
 - 4) sanitários para homens;
 - 5) sanitários para mulheres.
- 7) *rouparia* – SE – SO:
- 1) depósito de roupa limpa, correspondendo verticalmente com as estações de rouparia dos andares e com monta-carga de transporte vertical;
 - 2) depósito de material;
 - 3) oficina de costura;
- 8) *lavanderia e desinfetório* – qualquer:
- 1) Entrada e depósito de roupa suja, correspondendo com a monta-carga de roupa suja de todos os andares, ou tubos de queda;
 - 2) desinfetório anexo;
 - 3) lavagem;
 - 4) secagem;
 - 5) sala de engomar;
 - 6) máquinas;
 - 8) vestiários e sanitários;
- 9) *barbearia*, com duas cadeiras;
- 10) *capela*;
- 11) *serviços funerários* – qualquer:
- 1) duas salas de necrotério;
 - 2) duas salas de espera;

- 3) conservação e manipulação;
 - 4) sala de autópsias;
 - 5) museu de peças anatômicas;
 - 6) técnica anátomo-patológica;
- 12) *central térmica* – qualquer:
- 1) caldeira e condensadores;
 - 2) combustível.
- 13) *central hidráulica* – qualquer:
- 1) reservatório inferior;
 - 2) geradores de emergência;
 - 3) salas para bebedouros;
 - 4) bombas e comando;
- 14) *central elétrica* – qualquer:
- 1) transformadores;
 - 2) geradores de emergência;
 - 3) acumuladores de emergência;
 - 4) quarto do eletricitista.
- 15) *central telefônica*: telefones internos e externos; avisos luminosos;
- 16) *central de ar condicionado*: junto à seção operatória;
- 17) oficina de marcenaria, pintura, pintura, vidraria, mecânica, encanamento, eletricidade, etc., fora do edifício, se possível, ou localizado em dependência, com cuidados especiais de construção, para isolar o ruído e outros inconvenientes;
- 18) *biotério* – hospitais de animais, garage, parque de automóveis (fora do edifício, idem, idem).

AUTÓPSIAS E ANÁTAMO-PATOLOGIA

Um hospital bem organizado não pode dispensar um serviço regular de autópsias. As necrópsias devem ser realizadas diretamente por anátomo-patologista competente. Um esforço deve ser feito para a realização do maior número possível de exames desta natureza. O trabalho deve ser completo, abrangendo todos os departamentos, ou melhor, todos os aparelhos órgãos e sistemas. De tudo devem ser conservadas peças microscópicas, representativas das lesões encontradas; fragmentos de órgãos e tecidos lesados, fixados para cortes histológicos; inclusões do mesmo material em parafina; lâminas com seções coloridas, tudo obedecendo ao mesmo número dos resultados de exame macroscópico. Este relatório anátomo-patológico deve ser incorporado ao relatório da história clínica do doente. Tudo conservado no arquivo central, não obstante poder o departamento de anatomia patológica conservar uma cópia do documento.

Os casos mais interessantes da semana sevem ser levados a uma reunião conjuntiva de clínicos, laboratoristas e anátomo-patologistas, onde haverá uma demonstração completa do que ocorreu no caso determinado. Em primeiro lugar, há uma exposição minuciosa do caso clínico, feita pelo médico que teve o doente a seu cargo. Se houve intervenção cirúrgica, o cirurgião toma a palavra, a seguir. Segue-se o radiologista, se houve intervenção desse técnico. Os encarregados dos exames de laboratórios, por sua vez, expõem os seus resultados.

No final, o anátomo-patologista submete as peças macroscópicas ao exame, passando de mão em mão as bandejas com o material lesado. Segue-se a demonstração, por intermédio de um projetor, dos cortes microscópicos, com explicações completas do que foi observado. Terminada esta demonstração, segue-se o debate, até perfeita elucidação do diagnóstico final.

Resulta deste prática que clínicos e laboratórios estão continuamente em contacto. Um não desconhece completamente o que o outro faz. Não haverá este pernicioso sistema de especialização absoluta em que o clínico faz questão de dizer que não entende de laboratório e vice-versa.

Em um serviço bem aparelhado, onde se faça um trabalho científico de alto nível, a autópsia deve ser assistida pelo clínico responsável pelo caso e pelo bacteriologista do hospital. Em primeiro lugar, o clínico, na presença do anátomo-patologista e do bacteriologista, na sala de autópsia, lê a observação clínica.

Em seguida, o bacteriologista tem preferência para qualquer exame que julgue necessário, antes de se proceder à autópsia. Iniciada a autópsia, o clínico só poderá retirar-se quando esteja esclarecido diagnóstico anátomo-patológico.

O serviço deve ser aparelhado de modo a ter todos os elementos necessários para a realização de um perfeito trabalho técnico e científico. Autópsias feitas superficialmente, muitas vezes sem intervenção direta do anátomo-patologista, que se limita apenas a observar de longe, nenhum proveito trazem e não raro induzem a êrros – o que é muito mais grave.

Os serviços médicos podem ser:

- 1) gerais;
- 2) departamentais.

Os serviços médicos gerais:

- a) *admissão do doente* – qualquer:
 - 1) informações;
 - 2) sala de espera;
 - 3) exame médico;
 - 4) registro;
 - 5) serviço social;
 - 6) banheiros e sanitários para homens e mulheres;
 - 7) vestiários para homens e mulheres;
 - 8) rouparia;
 - 9) depósito de roupas de indigentes;

NOTA: Os doentes são examinados e quando admitidos tomam banho e vestem a roupa do hospital. Na saída, deixam esta roupa e retomam as suas vestes. Este exame dos doentes responderá às seguintes perguntas: se o doente deve ser posto em observação, se deve sofrer um isolamento ou se não deve ser internado. Depois de matriculado no hospital ele não passa mais por esta parte.

b) *Observação* – NO:

- 1) três quartos de observação (H, M e C);
- 2) copa;
- 3) sanitários;

c) *isolamento de emergência* (NO);

- 1) três quartos;
- 2) copa (em combinação com a de observação);
- 3) sanitário (em combinação com a de observação);

d) *serviços técnicos científicos:*

a) *Serviços técnicos científicos comuns* (qualquer):

- 1) sala de espera;
- 2) gabinete de médicos;
- 3) comando da enfermagem seccional;
- 4) copa;
- 5) vestiários;
- 6) sanitários;
- 7) material de limpeza da seção.

b) *serviços técnicos científicos especializados* SE – SO:
Roentgen diagnóstico e terapia:

- 1) duas salas de técnica com comando intermediário;
- 2) câmara escura;
- 3) radiografia profunda;

Eletroterapia:

- 1) eletrocardiógrafo;
- 2) câmara escura;
- 3) salas de exames.

Curie e fototerapia:

Técnica e aplicação.

Electroterapia:

10 boxes.

Mecanoterapia e massagem;

Hidroterapia

Metabolismo basal;

Fotografia e microfotografia;

- 1) atelier fotográfico;
- 2) câmara escura.

Laboratório central:

- 1) laboratório de imunologia;
- 2) laboratório de microbiologia, parasitologia e histologia;
- 3) laboratório de bioquímica;
- 4) técnica geral de preparação de meios, etc.;
- 5) lavagem de vidros, etc.;
- 6) depósito de material;
- 7) sala de espera;
- 8) colheita de material;
- 9) sanitários.

Farmácia

- 1) laboratório geral;
- 2) hipodermia;
- 3) técnica geral;
- 5) depósito de drogas com câmara escura;
- 6) expediente;
- 7) entrega ou expedição.

A farmácia poderá ficar localizada em algum dos primeiros pavimentos mas é indispensável que se corresponda com a sala de distribuição de medicamentos do ambulatório e com os compartimentos e estações farmacêuticas dos diversos andares.

Centro cirúrgico, que compreende:

- serviços comuns;
- serviços especializados.

Chegamos ao final na elaboração do programa. Nêsse trabalho, acentuamos especialmente, os serviços gerais. Os serviços gerais são, mais ou menos para todos os casos. Constituem uma chave que pode ser aplicada a qualquer hospital, com maior ou menor extensão.

Conhecendo-se discriminação pormenorizada, é fácil, conforme o volume ou objeto especial do hospital poderemos suprimir elementos dispensáveis ou desnecessários ao problema particular. É uma questão de estudo e interpretação, que depende do orientador avisado.

HOSPITAIS DE TIPO PROGRESSIVO

Em muitos casos, surge a questão de ser projetado o hospital, para uma expansão futura, seja definida ou indefinida.

Se indefinida, complica-se o problema dos serviços gerais.

Em primeiro lugar, devemos fixar a idéia da impossibilidade de harmonizar o conjunto dos serviços gerais com a possibilidade de uma expansão indefinida. Os serviços gerais dependem da lotação do hospital. Uma cozinha, um serviço cirúrgico, o serviço de canalização e reservatório de água, etc., não será o mesmo para um hospital de cem leitos ou duzentos leitos. Em caso de expansão futura, é preciso definir, desde logo, qual deverá ser o limite; o plano então estabelecerá o programa dos serviços gerais para o total futuro. Naturalmente teremos, no comêço, isto é, antes da expansão, um plano desarmônico, em que os serviços gerais serão desproporcionados ao número de leitos. Por outro lado o custo será bem maior, no comêço, consequência da maior área média, por leito. Em caso contrário, teríamos de aumentar os serviços gerais na ocasião do acréscimo da capacidade em leitos. Como fazer tal aumento, sabendo-se que os serviços são interrelacionados? Só poderíamos alcançar resultados expandindo cada elemento ou unidade pela invasão de unidades próximas ou pela duplicação de serviços. A invasão das unidades, uma pelas outras, trará um problema anti-econômico de demolição e reconstrução. A duplicação de serviços exige não só que haja espaço para isso reservado como também maior custo de manutenção. Em hospitais modernos, os serviços gerais devem ser bem cuidados.

Hoje não podemos compôr um hospital só com leitos e alguns elementos mais indispensáveis.

Nos Estados Unidos, têm sido calculados os serviços gerais na base de dois terços da áreas para um terço reservado aos leitos.

Como elemento informativo, vejamos alguns dados fornecidos por Charles Neegard, técnico construtor de hospitais, em New York.

DADOS FORNECIDOS POR CHARLES NEEGARD

Áreas	50 leitos	100 leitos	200 leitos
1 – enfermarias.....	1.300	2.600	5.100
2 – administração.....	405	655	1.095
3 – partos.....	90	170	260
4 – operação.....	150	300	450
5 – acidentados.....	80	135	175
6 – farmácia.....	20	50	100
7 – laboratório.....	30	50	100
8 – radiografia.....	40	90	225
9 – fisioterapia.....	70	175	175
10 – lavadeira.....	120	150	250
11 – cozinha.....			
12 – refeitórios.....	40	90	195
13 – caldeiras.....	85	110	140
14 – elevadores e escadas....	50	325	650
15 – corredores e solário.....			
TOTAL.....	3.275	6.430	11.660
Área por leito.....	66	64	58

Não foram consideradas as ambulatoriais.

DEPARTAMENTO OU DIVISÃO DE OPERAÇÕES, SEGUNDO
C. NEEGARD

Áreas	50 leitos	100 leitos	200 leitos
Operações maiores.....	25	55	110
Operações menores.....	20	20	20
Esterilização.....	15	15	25
Expurgo.....	10	10	10
Lavabos.....	15	15	15
Serviços cirúrgicos.....	15	15	15
Rouparia.....	—	6	15
Arsenal cirúrgico.....	—	10	10
Enfermaria.....	20	30	40
Anestesia.....	15	25	40
Armário pessoal.....	15	20	35
Cirurgião-chefe.....	—	—	15
Armários das enfermarias....	—	10	10
Enfermeira-chefe.....	—	15	15
Depósito.....	5	10	15
Citoscopia.....	—	15	15
Osteoplastia.....	—	15	20
Quarto escuro.....	—	5	5
Armários.....	—	10	10
Laboratório.....	—	10	10
TOTAL.....	155	311	450

SERVIÇOS DEPARTAMENTAIS OU SEÇÕES DE DIVISÃO

Êstes serviços constam de dois setores: um para os doentes, outro para os serviços técnicos e auxiliares.

A) *Setor reservado aos doentes.*

É o principal. Para êles é feito o hospital. Constará de enfermarias ou quartos privados e semiprivados, conforme o tipo adotado. Lógicamente todo êste setor deve ter a *mesma orientação*. Não é razoável que uns doentes fiquem bem colocados e outros mal.

Assim, êste setor deverá ocupar um *só lado* do corredor em galeria de acesso. Esta posição, como vimos, é *variável*, de acôrdo com a orientação ótima, para cada local. Em conformidade com os trabalhos de Paulo de Sá, a melhor face, no Rio de Janeiro, é a voltada para o NE e em S. Paulo para o NO. Já discutimos largamente êste assunto, em outra ocasião.

As enfermarias deverão ter, preferentemente, seis leitos, no máximo.

A *área média*, por leito, tem variado, nos hospitais, de 6 a 8 metros quadrados. Geralmente, adotam 7 metros. Julgamos que 6 metros quadrados são suficientes em hospital bem orientado e bem conduzido. Esta área média é tomada dividindo-se a área total da enfermaria pelo número de leitos que se deverá conter. A área média, por leito, pode também, ser avaliada em relação à área total do hospital, compreendendo tudo, os serviços gerais e departamentais. O seu valor alcança, então, cerca de três a cinco dezenas de metros quadrados.

Êstes cálculos e outros semelhantes são convenientes. Servem para avaliar a boa preparação do hospital em relação à sua capacidade em leitos, e ainda, para verificar a harmonia de proporções entre os vários setores, departamentos, seções, etc.

Em grupos de enfermarias é indispensável haver quartos de isolamento, para moribundos ou agitados.

QUARTOS PARTICULARES OU PRIVATIVOS

Quartos privativos – São os destinados a um só doente. Sua área será de 10 metros quadrados. Poderão ter sanitários próprios ou servirem-se de sanitários comuns. Em alguns casos, constituem apartamento como dormitório, sala anexa e sanitários.

Quartos semi-privativos – São para dois enfermos. Sua área deve atingir o mínimo de 16 metros quadrados.

Na avaliação do *espaço ocupado por leito* preferimos determinar área em vez de volume. É que estas áreas conformam-se bem com o *pé direito*, geralmente adotado de 3,m20 a 3,m50 para os hospitais bem orientados e bem conduzidos.

B) *Setor dos serviços técnicos e auxiliares.*

Ficará situado na outra face do corredor. Não há inconveniente que tenha má orientação, porque suas salas não são de permanência.

Êste setor compreende dois tipos de serviços: os técnicos (a) e os auxiliares (b):

a) *serviços técnicos:*

Constam do seguinte: gabinete do médico-chefe do serviço; sala e vestiário de médicos-auxiliares; enfermeira-chefe, podendo aí haver pequeno depósito de medicamentos, sala para exames médicos, sala para tratamento, com cabine de esterilização anexa.

É conveniente que estes serviços disponham de uma ou duas salas, ainda, para *técnicas especializadas*. Isto, naturalmente afetará o custo do hospital. Dependerá dos recursos reservados para construção, equipamento e manutenção.

b) *serviços auxiliares*:

Copa de serviço; sala de refeições; sala de espera (em certos casos); rouparia; rejeição de roupa suja (tubo ou monta-carga) e recepção de roupa limpa (monta-carga); serviço (baldes, vassouras); sanitários e despejo.

Vejamos agora algumas idéias sôbre localização de certos serviços.

SETOR DE CIRURGIA

Centro operatório: Deve ser disposto no tópo do edificio. Fica mais independente, mais isolado, mais reservado das môscas e poeiras.

Isolamento perfeito é necessário. No centro operatório só devem ter ingresso os técnicos empenhados nos trabalhos operatórios, auxiliares e de limpeza. Visitantes, aí não devem penetrar. Poderão observar através de cortinas de vidro ou outro material transparente que isole a galeria de observação, seja lateral ou superior. Eis porque este serviço deve ser localizado em zona terminal do hospital, longe das vias de trânsito intenso como são as galerias nos vários pavimentos.

O centro operatório pode ser centralizado em um só pavimento, ao alto, isto é, no sentido horizontal – ou por superposição de grupos de duas salas operatórias, formando um conjunto em sentido vertical.

No primeiro caso, a central de esterilização ficará no mesmo plano, em posição tão central quanto possível, em relação aos grupos operatórios, se houver muitos. Por grupo operatório compreendemos duas salas de operação conjugadas por serviços anexos, em conformidade com os já apresentados.

Quando a disposição dos grupos operatórios se fizer no sentido vertical, a central de esterilização ocupará o nível mais alto do conjunto, distribuindo o material por meio de pequena monta-carga.

Cozinhas – Devem também ser isoladas, por causa da fumaça, do cheiro da comida e por motivo de disciplina. Refeitórios de pessoal do hospital devem ficar próximo, para evitar transporte e oferecer refeições imediatamente, quando ainda quentes e agradáveis. Prefere-se a localização das cozinhas no solo: menos acesso, menos poeira, menos môscas, melhor disciplina. Parece haver conflito na localização do centro operatório e da cozinha, ao alto. No projeto da Santa Casa de Miseri-

córdia de Belo horizonte, como em outros que orientamos, foi encontrada solução. Evidentemente, é mais econômica a colocação da cozinha no pavimento térreo porque evita um elevador de serviço especial e o transporte vertical de gêneros e combustível, assim como a subida do pessoal de serviço, numeroso, no caso. Desde que a cozinha esteja convenientemente planejada, com os recursos modernos, será preferível a localização baixa.

MONOBLOCO OU PAVILHÃO SEPARADO

No momento atual, todo hospital moderno obedece ao tipo concentrado. Os primeiros hospitais, que surgiram no primórdios da era da medicina, foram naturalmente esparsos, constituindo-se sob a forma de pequenos templos, como os de Saturno, nos primeiros templos da civilização egípcia, ou as de Asclépidas dos gregos. Seguiu-se, depois, uma tendência centralizadora, que culminou com os hospitais de Paris – o São Luiz e principalmente o Hotel Dieu, que chegou a 5.000 leitos. Em Portugal, a centralização se deu, ao tempo de D. João II e D. Manoel, no final do século XV e começo do XVI, com o grande Hospital de Todos os Santos, onde se reuniram pequenos nosocômicos então existentes em Lisboa. Com o advento da era bacteriana, o movimento centralizador cessou, passando-se ao tipo de pavilhões destinados a prevenir contatos e contaminações.

Os progressos da bacteriologia da higiene, da medicina preventiva, vieram demonstrar que a preservação poderia ser perfeita, com o hospital em bloco. É uma simples questão de disciplina e de serviço de boa enfermagem. Por outro lado, mais seguro é o isolamento por andares do que em pavilhão, posto este em imediato contato com o solo e com os que nele transitam. A técnica de construção evoluiu. Os elevadores popularizaram-se. Assim, voltamos, nos tempos contemporâneos, ao tipo concentrado, em monobloco. Em trabalho publicado na “Revista Médico Social” de S. Paulo, discutimos absolutamente este tema.

Não se esqueçam da eficiência e rapidez do transporte vertical em relação ao horizontal, agravada este pela dispersão dos pavilhões em vários pontos. O transporte das refeições, que em um monobloco se faz simplesmente por meio de um monta-carga, no sistema de pavilhões se fará através de longos caminhos, em galerias ou subterrâneos, a não ser que se multipliquem as cozinhas, uma para cada pavilhão.

Por outro lado, vejamos a simplicidade de comunicações com os serviços de fisioterapia e fisiodiagnóstico, oferecida pelo tipo concentrado. Não me alongarei nestas considerações. Basta um simples exame de modernos projetos para dar inteiro ganho de causa ao monobloco.

Iniciando êste movimento nos Estados Unidos, os resultados obtidos com o tipo concentrado logo o transplantaram para o velho continente. A Alemanha, que parecia irredutível no seu conceito de hospital-pavilhão, hospital-jardim, acabou-se convencendo de que a verdade estava no tipo concentrado. Seus modernos nosocômios, antes da atual guerra, estavam obedecendo a êste tipo. Na França basta contemplar a massa imponente do Bonjon, de Paris, se não quisermos examinar outros hospitais-arranha-céu, ali projetados ou construídos com Lille, por exemplo.

MORFOLOGIA HOSPITALAR (1)

Existe uma série de trabalhos sôbre a forma a se adotar para um hospital. O tema é discutido de maneira muito pormenorizada, em

A forma, entretanto, deve ser dada de acôrdo com o terreno. A forma ideal, num terreno grande, plano e bem localizado, é a de um forma H (agá), C (cê) e L (éle).

prisma reto, de base retangular. Além do terreno, seu tamanho, sua localização, sua topografia, temos, como já vimos, a questão do vento, da orientação, da insolação etc., etc. As enfermarias devem ficar colocadas tôdas do lado melhor, porque é nas enfermarias que os doentes vão ficar a maior parte do dia. Pode haver um corredor longo que acompanhe a enfermaria e então do outro lado ficarão os serviços anexos, técnicos e auxiliares, já mencionados. Um grande arquiteto alemão, Dr. Kopp, publicou um livro, no qual defende a forma do hospital em V. Estudando o trabalho do Dr. Kopp, é fácil verficar que êle só teve uma preocupação: a do Transporte. Esqueceu o resto. Em seu trabalho, define esta morfologia, com enfermaria de um lado, salas anexas de outro e tratamento no centro. Façamos crítica sôbre estas formas anexas de hospitais. Vejamos a forma H. A forma em H tem sido considerada, por alguns que a estudaram, como a melhor; a meu ver, entretanto, é uma das piores. Complica o problema da orientação e oferece, nas zonas de entrecruzamento de alas, regiões mal ventiladas. Além disso, permite visibilidade de uma ala sôbre outras, principalmente em edifícios de muitos pavimentos. Um pequeno esquema servirá de melhor explicação. Damo-la sob a forma de um H gemeado, que é o pior caso. Estão assinaladas as áreas mal iluminadas e mal ventiladas.

Tomando em consideração a orientação: as enfermarias deverão ser dispostas em uma só face, por exemplo, a que está assinalada com dupla linha no esquema. Por aí se vê como ficarão mal colocadas as letras a, b, c e d. Pior posição terão as que se aproximam da ala de cruza-

(1) Orientação ótima: Em relação às outras formas, aconselhamos a leitura do trabalho publicado pelo Prof. E. de Souza Campos, intitulado – Morfologia – inserto nas páginas da “Revista Médico Social” de São Paulo.

mento por terem menos luz, menos sol, (sombra projetada pela ala vizinha), mais visibilidade. Porque não preferir a forma retangular, em que as enfermarias, dispostas de um só lado, o da *ótima orientação*, oferecerão melhor face, nenhuma visibilidade?

A *circulação vertical* facilita o transporte de pessoal, do serviço de roupa, de medicamentos, demonstrando a vantagem do sistema, pela superposição, nos vários pavimentos, de serviços idênticos, copas, rouparias etc. Neste particular é interessante observar o plano da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, cuja exposição consta da “Revista Médico Social” de São Paulo.

Acentuamos a questão da circulação não só *vertical* como *horizontal*, no sentido de proporcionar fácil movimento do hospital, no que se refere aos enfermos, visitantes, pessoal técnico, pessoal de serviço, etc.

Convém citar o estudo feito para o Hospital Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, no qual a circulação está plenamente trabalhada, no sentido de permitir fácil e independente movimento para os diversos setores.

Organizado e aprovado o programa é indispensável elaborar *ante-projeto*. Neste momento é *indispensável que o orientador, o arquiteto, o calculista da estrutura e encarregado das canalizações* se ajustem, se articulem e marchem, simultaneamente, na execução do ante-projeto e do projeto definitivo. Muitos insucessos e remodelações resultam da falta de articulação desses elementos, pelo que temos *clamado incessantemente*, quase sem resultado. O projeto deve ser minucioso, com indicação da estrutura, canalizações, equipamento. Terminado, deve ser executado sem modificações que acarretem despesas elevadas. (1) .

OUTROS ASPECTOS DO PROGRAMA PARA CONSTRUÇÃO DO HOSPITAL

A relação entre o número de privadas e o número de leitos é variável, segundo o critério de vários autores. Vejamos, em primeiro lugar, o que está consignado na legislação da Prefeitura do Distrito Federal.

Decreto nº 6.000 de 1º de julho de 1937 – Estabelece o Código de Obras do Distrito Federal e dá outras providências.

(1) Há que evitar, na zona rural e mesmo no interior o problema que representa um *elevador*, que é caro, exigindo pessoal competente, mecânico e recursos para pronto reparo e para regular funcionamento.

Assim e por isso, se deve planejar hospital *monobloco, mas horizontal*. Rampas de declive suave, monta-carga, manual ou mecânica resolvem a dificuldade do transporte (D.O.H.).

Art. 409 – Quanto às instalações sanitárias, serão obrigatórias nos hospitais, os seguintes mínimos:

a) instalações destinadas ao pessoal: em cada pavimento, um W.C. e um lavatório para trezentos metros quadrados de pavimento;

b) instalações destinadas aos doentes: em cada pavimento um W.C. e um lavatório para setenta e dois metros quadrados de dormitório e um chuveiro ou uma banheira para noventa metros quadrados de dormitório (ou fração dessas áreas).

§1º – Nos hospitais de qualquer espécie, mas destinados exclusivamente à assistência gratuita, as últimas relações podem ser modificadas; um W.C. e um lavatório; uma banheira ou um chuveiro para cento e oito metros quadrados de dormitórios (Ou fração de áreas).

§2º – Os compartimentos destinados a W.C., lavatórios e banheiros, deverão satisfazer às seguintes condições:

a) terem os pisos revestidos de material resistente, liso e impermeável não sendo tolerado o simples cimentado e sendo consentido o ladrilho de cimento em ZR-3 e AZ;

b) terem as paredes revestidas até a altura mínima de um metro não sendo consentido o simples cimento e sendo tolerado o ladrilho de cimento em ZR-3 e ZA.

Vejamos agora os dados fornecidos por G.S. Holdeness, do serviço de arquitetura de J. Russel Pops (Architectural Records).

Uso geral – 1) Toiletes e banho em compartimentos separados; um lavatório em cada sala de toilette; um cubículo para cada 10 doentes; um banheiro para cada 20 ou 30 doentes, exceto convalescentes e de ambulatório, que requerem maior número.

Acomodações privadas – banheiro privado, com lavatório e W.C., etc.

No livro “A construção dos hospitais modernos e suas instalações”, editado por M. Schaerer-Berne, pág.454, consta o seguinte:

“A instalação deve compreender um certo número de cabines, uma para cada 10 pessoas. Nas instalações para homem deve-se acrescentar o mictório.

Bruno Moretti, no “Ospedale” (U. Hoepli - Editora Milão), dá o seguinte cálculo para privadas:

“*Privadas*” – É indicada a ocorrência média em hospital comum de um pôsto para cada 8 leitos. O local deve ser subdividido em tantos gabinetes quantos são os pontos necessários.

Dimensões mínimas:

a) para homens, 1m,50 x 1m,00;

b) para mulheres, 2m,00 x 1m,00.

O pré-gabinete deve ser usado para mictórios na proporção de 1 para 15 leitos.

Lavatórios: – 1 para cada 5 doentes, que se levantam da cama, e um para cada 10 dos que geralmente permanecem no leito.

Banheiros: – 1 banheiro para cada grupo de 15 a 20 leitos, e com área aproximada de 10 metros quadrados. As vezes há conveniência de instalar semicúpio e pedilúvio.

ESTUDO PARA UM PROGRAMA DE HOSPITAL DE 10 LEITOS

Examinaremos, em primeiro lugar, os elementos – base para o programa, isto é, suas unidades principais.

A) *Unidades construtivas* – As dimensões adotadas servem apenas de base de estudo.

I – Unidade (a) – É a unidade de enfermaria. Consideramos um tipo econômico com seis leitos, tendo as dimensões de 6,30m x 5,8m x 36,54m. A média, por leito, será de 6,09^{m²}, seis e trinta é a dimensão da face externa e cinco e oitenta a da profundidade da sala.

A dimensão de 6,30m, foi adotada tendo em vista a possibilidade de superposição de quartos individuais em número de três, cada um com 2,00m, livres. Os trinta centímetros correspondem à espessura de duas paredes, de 0,15 cent. Cada uma necessárias para a separação dos quartos individuais, que serão superpostos em andares superiores.

II – Unidade (b) – É a unidade de quarto semi-privado, com 2 leitos, podendo comportar 3 leitos em casos de necessidade.

Como admitimos que estes semi-privados possam corresponder às enfermarias em pavimento superposto, figuramos as dimensões de 18,27^{m²}.

A área será de 18,27^{m²}. Para dois leitos a média será de 9,19^{m²} e para três leitos, 6,09^{m²}.

III – Unidade (c) – É a unidade de quarto individual (privado). consideramos as dimensões de 2,00^m X 5,8^m, admitindo que possam 3 dessas unidades corresponder a uma enfermaria. A profundidade de 5,80^m pode ser aproveitada para subdividir a área em quarto 5,00^m e vestíbulo 0,80^m. A área total do quarto, incluindo pequeno vestíbulo, será de 14,00^{m²}, mas o quarto somente terá 10^{m²}.

IV – Unidade (d) – É a unidade das privadas na mesma face das enfermarias. Tomamos a base de 5,80^m X 3^m, para colocar uma unidade destas de permeio entre duas enfermarias de 6 leitos, cada uma – M 2 – 17,40^{m²}.

V – Unidade (e) – É a unidade de um grupo operatório composto de duas salas de 25, ^{m2} (5,00^m X 5,00^m) cada uma. Cada uma com duas ante-salas, uma de anestesia e outra de repouso (as duas representando 14,15^m), uma sala de expurgo de 2^m X 3^m, e um vestiário de 2^m X 3^m, o total será:

1) – Duas salas de operações 2 ^m X 25 ^m	50
2) – Quatro antes-salas (duas de repouso e duas de anestesia).....	30
4) – Expurgo.....	6
5) – Vestiário.....	6
	107

Adotamos, para esta unidade, a área de 110 ^{m2}, tomando em consideração espessura de paredes, etc.

VI – Unidade (f) – são unidades auxiliares que ficam de lado do corredor oposto às enfermarias e dos quartos privados e semi-privados. Como tipo econômico, consideramos cêrca de 3^m X 3,30^m ou aproximadamente, 10, ^{m2}.

VII – Unidades heterogêneas – As áreas, sem dimensões bem fixadas, serão expressas em dezenas de metros quadrados.

B) *Lotação* – Suponhamos que em um pavimento consigamos dispor 6 enfermarias de 6 leitos, cada uma assim disposta:

6 leitos	W C	6 leitos	6 leitos	W C	6 leitos	6 leitos	W C	6 leitos
----------	--------	----------	----------	--------	----------	----------	--------	----------

————— 56,m —————

O edifício será de 60, ^m de extensão, contando com algum hall central.

Teremos neste pavimento, 36 leitos e dispondo dos leitos silenciosos, na outra face do corredor. O total por pavimento será de 38 leitos.

Em dois pavimentos iguais teremos setenta e seis leitos.

Em outro pavimento, mais ao alto, colocaremos de um lado, quartos privados e de outro, semi-privados, o que dará um total de 12 leitos semi-privados e 9 privados.

b) especializado:	Unidades	
1) portaria e centro telefônico.....	1	1
2) dependências de enfermagem:		
1) rouparia.....	1	1
2) depósito de malas.....	1	1
3) pequena lavanderia.....	1	3
3) alojamento de pessoa superior:		
apartamento de médico interno, com dormitório, sala de estar e sanitários.....	3	
alojamento de pessoa subalterna de preferência fora do edifício.....	3	6
	—	
4) cozinha e copa:		
1) cozinha geral.....	4	
2) cozinha dietética.....	2	
3) capa de lavagem.....	2	
4) capa de distribuição.....	2	
5) arsenal de cozinha.....	1	
6) preparação e frigorífico.....	2	15
7) dispensa.....	—	
5) refeitório:		
1) pessoal superior.....	2	
2) pessoal subalterno.....	3	
3) sanitários do pessoal superior.....	1	
4) sanitários do pessoal subalterno.....	1	7
	—	
6) rouparia:		
1) roupa limpa, em correspondência com as estações de rouparia dos andares e com monta-carga de transporte vertical.....	1	
2) oficina de costura.....	2	3
	—	
7) lavanderia:		
1) entrada depósito de roupa suja, correspondendo com o tubo de queda dos andares.....	2	
2) desinfetório anexo.....	1	

	Unidades	
3) lavagem.....	4	
4) secagem.....	2	
5) engomagem.....	2	
6) depósito.....	1	
7) sanitários.....	1	13
	—	
8) barbearia.....	1	1
9) serviços funerários:		
1) conservação e manipulação de cadáveres.....	2	
2) autópsia.....	2	
3) técnica anátomo-patológica.....	1	
4) museu de peças.....	1	
5) necrotério.....	3	
6) sala de espera.....	2	11
	—	
10) oficina de reparação.....	2	2
11) centrais:		
hidráulica, elétrica, telefônica, avisos luminosos, emergência, esterilização, térmica de ar condicionado, conforme as conveniências.....	6	6
	—	
12) biotério fora do edifício para servir aos laboratórios de exame.....	0	0
Total dos serviços de administração.....		95 unidades de
		10 ^{m2} = 950 m ²

2 – SERVIÇOS MÉDICOS GERAIS:

A) serviços médicos gerais:

a) admissão de doentes:

1) sala de espera.....	2
2) informações.....	1
3) exame médico.....	1
4) registro.....	1
5) serviço social.....	2
6) banheiros e sanitários (H).....	1
7) banheiros e sanitários (M).....	1

	Unidades	
8) vestiário e depósito de roupa (H).....	1	
9) vestiário e depósito de roupa (M).....	1	
10) copa e serviço.....	1	12
	—	
B) enfermaria de observação ou emergência com dois quartos (H) e (M) e com um sanatório anexo.....	3	3
C) serviço técnico científico:		
I. Seção comum:		
1) sala de espera.....	1	
2) médicos.....	1	
3) copa.....	1	
4) vestiário.....	1	
5) sanitários (H e M).....	1	
6) comando de enfermagem.....	1	6
	—	
II. Seção especializada:		
1) Roentgendiagnóstico e terapia:		
a) duas salas de técnica com comando intermediário.....	3	
b) câmara escura.....	1	4
	—	
2) Eletro-cardiografia — técnica e exame.....		2
3) Curie e foterapia — técnica e aplicações.....	2	2
4) Eletroterapia.....	2	2
5) Mecanoterapia e massagem.....	2	2
6) Hidroterapia.....	3	3
7) Metabolismo basal.....	1	1
8) Fotografia e microfotografia.....	2	2
9) Laboratório central:		
a) lab. de bioquímica.....	2	
b) lab. de microscopia.....	2	
c) técnica geral.....	1	
d) depósito e sanitários.....	1	6
	—	

10) Farmácia:	Unidades	
a) laboratório farmacêutico.....	3	
b) técnica geral.....	1	
c) lavagem de vasilhames.....	1	
d) depósito.....	1	
e) expedição.....	1	
f) sanitários.....	1	8
	—	
11) Centro cirúrgico:		
a) servços comuns:		
1) sala de espera com sanitários para homens e mulheres.....	3	
2) sala de médicos, com vestiário e sanitários anexos.....	3	
3) enfermeira-chefe.....	1	
4) arsenal cirúrgico.....	1	
5) rouparia.....	1	
6) carrinhos e macas.....	2	
7) material de limpeza.....	1	12
	—	
b) grupo cirúrgico definido e especializado na unidade.....	1	

TOTAL DOS SERVIÇOS MÉDICOS GERAIS:

I) unidades (f).....	65
II) unidades (c).....	1
1 unidades de 110^{m^2} = 110^{m^2}	
65 unidades de 10^{m^2} = 650^{m^2}	
	760^{m^2}

SERVIÇOS MÉDICOS DEPARTAMENTAIS:

SEÇÃO DE ENFERMIARIAS:

- I) para o sexo masculino, compreenderá um pavimento completo, metade para medicina e metade para cirurgia:

A) Medicina:	Unidades	
1) três enfermarias de 6 leitos cada uma.....	3	
2) privadas anexas.....	2	
3) estação:		
a) enfermeira-chefe.....	1	
b) rouparia.....	1	
c) copa e refeitório.....	3	
d) sanitários.....	1	
e) exame médico.....	1	
f) tratamento médico.....	1	
 B) cirurgia:		
1) três enfermarias.....	3	
2) privadas anexas.....	2	
3) estação como no caso anterior.....	8	26
	—	
 II) para o sexo feminino: idêntico ao sexo masculino		
 SEÇÃO SEMI-PRIVADA E PRIVADAS		
I) seis quartos com dois leitos para enfermos, conforme a unidade (b).....	6	
II) nove quartos com um leito apenas para doentes:		
1) enfermeira-chefe.....	1	
2) rouparia.....	1	
3) copa.....	2	
4) sanitários (seria conveniente diminuir o número de quartos privados, com aproveitamento dos espaços para dar um sanitário para cada um).....		4
	—	—
	10	4

TOTAL DOS SERVIÇOS MÉDICOS DEPARTAMENTAIS:

ENFERMARIAS:

Unidades	(a)	=	12	
Unidades	(f)	=	32	
Unidades	(d)	=	8	
12 unidades	(a)	X	36,54 ^{m2}	= 438,48 ^{m2}
8 unidades	(d)	X	17,40 ^{m2}	= 139,20 ^{m2}
32 unidades	(f)	X	10,00 ^{m2}	= 320,00 ^{m2}
				<u>897,68^{m2}</u>

8 unidades (f)

PRIVADOS E SEMI-PRIVADOS:

Unidades (b)	-	a 16 X 18,27	=	292,32
Unidades (d)	-	a 8 - 17,40	=	139,20
Enfermarias.....				<u>897,68</u>
Privada e semi-privada.....				<u>252,30</u>
Privada e semi-privada.....				252,30

RESUMO GERAL DAS ÁREAS ÚTEIS:

1 - Serviços de administração.....	920,00 ^{m2}
2 - Serviços médicos:	
a) gerais.....	760,00 ^{m2}
b) departamentais.....	<u>1.149,00^{m2}</u>
	2.829,00 ^{m2}
40% para hall, galerias, etc.....	<u>1.131,00^{m2}</u>
Aproximadamente.....	3.960,00 ^{m2}

Senado a lotação de 97 leitos, a média geral por leito é de 40,00^{m2}. É a média razoável para um pequeno hospital de 100 leitos.

Admitindo o custo de mil cruzeiros por metro quadrado, na hora atual, o custo subirá a Cr\$ 4.000.000,00 ou Cr\$ 40.000,00 por leito.

Se forem considerados três leitos no quarto semi-privado, a média baixará.

Não foram considerados serviços de ambulatório.

DISTRIBUIÇÃO DE ÁREA ÚTIL NA CONSTRUÇÃO HOSPITALAR
TABELA EM M2 POR LEITO PARA AS VÁRIAS SEÇÕES DE UM HOSPITAL GERAL
 (Adaptação do padrão Norte Americano pela Divisão de Organização Hospitalar)

SEÇÕES	H. de 50 leitos		H. de 100 leitos		H. de 150 leitos		H. de 200 leitos		Divisões Correspondentes no organograma do D.O.H
	Por leito	TOTAL	Por leito	TOTAL	Por leito	TOTAL	Por leito	TOTAL	
1) Serviços Econômico-Administrativos									I, IV e V
a) administração, escritórios.....	3,49	174,5	2,46	246,0	1,95	292,5	1,75	350,0	
b) dependências dos subalternos.....	1,08	54,6	0,87	87,0	0,82	123,0	0,77	154,0	
c) depósito central.....	2,18	109,0	2,08	208,0	2,06	309,0	2,04	408,0	
Total.....	6,75 ou 13%	337,5	5,41 ou 13%	541,0	4,89 ou 12%	724,5	4,56 ou 12%	912,0	
2) Dietética e Serviços Auxiliares da Administração									II e III
a) cozinhas, copas, refeitórios e escritórios.....	4,35	217,5	3,10	310,0	2,60	290,0	2,35	470,0	
b) conservação e limpeza, rouparia, lavanderia e escritório.....	2,31	115,5	1,65	165,0	1,40	210,0	1,29	258,0	
c) caldeiras e máquinas, oficinas.....	1,92	96,0	1,38	138,0	1,12	168,0	0,91	182,0	
Total.....	8,58 ou 17%	429,0	6,13 ou 14%	613,0	5,12 ou 13%	768,0	4,55 ou 12%	910,0	
3) Serviços clínicos									VI, VII, IX, X
a) áreas de doentes e enfermagem.....	16,26	813,0	16,31	1 631,0	16,17	2 425,5	16,22	3 244,0	
b) setor de cirurgia.....	3,43	171,5	2,65	265,0	2,27	340,5	1,97	394,0	
c) setor de obstetria.....	1,79	89,5	1,07	107,0	1,04	156,0	0,80	160,0	
d) berçário.....	0,90	45,0	0,72	72,0	0,77	115,5	0,70	140,0	
e) pronto socorro.....	0,85	42,5	0,49	49,0	0,38	57,0	0,30	60,0	
Total.....	23,23 ou 45%	1 161,5	21,24 ou 20%	2 124,0	20,63 ou 50%	3 094,5	19,99 ou 52%	3 998,0	
4) Serviços Auxiliares do Diagnóstico e do Tratamento.....									VIII
a) laboratórios clínico e anatomo-patológico.....	0,93	46,5	0,65	65,0	0,53	79,5	0,47	94,0	
b) radiologia.....	0,74	37,0	0,56	56,0	0,53	79,5	0,51	102,0	
c) metabolismo basal, eletrocardiografia e fisioterapia.....	0,30	15,0	0,17	17,0	0,12	18,0	0,12	24,0	
d) farmácia.....	0,34	17,0	0,35	35,0	0,34	51,0	0,29	58,0	
Total.....	2,31 ou 4%	115,5	1,73 ou 4%	173,0	1,52 ou 4%	228,0	1,39 ou 3%	278,0	
5) Circulação.....	10,73 ou 21%	536,5	8,96 ou 49%	896,0	8,57 ou 21%	1 285,5	8,16 ou 21%	1 632,0	
6) Área Total Geral.....	51,60	2 580,0	43,47	4 347,0	40,67	6 100,5	39,65	7 730,0	

ENFERMAGEM TÉCNICA

Trataremos de um assunto que já foi ligeiramente esboçado anteriormente: *o problema da enfermagem*.

A Escola de Enfermeiras Ana Neri, que é a primeira instituição do gênero que se organizou no Brasil, funciona desde o ano de 1823 sendo, atualmente, sua diretora, D. Lais Neto dos Reis.

Realmente, o ensino regular da enfermagem, no Brasil, surgiu em 1922, com o precioso auxílio da Fundação Rockefeller, ao tempo em que Carlos Chagas dirigia o Departamento Nacional de Saúde Pública.

O histórico dêste empreendimento não cabe no tópico relativo ao planejamento do hospital é indispensável, porém, cogitar da questão da enfermagem, e não raro, de uma escola de enfermagem.

Eis porque êste assunto tem seu perfeito lugar na esplanada do problema que nos cabe tratar. Não há hospital que possa funcionar, convenientemente, dentro da técnica moderna, sem dispor de um corpo de enfermeiras habilitadas, em curso reconhecido, isto é, em cursos estabelecidos dentro das normas técnicas indispensáveis ao bom e eficiente exercício da profissão. Sem êste auxílio técnico, disciplinado e inteligentemente preparado, não há organização que funcione bem por melhor que seja o edifício do hospital, por mais perfeitas que sejam suas instalações e equipamento, por mais sábio e diligente que seja o seu corpo clínico. A enfermagem, como organização disciplinada, parece ter partido das Irmãs de São Vicente de Paulo, em Paris, se não nos falha a memória. Trataram apenas de sistematizar a organização, dando-lhe diretrizes gerais e um alto espírito profissional. Anteriormente o trabalho se realizava de modo empírico e sem regras que lhe dessem caráter profissional, verdadeiramente.

Quem, porém, lançou as verdadeiras bases da enfermagem regular e profissional, foi, sem dúvida, Florence Nightingale. Com sua experiência na Griméia, tomou a deliberação de criar uma escola de enfermagem, o que realizou no seu retôrno a Londres. Na grande metrópole inglesa, Florence Nightingale estabeleceu a primeira escola no velho e reputado hospital de São Tomás.

A questão foi tomando relêvo. Outras escolas se formaram e principalmente nos Estados Unidos e Canadá estas escolas proliferaram e tomaram grande incremento. A do Rio de Janeiro estabeleceu-se em prédios adaptados, que estão pedindo nova edificação, e teve a seu cargo o hospital de São Francisco de Assis, primitivamente.

Depois, criaram-se outras, uma em Belo Horizonte (escola Carlos Chagas), outra em S. Paulo (Escola Paulista de Medicina), mais duas aqui no Rio e agora, está se organizando a da Universidade de S. Paulo.

Entre os que freqüentam êste curso, existem colegas de vários Estados do Brasil, sendo alguns diretores de hospitais. É, portanto, muito oportuno tratar dêste assunto, na esperança que em breve se organizem novas escolas em nosso vasto território. Elas se fazem necessárias cada vez mais, como a guerra nos está demonstrando.

Vejamos agora o problema construtivo.

Em primeiro lugar, convém acentuar as finalidades da escola de enfermagem:

- 1) fornecer ensino teórico e prático de enfermagem;
- 2) promover acomodações indispensáveis para residência das enfermeiras;
- 3) estabelecer ambientes que permitam recreação e vida social;
- 4) fornecer meios para repouso das enfermeiras de serviço, em condições de silêncio durante o dia;
- 5) facultar um aparelhamento de enfermaria para as enfermeiras, doentes, com consultório médico, etc.

PLANEJANDO A ESCOLA

Para satisfazer tais condições a escola deve contar com:

- 1) salas de aulas teóricas;
- 2) laboratório de dietética;
- 3) laboratório de bacteriologia e microscopia em geral;
- 4) laboratório de química;
- 5) laboratório para trabalhos de anatomia e fisiologia;
- 6) enfermaria para demonstração de enfermagem, com uma seção de demonstração e tratamentos.

Êstes programas assim delineado, é amplo. Os laboratórios, em certos casos, podem ser reduzidos a dois, apenas; um para química, outro para microscopia. De um modo geral, vemos que a escola comporta duas grandes partes, uma destinada ao ensino, outra para servir de residência. Êstes dois elementos podem ser reunidos, em um só edifício ou separados.

A escola poderá por exemplo, funcionar no hospital, no que respeita ao ensino e laboratório. A residência pode comportar um prédio separado.

Em certos casos tudo poderá ficar reunido no próprio hospital, no que respeita ao ensino e laboratório. A residência pode comportar um prédio separado.

Em certos casos tudo poderá ficar reunido no próprio hospital. Não é, evidentemente, uma boa prática, pois que enfermagem deve residir em outro edifício, próximo, porém separado do hospital. Terá assim, um ambiente diferente de mais repouso. Se pretendermos reunir escola e residência diferente de mais repouso. Se pretendermos reunir escola e residência em mesmo edifício, que é a nosso ver, a melhor escola, devemos compreender que há muitas vantagens em sistematizar bem estes dois elementos.

De preferência, devemos construir, duas alas independentes: uma contendo as salas de aulas, teóricas e práticas, e a outra, a parte social e residencial. Estas duas podem ser reunidas por intermédio e um hall comum.

Esta vantagem de separar as duas alas não é apenas de natureza disciplinar. Nesta composição, podemos ainda dar a cada uma destas duas alas, a orientação conveniente.

Realmente, a orientação é bem diversa nos dois casos.

A residência necessita orientação idêntica à das enfermarias do hospital, digamos NE para o Rio de Janeiro, e NO para São Paulo.

Os laboratórios ao contrário, devem fugir da insolação, quanto possível.

Se colocarmos uma ala perpendicular a outra, sob a forma total de L, para o edifício, os laboratórios poderão ficar voltados para SE, quando a ala residencial olhar para NE.

Se a ala residencial estiver voltada para NO, os laboratórios olharão para SO.

Um hall comum facilitará a conjugação das duas partes do L. Professôres que penetrem neste hall, encaminhar-se-ão apenas para a ala das salas de aula e laboratórios. Nenhuma interferência terão na seção residencial. Esta será apenas freqüentada pelas enfermeiras diplomadas ou alunas. Um estudo desta natureza poderá ser observado nos dois primeiros números da "Revista Médico Social" de S. Paulo (ano 1, ns. 1 e 2). No folheto "Centro Médico da Bahia", há outro plano semelhante.

Merece preferência especial a questão da enfermagem, pois precisamos muito no Brasil desta preciosas auxiliares de serviço hospitalar. Nos trabalhos já mencionados, encontraremos elementos para estudo. Além dos vários ante-projetos de escolas de enfermagem, tais como o da Bahia, o de S. Paulo e o de Pôrto Alegre.

Antes de terminar solicitamos a D. Lais Neto dos Reis que diga algumas palavras, focalizando este assunto, que lhe é tão familiar, pois, além de diretora da Escola Ana Neri, a senhora Neto dos Reis é uma pioneira na prática da enfermagem no Brasil, visto que fêz parte da primeira turma diplomada pela referida Escola Ana Neri.

O PROBLEMA DA ENFERMAGEM NO BRASIL

Palavras da Sra. Diretora da Escola Ana Neri

"Senhores Médicos:

Antes de começar, quero exprimir o prazer de me encontrar neste ambiente, de médicos que desejam trabalhar, que vieram de suas terras para fazer o Curso de Organização e Administração Hospitalares, dirigido pelo Dr. Thophilo de Almeida, técnico competente e dedicado, que tem como colaborador, o Dr. Souza técnico competente e dedicado, que tem como colaborador, o Dr. Souza Campos, êste homem cujo interêsse de apóstolo e comprovada competência, têm sido postos a serviço, muitas vêzes, não só da medicina, mas também da enfermagem, êste espírito devotado que não mede sacrifícios e que vem batalhando, sem se cansar nem esmorecer, pelos planos da Cidade Universitária.

Quero ainda aproveitar esta feliz oportunidade para convidar os excelentíssimos senhores médicos aqui presentes para uma visita à Escola Ana Neri, que é a escola padrão oficial de enfermagem no país.

Não poderei, neste momento, dizer muito sôbre escolas de enfermagem, porque o tempo não é suficiente, apenas desejo focalizar um ponto que é de interêsse para os senhores médicos e para nós, enfermeiras. Florence Nightingale, criadora da concepção de enfermagem, sôbre quem já se referiu o Dr. Souza Campos, declarou, certo dia que a enfermagem é "a mais bela das artes". E eu acrescento, é dos mais delicados trabalhos. Faz-se mister ressaltar o papel da enfermeira. A enfermeira, na sua concepção moderna, é um fator de grandeza nacional. Hoje, é um elemento de defesa nacional. Ora, se a enfermagem é uma profissão que torna os seus agentes fatôres de grandeza nacional, ela deve ser apreciada no seu justo valor. Se a enfermagem faz os seus membros elementos da defesa nacional, ela deve ser classificada em seu justo lugar. Tem sido assim em nossa terra? Não.

No Brasil, em 1922, Carlos Chagas, que jamais será bastante lembrado por enfermeiras e brasileiras, querendo organizar o Departamento Nacional de Saúde Pública, sentiu, imediatamente, que nada poderia fazer sem os soldados dessa campanha da saúde, soldados que o Brasil não possuía, soldados que vão executar os planos que os senhores higienistas elaboram.

Carlos Chagas sentindo a necessidade dêsse exército, fundo, em colaboração com a Fundação Rockefeller, um centro preparador dêsses elementos. Assim, nasceu a Escola Ana Neri. Seu curso, desde então, se organizou com o objetivo de dar enfermeiras, na verdadeira acepção da palavra, enfermeiras que soubessem, ao mesmo tempo, prestar cuidados ao doentes e aplicar os meios de defesa da saúde, meios de proteção da vida.

Assim organizou-se esta escola, com êsse fim de preparar enfermeiras capazes de dar cuidados ao doente e defender, por todos os meios, a vida do homem nacional.

Pois bem: esta profissão, que nasceu assim, bem amparada, de braço tão ilustre, não encontrou clima para se desenvolver, pois, após 20 anos, de 1922 a 1942, se percorrermos as estatísticas, veremos que existem apenas 4 escolas de enfermagem, no Brasil, do tipo criado por Carlos Chagas, a escola padrão e mais três, que lhe foram equiparadas.

A escola padrão, fundada em 1922, iniciou as suas atividades em 1933. Dez anos depois, que tive a honra de fundar, recebeu o nome dêsse eminente cientista patricio, como prova de gratidão da mulher brasileira pelo homem que lhe dera essa nobre profissão.

Em 1939, as Irmãs de Caridade criaram a Escola Luíza de Marillac, tendo como sua fundadora uma irmã enfermeira, diplomada pela Escola Carlos Chagas.

Mais tarde, era criada a Escola de Enfermagem do Hospital S. Paulo, anexa à Escola Ana Neri.

Temos também a Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha, que agora está seguindo o programa da "Ana Neri", mas é dirigida por médico. Numa estatística, feita por nós, há pouco tempo, mas é dirigida as diplomadas dessas escolas, encontramos, aproximadamente, 1.200 enfermeiras. Para uma população de 45.000.000 habitantes, a percentagem é de uma enfermeira para 37.500 pessoas. Isto quer dizer que, praticamente, não existe assistência de enfermagem para nossa gente, enquanto que os Estados Unidos possuía, há 3 anos atrás, uma enfermeira para 375 pessoas. Os seus soldados seguiam com uma enfermeira para 200 homens; agora, estão com 7 milhões de homens em combate e têm 70.000 enfermeiras, acompanhando essas tropas.

Nós ao contrário, estamos na penúria conhecida e quem justamente focalizar a responsabilidade dessa situação. Peço licença para usar de franqueza, porque estamos em família, os médicos são os comandantes de nosso exército e por isso faço um apêlo aos senhores médicos a respeito da situação que nos cerca. A falta de compreensão dos médicos, quanto ao valor da enfermeira, é um dos motivos da pouca expansão da profissão entre nós. E a falta de enfermeiras é causa de grandes males.

Por que cresce a mortalidade infantil, em vez de diminuir? Por que morrem, ainda, mulheres de parto?

MÉDICOS E ENFERMEIRAS

Todos somos responsáveis e permita-me os senhores, que eu diga que aos médicos cabe uma responsabilidade maior. São os médicos que podem impedir que os trabalhos de enfermagem sejam executados por leigas, muitas vezes ignorantes e falhas de cuidados. Que esse tesouro precioso, que não se reconstitui, essa saúde que a sua consciência profissional exige, que por ela trabalhe até o último instante – a vida dos seus doentes, seja entregue a mãos habilitadas para tal mister. Olhemos para o Brasil, para a capital do país, e se percorremos as Casas de Saúde, onde vão ser tratadas as nossas famílias, talvez não encontremos senão uma ou outra servida de assistência técnica. Nas maternidades, onde se passa esse ato sumamente importante, nascer de uma criança, a quem estão entregues esses cuidados? A leigos sem formação. Falta de pessoal técnico, falta de escolas, tudo isso porque a engrenagem técnica vive órfã, sem apoio e por alguns até guerreada.

Os senhores médicos poderiam trabalhar, lutar para que nos hospitais, nas casas de saúde, que eles dirigem ou onde trabalham, contratem enfermeiras técnicas. Se a classe médica apoiar a sua companheira, aquela que anda solidária com êle, a enfermagem, que é a profissão auxiliar e colaboradora da medicina, tanto no campo clínico, quanto dá os cuidados necessários aos doentes, ou de higiene e da profilaxia, aplicando os meios de defesa da saúde; se a medicina caminhar amparando a enfermagem, a vida da nossa gente, esta gente tão boa, tão nobre, será defendida. É preciso, portanto, que o médico dê à enfermeira o seu justo valor. É necessário que cada Estado possua uma escola, onde se formem enfermeiras, dêsse tipo de profissão que exige ser de uma educação aprimorada, que não pode ser tirada do meio inferior, porque a missão é grande demais, delicada demais.

É o mais delicado dos trabalhos.

Prestar cuidados ao corpo, penetrar no espírito, levantar a alma, dar horizontes diferentes a um ente arruinado, aperfeiçoar a raça, exercer uma função social profunda, defender o país, em hora como a presente, para a recuperação dos defensores da pátria, indo com êles à luta, é tarefa das mais nobres e merece a compreensão e o apoio da ilustre e distinta classe médica, como a de todos os brasileiros.

E termino, deixando aos senhores médicos esse apêlo, que a idade e os anos de serviço a uma cousa permitem e autorizam".

ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL GERAL DE PADRÃO MAXIMO

Pelo DR. THEOPHILO DE ALMEIDA

DEPARTAMENTO	DIVISÃO	SEÇÃO OU SERVIÇO	EXECUÇÃO
H O S P I T A L	I DIVISÃO ECONÔMICO ADMINISTRATIVA (D.E.A.)	1) Conselho ou Mesa Administrativa – Provedoria. 2) Direção ou Supervisão – Morfomia – Administração ou Gerência geral. 3) Secretaria – Relações com o público – Educação – Propaganda – Publicidade. 4) Tesouraria – Contabilidade – Arquivo geral. 5) Propriedade – Rendas e Despesas. 6) Serviço de Compras – Economato – Almoxarifado ou Depósitos. 7) Portaria – Comunicações e Informações – Centro Telefônico e de Inter- Comunicação.	1) Presidente ou Provedor da Corporação. 2) Diretor geral ou Superintendente – Morfomo – Administrador – Assistentes. 3) Secretários – Escriturários – Auxiliar de escrita – Estenógrafo – Datilógrafo. 4) Tesoureiro ou Caixa – Auxiliares – Contabilidade ou Guarda-livros – Arquivista. 5) Procurador ou Advogado. 6) Chefe de Compras – Ecônomo – Almoxarife ou Chefe de Depósitos. 7) Porteiro ou Encarregado da Recepção e de Comunicações – Telefonista-Chefe e Telefonistas.

DEPARTAMENTO	DIVISÃO	EXECUÇÃO	SEÇÃO OU SERVIÇO
H O S P I T A L	II DIVISÃO AUXILIAR DE SERVIÇOS DA ADMINISTRAÇÃO (D. A. S. A.)	1) Instalação e Equipamento – Conservação e Limpeza. 2) Réde de Água e Esgotos, de Gás e Vapor. 3) Luz e Fôrça elétricas. 4) Telefones e Rádios. 5) Máquinas e Oficinas – Refrigeração e Aquecimento. 6) Lavandaria – Rouparia – Costura. 7) Terrenos e culturas: Hortas e Jardins, Parques e Pomares. 8) Biotério e Criação em geral 9) Necrotério e Velório 10) Transporte – Condução Correo e Vigilância geral.	1) Chefe da Divisão ou Engenheiro – Chefes dos Serviços Auxiliares da Administração. 2) Bombeiros – Gazistas – Foguistas. 3) Eletricistas. 4) Rádio-Técnico. 5) Mecânicos – Pintores – Carpinteiros e Auxiliares – Artífices. 6) Encarregado – Lavadeiras e Passadeiras – Costureiras e Ajudantes – Serzideiras – Marcação 7) Encarregado de terras e plantações – Jardineiros e Hortelões – Trabalhadores. 8) Encarregado do Biotério e Tratadores. 9) Encarregado e Auxiliares. 10) Encarregado – Condutores – Motoristas – Ascensoristas – Mensageiros e Guardas.

DEPARTAMENTO	DIVISÃO	SEÇÃO OU SERVIÇO	EXECUÇÃO
H O S P I T A L	III	1) Técnica da Alimentação ou Nutrição.	1) Chefe da Divisão ou Diretoria da Dietética.
	DIVISÃO DA DIETÉTICA (D. D.)	2) Escolha e Classificação de Gêneros alimentícios – Depósitos e Frigorificação. 3) Tabelas e Padrões de Cardápios. 4) Preparação de Alimentos (Cozinha e dependências). 5) Açogue. 6) Padaria – Confeitaria. 7) Distribuição das Dietas (Transportação, Copas, Refeitórios).	2) Chefes de Serviço – Dietistas diplomadas. 3) Dietistas especializadas. 4) Mestre-Cozinheiro ou Cozinheiro-Chefe – Cozinheiro e Ajudantes de Cozinheiro. 5) Açogueiro ou Cortador. 6) Padeiro e Confeiteiro. 7) Auxiliares de Cozinha e Serventes ou Auxiliares de Enfermaria – Copeiros.
	IV	1) Qualificação – Matrículas. 2) Admissão de Doentes Internos e externos – Exames do Pessoal Técnico Administrativo. 3) Identificação – Classificação – Arrecadação. 4) Registros Pessoais – Entradas e Saídas.	1) Chefes da Divisão de Admissão. 2) Assistentes e Auxiliares – Médico – Enfermeiras – Auxiliares de Enfermagem. 3) Fotógrafos – Datiloscopista – Auxiliares. 4) Escriturários e Datilógrafos.
	DIVISÃO DA ADMISSÃO E REGISTROS (D. A. R.)		

DEPARTAMENTO	DIVISÃO	SEÇÃO OU SERVIÇO	EXECUÇÃO
H O S P I T A L	V	1) Investigação e Assistência Social. 2) Assistência Financeira. 3) Assistência Judiciária. 4) Assistência Espiritual. 5) Assistência Educacional. 6) Assistência Recreacional. 7) Assistência Funerária.	1) Chefe da Divisão ou Diretora-Chefe de Serviço – Assistentes. 2) Agente Social e Esmoleres. 3) Advogado – Curador. 4) Sacerdote ou Capelão. 5) Professores ou Mestres ou Instrutores – Bibliotecário e Auxiliares. 6) Diretores de Grêmios e Artistas. 7) Cooperadores e Benfeitores em geral.
	VI	1) Fichário Central para Doentes Internos e Externos – Biblioteca Médica – Filmoteca. 2) Fichas – Prontuário ou História do Doente – Documentos de Comprovação – Registros – Anamnese – Exames Físicos – Clínica – Exames Auxiliares e Laboratório – Diagnósticos: Provisório ou Definitivo – Tratamento Médico-Cirúrgico e Te-	1) Chefe da Divisão ou Diretora. 2) Médicos e Internos – Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem – Bibliotecários (Executores nos serviços clínicos).
	DIVISÃO DO FICHÁRIO CLÍNICO CENTRAL (D. F. C. C.)		

DEPARTAMENTO	DIVISÃO	SEÇÃO OU SERVIÇO	EXECUÇÃO
H O S P I T A L	VII DIVISÃO DAS CLÍNICAS E CORPO MÉDICO (D.C.C.M.)	<p>rapêutica Auxiliar – Observações – Causa da Transferência ou Motivo da Alta – Laudo da Necropsia ou Causa-moris – Diagnóstico final resultante.</p> <p>3) Revisão e Resumo de cada <i>história</i> ou <i>prontuário do doente</i> – Sistematização – Classificação de eDiagnósticos – Código da nomenclatura das Doenças – Bioestatísticas – Intercomunicação Mecânica e Pneumática – Ditafones e estenografia.</p>	<p>3) Ficharistas – Auxiliares de Fichário – Escriturários – Datilógrafos – Estenógrafos.</p>
		<p>1) Serviços Médicos Cirúrgicos e Corpo Clínico.</p> <p>2) Medicina Geral-Cirurgia Geral – Obstetria – Ginecologia – Pediatria – Ortopedia – Traumatologia – Otorrinolaringologia – Oftalmologia – Neurologia – Psiquiatria – Endócrino-</p>	<p>1) Chefe ou Diretor da Divisão ou Diretor – Médico ou Diretor do Corpo Clínico.</p> <p>2) Chefes de Clínica ou de Serviço – Assistentes – Auxiliares – Médicos Clínicos ou Internistas – Cirurgiões – Especialistas.</p>

DEPARTAMENTO	DIVISÃO	SEÇÃO OU SERVIÇO	EXECUÇÃO
H O S P I T A L	<p style="text-align: center;">VIII</p> <p style="text-align: center;">DIVISÃO AUXILIAR DO DIAGNÓSTICO E DA TERAPEUTICA (D.A.D.T)</p>	<p>logia – Cardiologia – Gastroenterologia – Protologia – Urologia – Dermatologia – venerologia – Cancerologia – Leptologia – Tisiologia – Doenças Transmissíveis Agudas e outras Especialidades.</p> <p>3) Corpo Clínico – Conferências – Congressos – Reuniões.</p> <p>1) Laboratório de Análises Clínicas – Laboratório Anátomo-Patológico – Necropsias – Laboratório Microbiológico ou Biológico – Laboratório das soluções injetáveis e químico.</p> <p>2) Radiologia e Roentgenterapia – Metabolismo Basal – Alergia ou Imologia – Odontologia para Diagnóstico e Tratamento – Anestesia e Gazoterapia.</p>	<p>3) Médicos e Estudantes: Residentes ou Internos – Médico Honorário – Efetivo – Consultor – Estagiário ou de Cortesia.</p> <p>1) Diretor ou Chefe – Chefes de Serviço – Técnicos Diplomados – Laboratoristas e Auxiliares – Laboratoristas e Auxiliares – Práticos.</p> <p>2) Radiologista – Dentista – Anestesta (Chefe e Auxiliares) – Especialistas.</p>

DEPARTAMENTO	DIVISÃO	SEÇÃO OU SERVIÇO	EXECUÇÃO
H O S P I T A L	IX DIVISÃO DA ENFERMAGEM (D. E.)	<p>3) Farmácia <i>com</i> ou <i>sem</i> Laboratório – Banco de Sangue e Transfusão.</p> <p>4) Mecanoterapia ou Massagem – Prótese – Físio-eletroterapia e Curioterapia – Hidro-balneoterapia – Solários – Praxiterapia – Reeducação – Reabilitação.</p>	<p>3) Farmacêutico – Ajudantes – Auxiliares – Doadores Matriculados – Técnicos.</p> <p>4) Massagista – Ortopedista – Fisioterapeutas – Banhistas – Auxiliares especializados.</p>
		<p>1) Enfermagem Técnica de tipo Padrão.</p> <p>2) Ensino da Enfermagem em Geral.</p> <p>3) Serviços Auxiliares de Enfermagem.</p>	<p>1) Chefe da Divisão ou Diretora – Supervisoras de Enfermagem – Enfermeiras – Chefes – Especializadas – Enfermeiras Diplomadas – Estudantes de Enfermagem – Auxiliares de Enfermagem.</p> <p>2) Diretora da Escola de Enfermagem – Professores da Escola – Enfermeiras – Instrutoras – Enfermeiras-munitoras.</p> <p>3) Zeladoras – Auxiliares e Servents.</p>

DEPARTAMENTO	DIVISÃO	SEÇÃO OU SERVIÇO	EXECUÇÃO
H O S P I T A L	X DIVISÃO DOS DOENTES EXTERNOS AMBULATÓRIOS (D. D. E.)	<p>1) Diagnóstico e Tratamento de Doentes Externos ou de Ambulatórios.</p> <p>2) Exames – Triagem – Tratamento dos <i>Doentes Externos</i> nos Ambulatórios – Educação Sanitária do Doente Matriculado – Assistência Médica no Domicílio.</p> <p>3) Cuidados com os Egressos – Convalescentes e Curados ou guimento (Follow up) – Cuidados Sanitários na Coletividade.</p>	<p>1) Chefes ou Diretor da Divisão de Doentes Externos.</p> <p>2) Chefes de Serviços e Assistentes dos Ambulatórios – Médicos ou Especialistas – Dentistas – Enfermeiros e Dietistas – Ficharistas e Datilógrafos – Serventes.</p> <p>3) Visitadores – Auxiliares</p>

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

**APERFEIÇOAMENTO
TÉCNICO NA
ADMINISTRAÇÃO
HOSPITALAR**

Rio de Janeiro, 1944.
Reedição de 1965.

Capítulo **4**

APRESENTAÇÃO

A “Publicação nº 4” que ora é dada a lume e que será distribuída grátis, como os anteriores, a todos os hospitais do Brasil e aos serviços oficiais, dos particulares interessados de algum modo nos problemas vários da assistência médico-social, representa uma nova etapa na campanha nacional em que há quatro anos estamos empenhados no sentido de cooperar na criação e ampliação, e na melhoria das edificações e dos serviços hospitalares e para hospitalares em nosso país, e por todo o território nacional.

Iniciadas estas publicações em 1944, já as edições ns. 1 e 2 estão esgotadas, e possivelmente se fará uma reimpressão de ambas para atender a numerosos pedidos insatisfeitos.

A série deverá continuar anualmente, porfiando-se, destarte, em disseminar conhecimentos técnicos especializados, normas e padrões, para que se esclareça e se pratique o conceito, hoje vitorioso, do que se convencionou chamar “hospital-moderno”; e a fim de que se oriente em novos rumos e se firme definitivamente, entre nós, a consciência da mais moderna organização e administração hospitalares.

Sem este trabalho prévio e concomitante, improficuo senão prejudicial resultaria qualquer iniciativa de realização material, e assim, desaconselhável e inoportuno todo auxílio e a cooperação filantrópica, que mal aplicada, em vez de beneficiar, prejudicará, muita vez definitivamente, o problema local ou regional a resolver.

A presente publicação está dedicada à tradicional e numerosa participação de “Religiosas”: irmãs de caridade, madres, freiras, e de outras designações pias, que, como profissionais, prestam em todo o país, valiosos serviços assistências à administração e à enfermagem nos hospitais, nas clínicas e policlínicas, nos ambulatórios e dispensários, nas estâncias de cura, nos asilos, abrigos e albergues.

Damos, desta feita, à publicidade a notícia completa e o texto de algumas aulas do Curso Intensivo de Aperfeiçoamento sobre Organização e Administração Hospitalares, destinado exclusivamente para IRMÃS; uma das realizações maiores, das que mais estimamos pela eficiência obtida e como exemplo promissor entre as atividades, até o presente, do serviço federal de orientação e assistência técnica a nosso cargo, no Ministério da Educação e Saúde.

Comprovam-no, bastantemente, a leitura do programa minucioso do Curso, executado todo com o mais feliz êxito, a escolha dos distintos professores, a assistência assás numerosa de Irmãs, e a bem estudada ex-

posição dos assuntos, ora técnico, ora de caráter prático, do que constituem amostra as primeiras aulas aqui publicadas. Consagra-o sobretudo o alto patrocínio que lhe deu a Arquidiocese do Rio de Janeiro e, “magna pars”, o Exmo. Sr. Arcebispo D. Jaime de Barros Câmara, e, bem assim, D. Aloísio Masella, Eminentíssimo Nuncio Apostólico, que coroou a vitória desse tentamen, presidindo ao ato final da distribuição dos diplomas.

A demora inevitável desta publicação, permitiu, na data e nesta apresentação, mais êste registro da gratíssima coincidência da ascensão dos dois egrégios referidos patronos e benfeitores do Curso, poucos meses depois, à insigne e privilegiada distinção do Cardinalato, entre os nossos cardiais italianos e brasileiros.

Conforta-nos e anima para novos empreendimentos ainda, de outro modo, uma lisonjeira notícia, através excelente artigo escrito por Monsenhor Alphonso M. Schwitalla, nome aureolado de grande benemerência na moderna organização hospitalar nos Estados Unidos, e que nos dá conta dos “institutes” ou cursos intensivos realizados na Norte América, nestes últimos anos sob o patrocínio da Associação Católica de Hospitais, com a mesma finalidade, e só para Religiosas, como o aqui levado a efeito, para o aperfeiçoamento técnico na administração hospitalar.

Está publicado na revista “Hospital Progress” de Milwaukee, Wisc. E.U.A. de abril de 1945, órgão oficial da Ass. Cat. de Hospitais, que aqui chegou, justamente, durante o nosso primeiro Curso Intensivo para Irmãs de Caridade, ocorrido em fins do mesmo mês de abril e em princípio de maio.

Informa Monsenhor Schwitalla, e nós o desconhecíamos, totalmente, até aquela data, que já se haviam realizado nos Estados Unidos, sob o citado patrocínio, cinco desses Institutos ou Cursos Intensivos de Administração Hospitalar só para religiosas, sendo um em 1939, comparecendo 49 Irmãs; outro em 1940 com 40 Irmãs matriculadas, em 1941 com 17 matriculadas; em 1942 com 19, sendo que o de 1940, o mais freqüentado, teve a presença de 50 irmãs. Em 1943 não houve. Até a data, assim, 175 irmãs gozam das vantagens deste Curso básico sobre os princípios da moderna organização e administração hospitalares, na América do Norte.

O programa inserto no longo artigo em apêço e também o primeiro, parece, submetido à publicação com os temas e nomes dos professores, muito se assemelha ao de nosso Curso, que fôra distribuído mimeografado e é agora incluído na presente edição.

Essa citação tem por objetivo único assinalar as vantagens, confirmadas, assim alhures em experiência anterior, da nossa iniciativa brasileira em benefício da prática hospitalar, e de sua finalidade humana, que é universal, e não tem pátria.

Semelhante a êste, de duração de quatro semanas, que é o primeiro curso regular sobre organização hospitalar para Religiosas, no Brasil, e na América Latina, e que é o nosso quarto “instituto” anual nacional, em

prol da melhor técnica de nossos hospitais, realizámos três outros, êste de dois meses, só para médicos e engenheiros, cursos oficiais anuais para formar inspetores ou administradores hospitalares.

Seja-nos permitido juntar alguns dados interessantes para evidenciar a eficiência desta iniciativa. São dados colhidos em um inquérito feito junto às 164 Religiosas que freqüentaram o curso nesta Capital, contando ainda a Irmã Diretora da Escola de Enfermeiras Luiza de Marillac, pertencentes a 24 congregações, procedentes de dezenas de instituições e de vários Estados da União, dos mais próximos.

O questionário foi distribuído em cópias mimeografadas, não endereçadas, e as respostas não deveriam conter assinatura, deixando, assim, plena liberdade de opinião a tôdas diplomadas. No momento já algumas irmãs haviam regressado, daí que apenas 143 tomaram parte na consulta. O inquérito foi ideado e promovido pela Ação Social Arquidiocesana, a A.S.A.

Ao primeiro quesito, sôbre a oportunidade e utilidade do Curso, 141 responderam “sim”, uma declarou: “em parte”, e outra: “útil por causa do diploma”; e a maior parte das 141 favoráveis, classificaram de “ótimo”, “muito útil”, “muito vantajoso” o Curso que acabavam de freqüentar. – À pergunta, se notaram algum defeito de organização do curso, responderam “não”, 114 Irmãs, e as demais apenas fizeram restrições ou apresentaram sugestões.

Ao quesito: “Como foi organizado e realizado o curso, houve qualquer inconveniente, por tratar-se de Religiosas”, a resposta foi unânime: “Não”. Uma Irmã apenas fêz restrição.

Finalmente, sôbre as vantagens que encontraram no Curso, várias foram as opiniões, mas pode-se dizer, todas favoráveis: “processo pessoal e coletivo”, “vantagens imensas”, “dependerá o nosso êxito da Administração ou Direção do hospital”, “promessa de adotar as novas idéias”, “melhor compreensão hospitalar e social”, etc.

Concluindo, submetemos o trabalho por nós realizado, com tão preciosa colaboração e altíssimo apôio à livre apreciação dos especialistas e de todos interessados no aprimoramento das nossas instituições hospitalares; e, para nós, nos declaramos satisfeitos com os magníficos resultados obtidos dentro da realidade de nossos recursos nacionais.

Confiamos e prometemos, com a lição e com o incentivo da aludida experiência americana e com a nossa, que novos dêstes cursos se hão de realizar e se multiplicar, nesta Capital e nos Estados, a fim de que seja uma realidade, difundida no Brasil, a mais moderna organização e administração hospitalares.

THEOPHILO DE ALMEIDA

HISTÓRIA DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-SOCIAL ATÉ AO HOSPITAL MODERNO

Pelo DR. THEOPHILO DE ALMEIDA (*)

Reverendas Madres, Senhora Irmãs:

Saudando-vos com as mais atenciosas congratulações de boas vindas, ao encetar as palestras e demonstrações práticas deste Curso, quero prestar, de início, por um grato dever e muito honroso privilégio, a mais alta e respeitosa reverência a S. Exa., o Sr. Arcebispo D. Jaime Câmara, que se dignou patrocinar e dirigir para êxito seguro que esta iniciativa promissora, que coordena e convoca vontades realizadoras, que atende os reclames atuais e os ditames de uma nova prática, no velho e sempre nôvo domínio da assistência médico-social.

Cumpre-me referir o interêsse e a participação eficiente que tem nesta realizado a Ação Social Arquidiocesana, sob a direção devotada e espírito esclarecido do Cônego José Távora, que incluiu, dêste modo, a moderna organização hospitalar no programa de ampliação e atualização das obras sociais da A.S.A., e que, ainda mais, nos acolhe generosamente, oferecendo-nos esta sede confortável.

A maneira dos cursos congêneres, que são filiados a instituições universitárias, êste que ora começa, organizado pelo serviço especializado federal, a nosso cargo, foi promovido sob os auspícios e máxima cooperação da Escola Católica de Enfermeiras Luiza Marillac, desta Capital, equiparada, como se sabe, à do tipo padrão – a Escola de Enfermeiras Ana Neri.

Louvores e agradecimentos se devem à sua Diretora, Irmã Matilde Nina, que assumiu a direção, deu pleno desempenho aos atos preparatórios e à convocação, brilhantemente vitoriosa, no seio das comunidades religiosas.

(*) Aula inaugural do Curso Intensivo de Aperfeiçoamento de Organização e Administração Hospitalares para Religiosas com Atividades nos Hospitais.

Menção de pura justiça merece, igualmente, o Diretor Espiritual das Irmãs de Caridade, Padre Tobias Dequidt, meu sábio mestre aqui presente, que conheci no verdor de sua mocidade sacerdotal, já em plena frutificação na seara de S. Vicente de Paulo, honrando a cátedra tradicional do Colégio do Caraça, como professor excelente, entre os que mais fôssem.

Perdoe-me a sua modéstia, que eu ainda represente e objective, na sua pessoa, a minha gratidão e admiração, a minha mais respeitosa estima pessoal aos Padres Lazaristas, aos quais tanto deve o ensino e a evangelização de nosso país.

* * *

Já vitorioso, na sua origem, graças ao mais valioso e autorizado apoio a que correspondeu a mais alviçareira e numerosa matrícula, sobrexcedendo em número as inscrições e solicitações a tôda expectativa, e mesmo à possibilidade normal de atendimento mais conveniente, êste Curso, a que os americanos dariam o nome de "institute", é o terceiro da especialidade que se realiza no BRASIL, o primeiro do *tipo-intensivo*, e não tenho notícia de que outro haja sido levado a efeito, em outro país latino-americano destinado, como êste, exclusivamente para Religiosas.

Já realizamos até ao presente, com programa maior e mais longo tempo, dois cursos anuais de Especialização sôbre Organização Hospitalar, para médicos, engenheiros, de outro tipo, instituído oficialmente por Decreto-lei, e a cargo da Diretoria dos Cursos do Departamento Nacional de Saúde; cursos êsses que têm por fim preparar *consultores e inspetores técnicos*, e *diretores de hospitais*, de preferência para os serviços oficiais.

Está, desta sorte, reconhecida e autorizada entre nós a nova especialidade: *Organização e Administração Hospitalares*; já sistematizada e na prática há anos em outros países, como uma copiosa bibliografia própria, que se enriquece, dia a dia, particularmente na América do Norte.

Coube, assim, ao Brasil a primazia em tôda a América do Sul, na realização do primeiro curso, que teve lugar, nesta Capital, em 1943. Os americanos já haviam feito trinta dêsses "institutes". Tive oportunidade de acompanhar, em Nova York, durante uma quinzena de horário intensíssimo, um dos tais cursos, sob os auspícios da *Universidade de Cornell*, destinado a diretores e administradores, chefes e auxiliares com exercício nos hospitais.

Ainda em dezembro último tomei parte em Lima, no Perú, em outro dêsses cursos intensivos levado a efeito com a cooperação brilhante de professôres americanos, promovido pela Associação Interamericana de Hospitais, e que foi, assim, o primeiro interamericano da Sul América.

São cursos de duas ou três semanas no máximo. Pois bem, em cada uma dessas reuniões, a que compareci, como representante de nosso país, entre os numerosos alunos havia médicos, engenheiros, enfermeiras di-

plomadas, diretores e chefes, e outros profissionais leigos da Administração de Hospital, e que havia igualmente dezenas de religiosas pertencentes a vossas irmandades, procedentes de vários hospitais e de vários Estados.

* * *

Não nos envaidecem essas citações e primazias, nem essas, nem outras realizações inovadoras.

A todos nós, aqui reunidos pelo mesmo espírito, tanto humanitário, como profissional, nos anima apenas a satisfação do cumprimento do dever, o anseio pelo progresso técnico de nossas instituições, pelo bem-estar, sempre maior, do doente de nossos hospitais.

Adverte-nos a lição milenar do Eclesiastes sobre a vaidade das vaidades: *Nihil novi sub sole*. Com efeito, na essência, nada há de novo debaixo do Sol ou neste vasto mundo sublunar. Nada se cria; mas tudo se transforma, se aprimora ou se amplia.

A evolução da Assistência, e assim a história do Hospital, constitui um exemplo infinito dessas mutações e exteriorizações que, no fundo, encerram a gema dos eternos princípios, que o esforço humano procura lapidar, afeição, melhorar, enfim, tal como neste momento procuramos nos aperfeiçoar a nossa experiência e ajustar os nossos conhecimentos.

A *Assistência*, sobre ser uma necessidade objetiva, guarda o seu motivo na essência mesma da natureza humana, e encontra a sua razão na piedade e na compaixão, e assim *assistência* se confunde com *caridade*, e responde também ao primeiro cristão do "*Ajudai-vos uns aos outros*".

Na sua evolução até nossos dias, a *Assistência* atende ao sentimento de solidariedade no sofrimento, à incerteza no infortúnio, à prevenção diante do perigo, da ameaça das doenças, e sempre sob a orientação das místicas: religiosa, cívica e social, e consoante o progresso das ciências e das artes.

Fiel a seu étimo latino, Assistência vem de *ad-sistere*, assistir, ajudar e é, assim, sinônimo de *cuidado*, de *socorro*, e envolve todas as atividades na prática do bem. Não é privilégio de raças, nem de povos, e existiu em todas as eras, sob formas mais várias.

Nos tempos primitivos, entre os indús, os persas, e depois na própria Turquia, se estabeleceu uma quota ou dízimo, obrigatoriamente, para socorrer a pobreza. Esboçava-se, a moderna taxa de assistência pública de nossos dias...

Nada de novo sobre a terra!

A educação poderá desviar ou obliterar esses sentimentos genuínos da solidariedade humana, dando-lhes interpretação diversa.

Os Gregos e Romanos, na era pagã, imbuídos na idéia de que o Estado era tudo, e tudo dependia do Estado, como em certos regimes modernos, considerava o ser humano como um valor apenas: o indigente, o doente, o velho, o incapaz, as crianças e até a mulher, julgados impróprios, então, ao Serviço do Estado, nada podiam esperar dos governos. Era a doutrina de Platão.

Escravos e estrangeiros eram considerados fora da humanidade. Para Sêneca, piedade, misericórdia, comiseração, significavam inferioridade, doença...

Cita-se que Plauto endossava o conceito de que dar de comer ao pobre representa mau serviço por ser o indigente uma utilidade perdida. Não se conheciam os prodígios da recuperação física e social, de nossos dias. O patriarcado, em Roma, a seu modo, com o fim de evitar a igualdade social, que era a esperança do pobre, protegia a indigência para manter êsses infelizes sob a tutela e seu constante domínio e vigilância.

Mais tarde, ao lado do socorro da solidariedade humana e da influência da caridade, ou diante da ameaça de revolta dos oprimidos, a instituição das leis ditas sociais, começou a favorecer os necessitados. Também em nossos tempos modernos, política semelhante, doutrinas filosóficas e ideologias existem que consideram certas virtudes como inferioridade, e há homens, e até países, que exploram os seus tutelados à guisa de proteção à liberdade, e de nivelamento social ou democrático.

Outrora, em Roma, a proteção social, para usar a expressão moderna, tomou feição positiva com a instituição das *sportula*, *congiarium* e *annoma*, sendo esta última a repartição encarregada do aprovisionamento e da alimentação da cidade, tal qual certas legislações ora em moda, em vários países, que tratam da *coordenação* e do *acionamento* de gêneros alimentícios com tabelas de preços especiais visando proteger os menos favorecidos da população.

As atuais Caixas e Institutos de pensões e a legislação sobre salário e o auxílio à família numerosa, acaso não se parecem com as pensões alimentares e proteção aos filhos de indigentes do tempo do Antoninos, Nerva e Trajano?

A maior parte das instituições de beneficência que ainda hoje vivem ou prosperam tiveram a sua origem e amparo na caridade cristã.

As conferências de S. Vicente e as damas de caridade exercem essa nobre e penosa missão de assistência que é pedir ou receber esmolas e donativos, visitar os enfermos e encarcerados, e distribuir o benefício aos domicílios do indigente e do desajustado social, tal como já faziam, no tempo dos Apóstolos, o *Servidor* ou *Diacono*, os *Acólitos* ou *Auxiliares*.

As próprias *diaconias*, mais tarde, não se transformaram, evoluíram, como verdadeiras corporações, assim como hoje as repartições de assistência pública?

A assistência era, no começo, mista e indistinta, cuidando indiferentemente, e conjuntamente de todos e ao mesmo tempo do velho e do doente; do peregrino e do simples romeiro, do deficiente físico e do indigente; e até daqueles que, outrora, expunham por qualquer motivo à arriscada contingência das viagens.

Nasciam, assim, o *albergue* e o *abrigo*, o *hospício* e o *asil*. Pergunto: ainda hoje não é quase assim em nosso país, infelizmente, a Casa de Caridade, pobre, mal cuidada, de certos lugares mais atrasados ou de menos recursos, que tanto recebe o doente, como o aleijado; o velho, o idiota, e a qualquer desamparo?

Lá pelo ano 325, o Concílio de Nicéia prescreveu a construção de pelo menos um *xenodóquio* em cada cidade, casas para hospedar estrangeiros e viajantes e também para outros necessitados, e multiplicaram-se êsses estabelecimentos de assistência social. Não temos nós, no Brasil, em 1945, uma nova lei que protege, isenta de impostos durante dez anos os hotéis, que se construírem ou se adaptarem segundo determinadas prescrições legais com o fim evidente de favorecer o viajante e o estrangeiro?

A lei justiniana, em seguida, diferenciou as instituições consoante à finalidade especial de cada uma, e lhes fixou uma terminologia específica de radical grego; *nosocômio* para doentes, *ptocotrófios* para crianças abandonadas; *orfanotrópios*, para órfãos; *gerontocômios* para velhos; *paramonórios* – destinados a trabalhadores inválidos.

Uma boa organização de assistência pública na época atual, precisaria de aparelhamento mais adequado, e a tecnologia da assistência médico-social de uma classificação mais erudita para a solução de seus problemas e finalidades específicas?

Nosocômio ou hospital, como entidade diferenciada, aparelhado para sua múltipla finalidade médico-assistencial é, entretanto, relativamente uma instituição moderna, embora tendo os seus pródromos nos mais antigos tempos.

A assistência e tratamento dos doentes, teve a sua origem na magia e na cura dos tempos pagãos; depois nas casas destinadas ao culto da superstição. Pois não é assim, ainda hoje, que se pretende curar os enfermos entre os selvagens e entre os semi-civilizados, e mesmo entre pessoas que sabem ler? Não se pratica ainda no momento a medicina abusiva, sem ser médico, à guisa de culto religioso e agora até a cirurgia sem cirurgião, como demonstração da habilidade dos espíritos? Não há mesmo uma nova seita protestante que se vai espalhando assustadoramente pelo interior do país, a qual nega a higiene, a medicina, a cirurgia, a saúde, enfim, acreditando na cura espontânea por força da sua crença, e assim favorecendo as doenças, e multiplicando os óbitos?

A Assistência e o hospital, como causa e efeito, foram companheiros inseparáveis através a longa e acidentada travessia na vida dos povos e representam índices das fases diversas na marcha da civilização, das ciências e das artes, refletindo, de certo modo, o progresso da humanidade.

As instituições hospitalares pròpriamente, se desenvolveram no ano 1000, maximé no tempo das Cruzadas, como obra pia, mantida e exercida como privilégio religioso até 1311, quando o Papa Clemente V, pela constituição dita Clementina, entregou aos leigos a administração dos hospitais.

À criação de um grande hospital modêlo, por Luiz XIV, o *Hospital Geral* de Paris, lá pelo ano de 1646, com administração leiga, civil, estendendo-se esta organização de assistência por tôda a França seguiu-se a tentativa frustrada de Daguesseau, um século depois, para converter em bem público os hospitais e seus patrimônios. Esta idéia, que foi formulada por Necker, no édito de 1780, que aliás ficou sem execução no mesmo sentido da apropriação pelo Estado, das propriedades dos hospitais, consumou-se mais tarde aqui e ali. A história se repete em parte ou totalmente e se verificou mesmo em países da América Latina. Pois não é a recente organização hospitalar do Chile, o mais completo padrão nesse sentido, da centralização de tôda assistência médico-social nas mãos do Estado?

O govêrno arrolou ali tôdas as propriedades patrimoniais de Assistência, públicas e particulares, e constituiu um serviço nacional, tipo autárquico, de beneficência pública; que administra tôdas as instituições, com a colaboração também das Religiosas conservadas nos hospitais em que já exerciam suas atividades embora sob orientação e com atividade mais especializada.

Como é sobejamente sabido, há quase dois séculos, a Revolução Francesa teve influência radical na administração dos hospitais, mudando o curso das coisas, e, então, mais uma vez foram afastados os católicos, as corporações religiosas com seus recursos, e criou-se uma legislação de assistência pública, compreendendo tôda uma rêde de instituições médicas e sociais, com as denominações várias, que ainda hoje conservam embora com um nôvo espírito.

Já então instituíam regulamentos do trabalho dos menores nas Indústrias, a criação das Caixas de Aposentadorias, Montepio, etc., etc.

Tantas vêzes afastadas as Religiosas, outras tantas a sua cooperação se tornou necessária no mundo, e voltaram a servir com a mesma devoção e com o mesmo devotamento.

* * *

A evolução da instituição hospitalar nas Américas tem uma história digna de um especial registo.

O primeiro hospital do continente Americano, de que há notícia foi fundado por Cortez, em 1524, na cidade do México; o mais antigo hospital do Brasil é a Santa Casa de Santos, criada por Braz Cubas, em 1543. Pois bem, só em 1634 construiu o Canadá o seu primeiro estabelecimento hospitalar, e com administração religiosa, e, o que é mais para se admirar, somente um século depois do México e do Brasil, em 1663 surgiu o primeiro hospital nos Estados Unidos, na ilha de Manhathan na Cidade da Nova Iorque.

Os últimos serão os primeiros, ainda aqui se confirma o conceito evangélico... E também mais uma vez se verifica a sabedoria da advertência bíblica referida no início sobre a vaidade das primazias...

A Norte América, que foi tardia no construir e no possuir o seu primeiro hospital, séculos depois adiantou-se sobremaneira nesse terreno, sobrepujou a todos demais países americanos neste progresso, realizando durante estes últimos trinta anos a mais admirável organização e administração hospitalares, que hoje vivem nas suas modelares instituições; criou mesmo uma nova especialização completa, sistemática, abeberada nos modelos europeus, é verdade, mas ampliada e aprimorada, excelentemente, como especialização, cujos ensinamentos estamos procurando adotar e disseminar no Brasil.

Como símbolo, objetivo dessa especialidade, se nos depara o padrão já consagrado, que se convencionou denominar: *o hospital moderno*.

* * *

A Assistência Pública, e assim a administração do hospital, tem conceito vário em cada país. O regime adotado, por exemplo, pela adiantada República do Chile, neste particular, aliás com apreciável êxito, não conviria, a meu ver, ao nosso meio, data a vastíssima extensão territorial do Brasil, ao número muitíssimo maior de nossos hospitais, cuja manutenção, em conjunto, sobre se difícilima como administração centralizada, seria assás onerosa ao Govêrno, pelo vulto enorme das despesas e complexidade da execução.

Uma política bem diversa é a nossa e que poderá ter a mesma eficiência; expressa nas leis e regulamentos federais existentes e com futura ampliação no sentido da técnica, da sistematização, segundo os seus pontos cardiais: a *coordenação*, a *cooperação*, a *orientação* e o contrôle das instituições hospitalares e para-hospitalares, sem prejuízo da primitiva finalidade sentimental e de motivo religioso; e também sem o exagero domínio da autonomia oficial ou particular, sem a intangibilidade que defendem muitos administradores hospitalares norte-americanos, ciosos do progresso assombroso que ali, também, neste domínio se deve à iniciativa particular.

A realização dêste Curso e de outros que se vão organizar, aqui e em outras regiões do país, e aquêles que já realizamos mais completo e anualmente, por lei expressa, federal, a fim de preparar Inspetores e profissionais especializados em organização e administração hospitalares; a visita periódica que os nossos inspetores fazem aos hospitais, e em todo o Brasil, e os laudos ou relatórios de inspeção, cujo único objetivo é levar a cada instituição a contribuição técnica moderna, modelos e normas que constantemente os nossos serviços estão preparando e distribuindo, sem qualquer ônus para o beneficiado, abrangendo a assistência de especialistas, que a Divisão de Organização Hospitalar facilita ou fornece, para o planejamento de novos hospitais inclusive, quando possível, a presença do próprio arquiteto, *in loco*, e, acima de tudo, a boa acolhida e mesmo a colaboração efetiva que já estamos sentindo e recebendo das instituições, e também dos Diretores, Administradores e auxiliares, enfim, de tôda essa legião de profissionais abnegados, que não cuidam, às vêzes, da sua própria saúde, preocupados tão sômente em aliviar o sofrimento alheio, mal remunerados ou sem honorários, eis o conjunto de atividades e de esforços individuais que estão contribuindo, construindo uma grande obra nacional; ampliando, aprimorando, modernizando os nossos hospitais; preparando e completando uma vasta e modelar rede hospitalar e assistencial para servir e satisfazer a todo o território nacional.

É a moderna Assistência, a Assistência pública e particular, sinônimo de organização hospitalar.

* * *

Êste curso que ora se inicia sôbre ser o primeiro intensivo, que realizamos, é o primeiro exclusivamente para Religiosas.

Até o presente, e desde 1933, mais de trinta dêstes cursos, intensivos ou *Institutes* foram realizados nos Estados Unidos e em várias cidades, sob o patrocínio de universidades, escolas, e associações, sendo um apenas dado em comunidade da língua latina, no território americano de Pôrto Rico até 1943.

Foi planejada a realização de três Cursos ou *Institutes* interamericanos de hospitais: o primeiro no México, o segundo em Lima, ambos já realizados e o terceiro será no Rio de Janeiro.

O nosso programa, obedecendo, entretanto, as normas e as linhas gerais dos cursos americanos, compreende desde o histórico da assistência médico-social a evolução das instituições hospitalares e para-hospitalares, até ao *hospital-moderno*; a legislação e tipos de administração pública ou particular; a classificação das instituições; a definição e terminologia referente a tudo que se relaciona com assuntos hospitalares, a fim de que possamos nos entender a respeito em tôda a vasta extensão do território nacional, usando a mesma linguagem técnica, facilitando destarte a colheita uniforme dos dados estatísticos.

Estudamos os diversos tipos de instituições hospitalares, desde o *hospital geral*, o *hospital-colônia*, o *hospital-escola* ou de *ensino*, até aos *hospitais especializados*, considerando cada um separadamente, individualmente; aprende o aluno os vários padrões de hospitalização e os modelos de instituições nosocomiais; inclusive a organização e administração da assistência para-hospitalar; policlínicas e clínicas isoladas, dispensários, ambulatórios, estâncias de cura (hidro minerais, balneárias e climáticas) até asilos, abrigos e albergues.

A classificação das instituições médico-sociais por nós instituída compreendendo a divisão hospitalar e a divisão para-hospitalar, obedece a uma graduação decrescente do *cuidados médicos* e crescente da *assistência social*.

Entre muitos ensinamentos com relação a edificações e instalações, o Curso advertirá preliminarmente que o planejamento de um hospital ou mesmo de qualquer instituição médico-social, construção nova ou reforma não é problema a ser resolvido somente pelo Arquiteto, ainda que se trate do mais notável da classe, mesmo que seja dos mais familiarizados com tais construções, porquanto já passou por julgado, entre as competentes e consagradas autoridades em assuntos de Organização e Administração Hospitalares, que o estudo inicial, o planejamento baseado na inspeção prévia do local, compete ao Consultor Hospitalar, especializado, que apresentará um relatório completo, que será o programa do novo hospital, minucioso, objetivo, com tôdas verificações e previsões possíveis, que vão desde o estudo da localidade, clima, meio social, riquezas, possibilidades futuras, até a escolha do terreno, bom ensoleiramento, ventos favoráveis, apazibilidade, os meios de comunicações, a economia na escolha dos materiais a usar e ainda outras condições peculiares.

O Relatório dêste trabalho inicial, que fôr realizado após entendimento com os primeiros interessados, seja diretoria, sejam financiadores de futura instituição, seja govêrno, se entrega a um Arquiteto ou firma de Engenheiros Construtores de preferência especializados em construções hospitalares, para o estudo do projeto, desde o esboço, que será apreciado em conjunto, até às especificações e orçamento. Começa, então, uma obra de constante colaboração até o final entre as três entidades interessadas. A Divisão de Organização Hospitalar, ao mesmo tempo que procura incentivar a especialização dos arquitetos e de construtores, preparou e está fornecendo, como modelo, o "*Questionário para inspeção prévia*", bem assim plantas de um *hospital geral-padrão, plano progressivo e flexível*, com 25 ou 50 leitos inicialmente até 300 leitos em futuro. Aconselha tipos de repartições internas para reduzir as grande enfermarias, fornece planos de reformas e modernização de antigas edificações, e tôda essa contribuição é dada a hospitais oficiais, santas-casas ou casas de saúde, a qualquer hospital, gratuitamente.

Seguindo, fielmente, essas normas, já vitoriosas nos países mais avançados na especialidade, a começar pelos Estados Unidos, se evitarão entre nós, os erros irremediáveis, e os projetos inviáveis e os prejuízos sem conta verificados em estruturas perdidas, em construções paralizadas ou várias vezes reformadas, alteradas, e defeituosas ao terminar. Tudo como consequência de projetos mal orientados inicialmente, sem a sistematização orgânica, via de regra, frutos das melhores intenções, quando não assinalam, lamentavelmente, uma vaidade ou um afoitamento, em que a ignorância, muita vez corre parilha com a presunção e com a imprevidência. Eis uma lição preciosa, de inapreciável valor e utilidade prática que êste curso, entre outras, nos ensina neste particular.

O programa do Curso inclui ainda certos problemas e atividades gerais de organização hospitalar nas comunidades, a cargo da repartição especializada, de associações ou outras entidades tais como o Censo e Cadastro das instituições que é fundamental para o estudo dos diversos planos, como, por exemplo, da Rêde de Hospitais Regionais, para um Estado ou País; dá norma para a verificação do custo do *doente-dia*, onde convier, para a classificação das instituições, determinação do que se chama índice de “ocupação hospitalar” numa região, cidade ou instituição, isto é, índice de internamento de doentes ou do número de leitos ocupados em relação aos existentes ou lotação do hospital, o que se expressa por certo percentual. A queda de “*índice de ocupação*”, dado que um certo volume de defesa é constante e irreduzível, denuncia a existência de uma crise econômica no funcionamento da instituição e mais sensível é ela se se trata de um hospital particular ou uma casa de saúde onde não deve haver *deficit*. A não ocupação dos leitos, assim como a superlotação, são fenômenos igualmente nocivos ao equilíbrio orçamentário da *receita e despesa*, refletindo-se no custo *Per-Capita* do doente, ou do doente-dia, em qualquer instituição. A êsses problemas se acha ligada de algum modo, a concessão de subvenções oficiais anuais, para manutenção, que devem ser condicionadas à base do custo do *doente-dia*, e determinado êsse auxílio segundo a eficiência e utilidade verificadas do hospital, de preferência à precariedade ou pobreza da instituição.

O curso estimulará iniciativas para a fundação e manutenção de *associações de classe*, de organização hospitalar, seja federal, estadual e municipal, bem assim de “*cooperativas*” e “*mútuas*” destinadas a garantir hospitalização de contribuintes ou sócios.

O curso elucidará êsses problemas e se ocupará ainda, particularmente, de revelar todos os segredos da administração hospitalar, conselhos e mesas administrativas, as funções hoje especializadas de Diretor ou de *Administrador*; desde a organização do corpo clínico, do corpo de enfermeiras, de dietistas, de anestesistas, de laboratoristas, o funcionamento da cozinha e da lavanderia. Especial cuidado merece até a parte econômico-financeira; o serviço de contabilidade e fichários, modelos e

balanços e de orçamentos, a constante previsão de receita ou rendas e da despesa quanto a pessoal e material; o contrôlo da renda e da organização importante da seção de Compras. A distribuição dos serviços Médicos e da Enfermagem, prima pela sua importância, eficiência e objetivos, entre os pontos do programa. Tratará das relações com o público e até como se fazem as compras para o hospital.

Com a Assistência Social ou Serviço Social, do Hospital, estudar-se-á a assistência espiritual ou religiosa, judiciária, cultural, educacional, recreativa e outras, prestadas ao doente ou à sua família, além dos benefícios diretos, ressaltando ao mesmo tempo os interesses do hospital contra possíveis exploradores para investigação sobre os recursos ou rendas do doente e família.

A D.O.H., indica a mais completa literatura sobre organização Hospitalar, em livros, folhetos, revistas que se acham à disposição dos interessados, para consultas na sua sede ou na Biblioteca do D.N.S., e oferece cooperação e colaboração, além de modelos de normas sobre os assuntos referidos.

* * *

Pelo bom caminho e com a lição dos erros do passado, estamos criando e precisamos multiplicar por todo o Brasil, esta nova especialidade, em novo conceito hospitalar, corporificada naquilo que se convencionou chamar o “*hospital moderno*”, o “*hospital padrão*”, confortabilíssimo, sem ser luxuosos; simples, mas completo no seu aparelhamento indispensável. Grande ou pequeno, geral ou especializado é o hospital para todas as classes, que recebe o doente mais ou menos afortunado, presta-lhe todos os cuidados médicos e sociais, em troca de uma contribuição razoável e proporcional. Só assim o indigente, o doente gratuito, terá o tratamento conveniente. Não deve haver medicina e cirurgia diferentes para o rico e para o pobre.

Eis também o programa da moderna assistência hospitalar, que precisamos implantar no país, consoante os novos modelos de organização e administração hospitalares, abrangendo: edificações, instalações, equipamentos, funcionamento, financiamento e assistência diversas, e igualmente nos domínios oficiais.

E como sempre, e cada vez mais, podemos todos cooperar nesta organização grandiosa, humanitária e patriótica? Pela *sistematização* e pela *especialização*, sobretudo aperfeiçoando cada um os seus conhecimentos, e trabalhando, sempre que possível, dentro do setor da sua especialidade ou de sua habilitação, no hospital. Este apêlo se dirige

muito especialmente às sras. *Irmãs e Religiosas* de tôdas as congregações, tradicionalmente beneméritas e devotadas à administração hospitalar.

* * *

Concluindo, ouçamos ainda a advertência do passado no exemplo do Santo Patrono das Obras de Caridade. S. Vicente de Paulo, de algum modo precursor, também, da orientação técnica e especializada.

A doença, a miséria, de maneira impressionante, assaltaram a choupana de um pobre na sua paróquia de Chatillon, lá pelo ano de 1617. O padre na missa de domingo apelou, com expressiva exortação, para o coração bondoso de seus fiéis, os quais, pressurosos encheram de alimentos e de outros presentes a casa necessitada, levando um conforto efêmero àquele lar numeroso, vítima do infortúnio. “*Grande caridade* exclama Vicente de Paulo, porém, mal praticada”. “*Charité bien grand, mais à coup sûr, mal réglée*”. E observa que, tendo hoje demasiado, como viverá amanhã, essa família? “*Ces pauvres leur manquerà?*” Felicidade de um dia!...

E ensinou, desta maneira, a técnica de como coletar a esmola e donativos, e de como aplicar, proveitosamente, os benefícios. Já não era esta uma preciosíssima lição de organização?

Fixou o Santo organizador um certo vocabulário e definições e normas especiais; estabeleceu determinação minuciosa e o regime de ordens escritas. Tudo isso, não revela, acaso, o espírito de *sistematização* na administração e padronização igualmente?

Cria a associação das “servas da pobreza”, aprovada pelo Arcebispo de Lyon. Tempos depois verifica que as damas da caridade, as Senhoras de sociedade, de Paris, confiavam a terceiras pessoas, sob pagamento, aquêlo piedoso ofício da assistência, que voluntariamente haviam assumido para exercer como devoção.

A substituição indevida desgostou a Vicente Paulo. E daí resultou a convocação daquelas modestas camponesas, que foram as primeiras Irmãs de Caridade; e dentre elas selecionou 3 ou 4 das melhores, das mais capazes, que já foram 12 no ano seguinte, em 1634; e as confiou a Luíza Marillac, procurando, assim, pela instrução, remediar, os inconvenientes da técnica improvisada. Não era isto, já evidentemente, o preceito da especialização?

Ontem e hoje, eis o mesmo conceito, a mesma prática, que se renova, que se completa, que se aprimora, que se consagra.

* * *

A vossa presença neste Curso, Senhoras Irmãs, confirma uma tradição católica e significa um nôvo e excelente progresso.

Ainda por isto, em meu nome, e em nome de todos os colaboradores para esta realização, que é o início de uma nova era hospitalar e assistencial em nosso país, portadora dos mais valiosos benefícios, congratulo-me convosco e agradeço a presença de cada uma de vós.

Confio, também, plenamente no valor e na eficiência de vossa contribuição para melhoria da Assistência médico-social entre nós, para a modernização de nossos hospitais, em prol da mais moderna organização e administração hospitalares. Sistematização! Padronização! Especialização!

PLANTAS, PROJETOS E CONSTRUÇÃO DE HOSPITAIS E ESTABELECIMENTOS PARA-HOSPITAIS

Pelo DR. DANIEL VALENTIM GARCIA (*)

SUMÁRIO – *Estudo do esboço, em colaboração com os interessados para confecção do projeto definitivo. Instalação da água e esgotos, gás e vapor, ventilação mecânica e condicionamento de ar. Instalação de eletricidade, rêsdes de rádio-recepção, intercomunicação em geral. Estudo, em colaboração, do equipamento e mobiliário dos vários serviços e seções. Padronização. Distribuição. Projeto definitivo. Especificação e orçamentos. Plantas e detalhes.*

Começaremos por dizer, a fim de esclarecer quaisquer dúvidas, que, apesar da Divisão de Organização Hospitalar ter planejado um sistema ao qual denominou “Hospital Padrão de Crescimento Progressivo”, não tem êle por objetivo estereotipar formas, fossilizar tipos, pois o hospital crescente e evoluindo constantemente, tal coisa seria, não só contra-producente, como de resultados negativos. O que entendemos e pretendemos é generalizar normas mínimas, sistematizar conhecimentos admitidos e estabelecidos como essenciais. Por exemplo: sabemos que uma enfermaria não deve comportar mais de oito leitos. É coisa estabelecida por todos os autores, alemães, italianos, americanos, etc.

Alguns propugnam por um mínimo de 7 leitos, 6 leitos e até de 4 leitos. É evidentemente, contudo, que nunca poderia ser tolerado um número de 15. Cada leito de adulto disporá de uma área mínima de 6m².

Na mesma situação dos exemplos citados se encontram, no hospital moderno, todos os seus serviços. Baseados nestes conhecimentos é que nos é permitido reorganizar uma sistematização.

Infelizmente em parte por dificuldades econômicas e em parte por reconhecimento da sistemática da organização hospitalar, a quase

(*) Arquiteto da Divisão de Organização Hospitalar

totalidade dos hospitais, e especialmente os situados no interior do país, carecem das mais elementares exigências de uma razoável organização. Não pretendemos fazer obra perfeita, mas, tão somente, colaborar para o levantamento das condições ambientes e, se de alguma forma para isto concorremos, nos daremos por satisfeitos.

Sendo o hospital um organismo vivo, constituindo obra de arquitetura e engenharia intimamente ligadas à sua função médico-científica, deveria ter, como ponto de partida do seu planejamento, um programa elaborado por comissão especializada ou consultor hospitalar ou técnico especializado. Esta comissão para um consciente e proveitoso trabalho, deverá estar munida dos elementos informativos completos. Surge aí, então, a necessidade da organização do “QUESTIONÁRIO” (1), que uma vez preenchido, fornece as bases sobre as quais se organizará o programa que dará nascimento ao projeto. População, natureza desta população, condições climáticas, insolação, ventos dominantes, planimetria e altimetria são, dentre muitos outros, os mais preciosos conhecimentos necessários. Consultado o questionário e feita a escolha do terreno é programado o hospital. O programa entregue ao engenheiro-arquiteto especializado que, tendo conhecimento da articulação dos diversos serviços inerentes ao hospital, irá dar forma ao corpo da construção futura.

Tôdas as informações obtidas por meio do questionário têm, então, ampla e total aplicação. A topografia e área determinarão a localização do bloco hospitalar no terreno, de forma a facilitar a construção do mesmo, tirando o melhor partido econômico e estético. A insolação, os ventos predominantes, a latitude e o grau de umidade local, irão determinar a posição das enfermarias. O número de leitos (função da densidade da população) determinará as dimensões do hospital.

Feito o esboço, de acôrdo com as normas do hospital moderno é submetido novamente à comissão consultora que, após discutir e sugerir as modificações julgadas necessárias, o remete novamente ao arquiteto, para o planejamento definitivo, o qual, terminado, não deverá sofrer nenhuma alteração, até o final da obra. Neste sentido se requer que, ao fornecer ao arquiteto os dados necessários à execução de seu trabalho, todos os elementos tenham sido cuidadosamente elaborados, examinados sob os vários ângulos de interesse particular a cada espécie de clínica, de per si do interesse de tôdas elas ligadas e trabalhando em conjunto. Desta forma se procederá com segurança e máximo rendimento técnico e econômico.

A circulação, determinando as distâncias entre os diversos serviços e a posição dos mesmos em relação à sua independência, é fator importantíssimo, e mesmo essencial, para o bom funcionamento e economia

(1) Vide modelo de “Questionário para a inspeção prévia” da Divisão de Organização Hospitalar.

de tempo e de esforço do pessoal que trabalha nos mesmos. Ao estudo preliminar do conjunto e, a seguir de cada um dos elementos isoladamente segundo êste critério, chamamos organização racional.

Recapitulando, verificamos que a marcha para a organização e feitura do projeto definitivo é a seguinte:

- 1.º Questionário.
- 2.º Escolha do terreno.
- 3.º Programa.
- 4.º Esbôço e anteprojeto.
- 5.º Projeto definitivo.
- 6.º Equipamento.

Quanto ao *questionário*, êste deverá atender, no mínimo às seguintes questões:

Classificação e finalidade da instituição.

Denominação.

Finalidade: Clínica geral, Clínica Cirúrgica, etc.

Financiamento e assistência: Se possui terreno. Quais os recursos de que dispõe, qual a natureza dêstes recursos.

Qual o destino, indigentes? Assistência Social? etc.

Dados referentes à localidade.

Climas: Úmido-Sêco?

Altitude? Temperatura?

Região que o nôvo hospital vai servir.

Densidade da população. Natureza desta. Condições sanitárias e econômicas da população. Doenças predominantes, etc.

Assistência médico-social. Hospitais e pessoal especializado existente.

Situação do terreno: Ventilação, insolação, ruídos, insetos, poeira, fumaças e outras nocividades, ou vizinhança incômoda.

Posição em relação ao núcleo de população: Zona comercial? Industrial? Residencial? Facilidades de acesso? Dispõe de rêde de esgôtos? Fôrça? Eletricidade? A que distância das mesmas se acha situada? É plano? É acidentado?

Construção: Facilidades de aquisição de material.

Pessoal técnico disponível. Mão de obra disponível.

Quanto à escolha do terreno:

Como vimos no comentário do questionário, a escôlha será dirigida pela resposta aos quesitos referentes á *Situação do terreno*.

Todos os itens dêste quesito são importantíssimos. A topografia, relêvo e dimensões do terreno, nos dirá se é possível, dentro das dimensões fornecidas, situar o hospital com o número de leitos de que necessita, caso as dimensões comportem, o relêvo o permitir em condições econômicas e técnicas satisfatórias.

O regime dos ventos e a orientação do hospital em relação a estes, requer cuidadoso estudo. Existem ventos maléficos e ventos benéficos. Posso citar aqui um exemplo dado pelo ilustre Dr. Ernesto Sousa Campos em uma aula do Curso de Organização e Administração Hospitalar deste Ministério, em 1943. Com muita propriedade disse este eminente médico, referindo-se a São Paulo:

“O vento sudeste (marítimo) é úmido e desagradável. Numa cidade em que as mudanças de temperatura são muito bruscas, podemos compreender quanto isto vai influir sobre o doente que se acha, naturalmente, em condições de menor resistência: sudeste frio e úmido, noroeste seco e quente”.

Ora, do ponto de vista geral, os ventos sudeste são de natureza salutar, portanto o exemplo é bem expressivo quanto ao cuidado que se deve ter a observar a orientação dos ventos, levando sempre em consideração os casos particulares.

Orientação: – Este é o principal problema ao se elaborar um projeto. Poderemos quase afirmar, *a priori*, que um hospital é mau, se está mal orientado, pois todos os seus serviços estarão irremediavelmente prejudicados. Três fatores devem ser levados em conta quando se tratar de *insolação* ou *insolamento* (Como querem outras) para diferenciar do sentido comum de *insolação*, *choque* devido ao sol:

- a) Número de horas de insolação nas diversas estações.
- b) Número de calorías-quilo por m^2 .
- c) Luminosidade.

O número de horas de insolação deve ser maior no inverno do que no verão, em que é menos necessário, o que dependerá exclusivamente da orientação dada ao hospital. Quanto ao número de calorías-quilo por metro quadrado, o mais preciso elemento para medir a eficiência da boa insolação, estudos deverão ser feitos por técnico competente, a fim de determinar o número de calorías-quilo absorvido por um metro quadrado do local previsto para a construção, durante o espaço de uma hora. Durante um mesmo o período de tempo podemos ter enormes diferenças de absorção de calorías-quilo, o que demonstra que a unidade hora, isto é, o tempo de insolação constitui um critério falho.

O excesso de insolação e de calorías-quilo é prejudicial da mesma forma que a sua falta. Sobre o assunto, leiam-se os trabalhos publicados pelo Dr. Paulo Sá, estudados no Brasil.

Luminosidade: – Ou a soma das intensidades luminosas do ambiente, conseqüência da insolação direta, da luz refletida e da luz refratada pela atmosfera, têm que ser considerada a fim de evitar ofensa ao órgão visual do doente, afetando-lhe o sistema nervoso. Todas as vezes em que a boa orientação do sol e dos ventos colidirem com o excesso de luminosidade, será previsto um sistema corretivo que, sem prejudicar a insolação e ventilação aconselháveis, remova os inconvenientes destes

excesso. Venezianas reguláveis, hoje em dia de uso corrente, ou dispositivos semelhantes, satisfazem esta exigência nos hospitais modernos.

Ruídos: – Sendo o hospitalizado um indivíduo orgânicamente depauperado, de nervos super-sensíveis, deve-lhe ser evitado todo e qualquer choque que possa concorrer para agravar o seu estado e os ruídos, principalmente os agudos e estridentes, estariam enquadrados dentre às coisas a se evitar. Nunca se localizará um hospital em logradouros de grande movimento ou próximo a outros ruidosos. E, sua posição em relação o núcleo de população, na proximidade de fábricas, oficinas, escolas, casas de diversões etc., tem que ser rigorosamente eliminada. São vizinhanças incômodas e trazem inconveniências facilmente perceptíveis pois entre as desvantagens dos ruídos, outras graves se reúnem como fumaças, poeiras, insetos transmissores de micróbios agentes de várias moléstias.

Isto não quer dizer que todos os hospitais dever ser levantados fora das cidades, caso a tuberculose e a lepra e que são de longa permanência para os doentes. Mas, quando um hospital é munido de clínica geral, pronto socorro e ambulatório, etc., admite-se a sua utilização intensa pela população local, e é lógico que, sem afetar os requisitos imprescindíveis à sua higiene e tranqüilidade, o coloquemos em lugares de fácil acesso, ligados o mais diretamente possível ao centro populoso na preocupação de se evitar transtornos decorrentes dos meios escassos de condução, principalmente nas pequenas cidades do interior, e onde há dificuldade para transportar os doentes e acidentados.

Procuremos, portanto, colocar o hospital em um ponto médio razoável. Nem muito prejudicado pela vizinhança, nem também isolado do núcleo de população.

Construção: – As facilidades e dificuldades que o local escolhido possa acarretar para a execução desta, têm que ser pesadas com o devido cuidado, pois poderão influir funesta ou benêficamente. Se não, vejamos: Lugares existem em que se encontra a matéria prima (tijolos, areia, cimento, pedra, madeira, etc.), mas em que há carência absoluta de mão-de-obra e de profissionais e técnicos habilitados, tais como pedreiros, carpinteiros, estucadores, armadores de ferro, construtores, engenheiros arquitetos, etc. Ora, nestes casos, á a necessidade de contratar o pessoal por preço excepcional, em virtude de se terem deslocado de seu meio habitual, e acarretando comumente, além disto, a obrigação, por parte do contratador, de garantir-lhes alimento e moradia. É óbvio que nestas condições o custo da mão-de-obra será anti-econômico e sômente motivos muito fortes justificarão semelhante escolha de local. a outra hipótese, falta de matéria prima, sendo um inconveniente, é contudo menos grave, salvo se a região fôr destituída dos meios comuns de transporte: Estrada de ferro e de rodagem.

A assistência de técnicos especializados, *consultores*, arquitetos, engenheiros, calculistas e instaladores é indispensável. Na impossibilidade desta assistência permanente deverá existir, pelo menos, a supervisão dos mesmos.

A Divisão de Organização Hospitalar, sentindo as dificuldades de assistência técnica encontrada por muitos dos que desejam melhorar as condições hospitalares de regiões afastadas dos recursos que se encontram nos grandes centros, procurou minorar esta situação, criando e organizando uma sistematização que permita, em tempo útil, atender aos que solicitem o seu auxílio. É neste sentido que o nosso chefe e amigo Dr. Theophilo de Almeida tem empregado todos os seus esforços, viajando por países de adiantada cultura científica e recorrendo ao estudo de autores especializados e de forma mundial, adaptados seus conhecimentos e desenvolvendo-se por meio desta Divisão, programando assim, necessidades hospitalares do nosso país.

Instalações: – Os princípios exigidos para uma perfeita instalação de água, esgoto, gás, eletricidade e ar condicionado em qualquer edificação, são também aplicáveis aos hospitais modernos; porém, em conseqüência de sua função especializada, temos que atender a certos requisitos que lhes são peculiares.

Água: – O abastecimento de água, como em tôda a construção será proporcional ao consumo, sendo porém, neste caso, muito abundante.

Esgoto: – Os coletores serão proporcionais ao número de leitos levando em conta o alto consumo de água e os dejetos provocados pelas intervenções cirúrgicas, curativos, materiais, graxas, etc. Na ausência de rês de esgoto, deverão ser instaladas fossas assépticas, de preferência por firmas especializadas, que lhes garantam o perfeito funcionamento.

Instalação de gás: – Devem ser previstas para as cozinhas, copas, laboratórios, salas de operação e de esterilização, fisioterapia e farmácia. As tomadas de gás serão determinadas no projeto de acôrdo com a localização do aparelhamento que delas se utilizar.

Instalação elétrica: – A principal preocupação de ordem especializada que deve existir na iluminação de um hospital é a de evitar reflexos, para o que serão estudados os tetos, as paredes, os pisos, a fim de determinar o tipo e a intensidade de luz convenientes a cada local. As côres serão coordenadas de forma a produzir efeitos suaves. A luz deve ser suficiente para proporcionar rápida visibilidade, porém sua difusão será de molde a atenuar o brilho dos focos luminosos e ser cômoda, fisicamente e convidativa à serenidade mental. De um modo geral, devem ser evitadas as superfícies brilhantes e de côres excessivamente claras, por serem demasiadamente refletoras. O branco 100% é condenável. As rês de rádio-recepção e intercomunicação, poderosos auxiliares, sobretudo nos grandes hospitais, devem ser estudadas em completa comunhão com a organização da administração sendo, como são, colaboradores das mesmas.

Ventilação mecânica e ar condicionado: – Certos locais do hospital, pela natureza de seu trabalho, têm o seu grau de umidade e de temperatura alterados. Tal, por exemplo, o caso das cozinhas. Êste mal é corrigido pelo uso em pontos indicados previstos no projeto, de exaustores cuja potência é calculada a fim de restabelecer as condições normais no ambiente pela renovação contínua do ar.

Ar condicionado: – Estas instalações representam inúmeras vantagens para o hospital que as possui, decorrendo tôdas das duas características de uma boa instalação dêste gênero; fixação do grau de umidade relativa e da temperatura média.

Sabido, como é, que o organismo humano é tanto mais sensível ao calor ou ao frio quanto mais úmido se encontra o ambiente que o envolve, é claro que se fixarmos êste grau de umidade relativo ao nível que lhe é propício, lhe proporcionaremos bem-estar físico. Se a isto acrescentarmos uma temperatura conveniente, estaremos fixando as condições ideais. Ora, se constatamos êstes fatos para as pessoas cujas condições de saúde são normais, com maior razão obteremos bons resultados para aquelas que se encontram doentes. Se estas vantagens já não fôssem suficientes, ainda poderíamos acrescentar diversas outras, como sejam: a ausência quase absoluta de poeira, a maior garantia no funcionamento dos aparelhos para regular a umidade e a temperatura de acôrdo com as prescrições clínicas nos vários compartimentos de um mesmo hospital.

Infelizmente o elevado custo da instalação e da conservação dêstes aparelhamentos, tem dificultado a sua generalização, como seria de esperar.

Ar comprimido: – Ê utilizado nos centros Cirurgicos, nos laboratórios, nos gabinetes dentários, salas de fisioterapia, e nas cozinhas, devendo ser previstas as canalizações que os distribuam por êstes serviços.

O vapor tem aplicação como agente mecânico e como agente terapêutico, nos grandes hospitais a sua produção deve ser central, sendo canalizado para os diversos fins a que se destina. As canalizações, neste caso, têm que ser protegidas por material isolante para evitar qualquer perda de calor, o que acarretaria a condensação.

Equipamento e mobiliário: – Tem que ser previsto quando se elabora o projeto de um hospital, pois as suas dimensões e posições relativas irão influir no funcionamento do mesmo. Ao situar uma cama numa enfermaria devemos saber como será aquela isolada de forma a não sacrificar o doente; como se fará a circulação dentro da enfermaria sem prejuízo do serviço da mesma. O que aí se verifica, se verificará também na sala de cirurgia, na fisioterapia, e em tôdas as outras. No laboratório cada peça do equipamento e do mobiliário tem por assim dizer, a sua situação ideal, de acôrdo com o uso e a função. Com respeito ao equipamento todo o cuidado será pouco, pois uma grande parte do mesmo

é fixado no edifício, tal como no caso dos autoclaves, de muitas peças de fisioterapia e a quase totalidade do aparelhamento das cozinhas.

Padronização: – Depois que conhecemos os inúmeros problemas que se apresentam ao elaborarmos o projeto de um hospital, sentimos a conveniência da padronização dos elementos básicos que entram na sua composição e da sistematização da sua distribuição. Poderíamos sintetizar a sistematização da Divisão de Organização Hospitalar nas seguintes características: O hospital tem um corpo central que é constituído dos serviços gerais. As enfermeiras se justapõem à direita e à esquerda deste corpo, em posição desencontrada, a fim de evitar a formação de zonas mortas de insolação, permitindo desta forma o crescimento progressivo do hospital. A circulação vertical é obtida por meio de rampas para prover ao fácil acesso das macas, na falta de elevadores. (1).

As especificações devem se referir à natureza dos materiais quanto às suas características como matéria prima em geral; aos materiais fornecidos especialmente para o hospital (aparelhos sanitários, esquadrias, elevadores etc.), e ao modo de execução dos serviços. Em suma, serem completas e minuciosas, contendo, com especial destaque, as instalações e o equipamento.

Orçamentos: – Devem ser baseados nas especificações, detalhados ou feitos especialmente para o hospital que se tem em vista construir e nunca, em hipótese alguma, generalizados.

O critério do custo por metro quadrado, muitas vezes utilizado como elemento de apreciação do custo geral, é grosseiro e inteiramente falho. Varia para cada região ou local.

Plantas e detalhes: – Tôda construção deve ser detalhada, e o hospital, dada a sua complexidade, mais do que qualquer outra.

(1) Vide “Hospital padrão progressivo e flexível”, plano estudado pela D.O.H., para orientar, ou facilitar projetos de hospitais regionais

HOSPITAIS ESPECIALIZADOS E SUAS CARACTERÍSTICAS

Pelo DR. JOSÉ AMÉLIO (*)

SUMÁRIO – Características dos Hospitais de Isolamento, para doenças transmissíveis agudas. Hospitalização e tipos de instituições para tuberculosos, para doentes de lepra, de câncer e para doentes mentais e nervosos. Maternidade e berçários. Hospitais de crianças ou de clínica pediátrica. Serviços de Pronto Socorro ou hospitais de traumatologia-ortopedia. Hospitalização e assistência em tempos de guerra.

CAPÍTULO I

Sômente com as conquistas da bacteriologia pôde ser estabelecida em bases sólidas a noção da contagiosidade de certas doenças.

A hipótese da existência de pequenos seres contagiosos já tinha sido aventada na idade antiga. "Marcos Terentius Varro (nascido no ano 116 antes de J. C.) opinava que o ar dos pântanos era nefasto por achar-se impregnado de animálculos que penetram no nariz e em todo o corpo" (F. Paulsen).

Leeuwenhock (1632-1723) penetrando no mundo microscópico desvendou o terreno de microparasitismo e com isto abriu o caminho para uma nova era.

Teorias então reinantes como a dos "miasmas" e da geração espontânea impediram aos cientistas de então, ver a verdade. Muitas lutas e discussões se levantaram.

Mural (1645-1733) mestre de anatomia em Zurich, já nos primeiros tempos de microscopia suspeitava como muitos outros, da existência de certas bactérias de pigmentação, que deram origem a estudos de maior transcendência, como sucedeu com o "bacilos prodigiosus" que mereceu estudos exaustivos de Ferdinand Cohn, Schroeter. Ehrenborg e outros.

(*) Diretor do Sanatório Azevedo Lima, Niterói, Est. do Rio.

Os estudos de Robert Koch (1843-1910) criando novos métodos de cultura e descobrindo novos agentes microbianos, e os estudos de Pasteur (1822-1895) com relação à epidemia que devastava as criações do bicho da sêda foram decisivos no encaminhamento das descobertas que haveriam de dar como resultante a ligação de causas e efeitos da transmissibilidade das infecções pelos agentes microbianos, e a especialidade na produção das enfermidades.

É longa a história, árdua a luta e muitos os protagonistas, que nela tomaram parte, até a constituição definitiva do moderno edifício, sólidamente construído das doenças infecto-contagiosas, sua profilaxia e tratamento.

Os hospitais de isolamento devem ser construídos atendendo à necessidade de internar os pacientes afetados de moléstias infecto-contagiosas e tendo em vista os índices de mortalidade e morbidade dessas mesmas moléstias.

Assim, existem razões principalmente de ordem sanitária que comandam a instalação desses hospitais, pois que o isolamento é das práticas mais acertadas na luta contra as doenças transmissíveis.

TIPOS DE HOSPITAL

Os hospitais gerais diferem grandemente daqueles destinados exclusivamente às doenças transmissíveis, não somente em sua construção, como ainda no pessoal hospitalar, técnicas usadas, custo do doente por dia, etc.

A construção deve satisfazer determinadas condições que possibilitem o isolamento dos doentes e a prática das medidas de desinfecção indispensáveis e tendentes a evitar não somente as infecções entre os próprios pacientes como ainda a transmissão das enfermidades ao pessoal hospitalar. A Divisão de Organização Hospitalar do Ministério da Educação e Saúde estudou e elaborou um hospital ou pavilhão de isolamento padrão para agudos.

* * *

De preferência cada alojamento de doente deve ser individual; entanto casos há em que os mesmos podem ser utilizados para dois (2) leitos e ainda pequenas enfermarias de quatro (4) leitos. Deve ser feita cuidadosamente a localização de enfermos portadores de infecção idêntica na mesma enfermaria. Essas dependências podem ser ainda divididas em boxes envidraçados, de preferência para alojamento de crianças. Cada alojamento deve ter, à entrada, seu aparelhamento de desinfecção e sanitários próprios. Facilidade de *lavabos* e desinfecção devem existir nos corredores.

Deve haver tambores nas entradas do hospital e telas nas janelas. As portas para o corredor devem ser parcialmente envidraçadas para facilitar a vigilância.

DOENTES

Três tipos de doentes receberão cuidados nesses hospitais *suspeitos*, *agudos* e *convalescentes*. Para cada uma dessas espécies de pacientes devem existir serviços próprios onde possam ser atendidos convenientemente, até aclarar o diagnóstico dos suspeitos, a terminação do tratamento dos agudos e a alta definitiva dos convalescentes.

PESSOAL HOSPITALAR

Se o pessoal técnico dos hospitais gerais deve ter conhecimentos básicos e idoneidade profissional para atender aos serviços e orientar a sua execução, com mais razão essa capacidade técnica deve ser exigida ao máximo para todos aqueles que lidam com doenças infecciosas, não só porque os doentes portadores dessas infecções requerem cuidados e atenções especiais como ainda para que o próprio pessoal hospitalar não seja acometido ou se torne em vectores das mesmas infecções que ali se combatem.

* * *

Muitas técnicas têm sido usadas com o fim de evitar a propagação das infecções, quer sejam de uma enfermária ou quarto a outra, quer seja do interior para o exterior do hospital, quer seja ainda do exterior para o interior.

Com êsse objetivo muitos hospitais têm alojamento para o pessoal dentro do próprio serviço, e além disso cada serviço é pintado de uma determinada cor, usando pessoal encarregado, roupas com as mesmas cores dos serviços em que trabalham.

Não deve haver visitas e quando estas não se possam evitar, não devem os visitantes penetrar nos alojamentos, e a visita nesse caso ficará do lado de fora da porta envidraçada, não entrando em contato com os doentes, os quais podem ver e serem vistas através dos vidros, ou se comunicar por meio de intercomunicação telefônica ou de alta voz, de galeria exterior, de preferência.

Ao serem admitidos doentes sem diagnóstico positivado, estes devem ficar em quartos individuais anexos ao Departamento de Admissão, de onde passarão para os serviços respectivos, de acordo com as enfermidades que forem portadores.

SERVIÇOS AUXILIARES

Os hospitais de contagiosos devem ser providos de todos os serviços auxiliares indispensáveis, tais como: laboratórios, Raios X, farmácia, etc., não se falando nos serviços cirúrgicos que não devem faltar em um bom hospital.

Em casos de epidemia de determinada doença, tal como a febre tifóide, e não havendo hospital com o número de leitos suficientes, podem ser improvisados isolamentos de emergência em prédios adaptados e que nestas condições, não poderão contar com todos os serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento de um bom hospital, mas que no entanto, embora se tratando de isolamento de emergência deve ser adotado do equipamento indispensável, sendo mesmo de rigor, ainda neste caso, o emprêgo dos cuidados de assepsia e prevenção.

MÉTODOS DE ISOLAMENTO NO HOSPITAL

- 1.º – Isolamento de doentes em pavilhões especiais.
- 2.º – Isolamento de doentes em boxes individuais.
- 3.º – Isolamento em segmento de pavilhão.

O isolamento individual é o melhor e é o que deve ser executado. Não só dá melhores resultados como ainda é mais prático e econômico.

Os três pontos capitais para o isolamento segundo Grossi:

- 1.º – Construção apropriada
- 2.º – Pessoal idôneo.
- 3.º – Técnica adequada.

A localização do hospital constitui o primeiro problema.

Isolamento não deve significar afastamento ou degedo...

Dois (2) caminhos a seguir para a instalação de isolamentos:

- 1.º – Construção de Hospitais independentes para infecciosos.
- 2.º – Construção de dependências ou pavilhões anexos aos *Hospitais gerais*.

Esta segunda solução é a melhor, não só do ponto de vista da economia, como ainda para o ensino, administração, eficiência, etc.

Nas grandes cidades justifica-se a construção de hospitais de isolamento, pois há sempre oportunidade: de ocupação de seus leitos, o que não acontece nas pequenas cidades, a não ser em épocas de epidemias.

A instalação de serviços de isolamento em hospitais gerais, quer seja construindo pavilhão anexo ao hospital quer seja utilizando um pavimento ou secção do mesmo hospital, só pode trazer vantagens. Além de facilitar a internação e isolamento dos casos de diagnósticos duvidosos e que venham a se positivar depois de internado o paciente, possibilita o tratamento e isolamento de outros doentes já internados por outras afecções e que venham a ser acometidos de doença infecciosa aguda bem como aos próprios funcionários, médicos, enfermeiros, etc., do próprio hospital.

A única coisa a se exigir, quer se trate de Hospital especializado, quer se trate de pavilhão anexo ou serviço funcionando dentro do hospital geral, é a questão da idoneidade e técnica do pessoal e o rigor na prática da desinfecção e dos cuidados de profilaxia.

Quando o serviço funciona dentro do hospital geral, êsse serviço deve ter o seu pessoal exclusivo, suas instalações e equipamentos próprios.

Embora devesse ser de rigor o isolamento hospitalar dos casos infecciosos agudos nem sempre isso se dá devido em grande parte a insuficiência de leitos para êsse fim, como ainda a precariedade das instalações existentes, o que torna muitas vezes difícil a internação sem coação.

Na maioria dos casos não se consegue ir além de 80% de internações nos casos conhecidos. Isto tratando-se de febre tifóide e paratifóide.

Para outras não se consegue mais de 30 a 40% – como é o caso do sarampo, escarlatina, difteria, etc.

CAPITULO II

Hospitalização e tipos de instituições para tuberculosos, para doentes de lepra, de câncer e para doentes mentais e nervosos

TUBERCULOSOS

Atualmente são usados 3 tipos de hospitais para tuberculosos: sanatórios, abrigos e pavilhões anexos às Santas Casas. Os dois primeiros tipos já estão sendo usados há muitos anos, entretanto, a introdução do terceiro, isto é, dos pavilhões anexos às Santas Casas, só agora está se fazendo, entre nós, graças aos esforços e à sábia orientação que o Prof. Samuel Libânio vem imprimindo à direção do Serviço Nacional de Tuberculose, o qual desde que assumiu a direção do referido Serviço vem enfrentando êsse problema, procurando dar-lhe solução adequada e econômica, pela construção de grandes Sanatórios nas capitais e pavilhões anexos às Santas Casas do interior do País.

Os *pavilhões anexos* resolvem o problema da internação dos tuberculosos nas cidades do interior, onde não seria exequível a construção de sanatórios médico-cirúrgicos, estabelecimentos de custo elevado e de manutenção onerosa.

Ficando êstes *sanatórios médico-cirúrgicos* localizados nas capitais, podem entretanto, atender não sômente aos doentes das próprias Capitais como ainda àqueles do interior, necessitados de tratamentos especializados que não possam ser realizados nos respectivos pavilhões ou hospitais.

Êsses pacientes são enviados aos Sanatórios onde se submetem aos tratamentos necessários e logo que possível retornam ao seu pavilhão se fôr preciso continuar o tratamento, se possível êsse tratamento no referido pavilhão.

Os *abrigos* são estabelecimentos mais modestos do que os sanatórios médico-cirúrgicos, com menor equipamento e instalações mais modestas, prestando porém relevantes serviços na assistência aos tuberculosos e isolamento daqueles casos já avançados, que não possam mais se beneficiar do Sanatório.

Qualquer que seja o estabelecimento para tuberculosos não deve fugir à técnica geral empregada no trato dos contagiosos.

O pessoal hospitalar deve ser preparado convenientemente para a perfeita execução dos serviços e sua preservação da enfermidade.

Os doentes bacilíferos deverão ser separados daqueles que já estejam ou sempre tenham sido abacilíferos, ou como se poderia dizer por outras palavras, os casos “abertos” dos casos “fechados”.

Os doentes devem ser convenientemente examinados à admissão a fim de impedir a entrada de pacientes portadores de outras afecções sem ser tuberculose.

Todo o material de uso dos doentes deve ser escrupulosamente esterilizado, quer se trate de material de copa, roupa, ou outro qualquer.

O pessoal hospitalar deve ser periódicamente examinado, e afastado do serviço todo aquêle que apresentar qualquer indício de enfermidade.

Aos doentes em período de convalescença deverá ser proporcionado um trabalho adequado para a readaptação do mesmo, tendo em vista o seu regresso ao meio da sociedade, facilitando destarte o seu reajustamento.

Os hospitais deverão ser convenientemente aparelhados, com equipamento de raios X, salas de operações, laboratórios de análises, anátomopatologia, salas para culturas e inoculações, bem como os demais serviços comuns a todos os hospitais, tais como cozinha, almoxarifado, lavanderia, fôrno para incineração de lixo e equipamentos especiais, tratando-se de hospital de contagiosos, tais como: autoclaves para esterilização de material de copa, roupa, enceradeira, aparelhos para lavagem, etc.

No plano da construção deve ser previsto um certo número de varandas, galerias de cura, salas de jogos e diversões, biblioteca, etc.

É necessário proporcionar aos pacientes, distrações e recreios, para amenizar um pouco a sua reclusão, tornando-a mais suportável ao mesmo tempo por efeito psicológico, moral, os doentes se sentem mais confortados, o que auxilia a cura, sempre demorada.

Sessões de cinema quando possível, são um passa tempo agradável e útil.

DOENTES DE LEPROSA

A lepra é como a tuberculose, em geral de marcha crônica porém em uma característica que às vezes se manifesta em certas formas, nervosas ou mutilantes, tornando incapaz o paciente. Não impede, entretanto, certa atividade física por parte daqueles menos atingidos pelo mal.

Desde remota antiguidade existe a lepra, e, sempre causou horror, tanto assim que os leprosos, em tempos idos, eram obrigados a dar sinal por meio de matracas que levavam consigo, avisando, assim, aos sãos, que se afastavam ou fugiam à sua passagem.

Os tempos mudaram e hoje se as deformidades causadas pela moléstia ainda causam horror àqueles não afeitos a êsses quadros, entretanto já tais doentes são olhados com mais carinho e comiseração e tratados com os cuidados que merecem como entes humanos que são.

A internação e o isolamento dos doentes se faz em hospitais-colônias onde são instalados em casas, embora modestas, porém com o conforto indispensável, e com os demais membros de sua família que também estiverem atacados da mesma enfermidade.

Aí podem se dedicar a trabalhos de várias naturezas compatíveis com o seu estado, em sociabilidade relativa, afastado do convívio dos sãos, sendo retribuído qualquer trabalho executado.

A vida em colônias ou leprosários, ameniza um pouco o desgosto de quem se vê segregado da sociedade, muitas vezes até o fim de seus dias.

Ao mesmo tempo os doentes têm a assistência e os cuidados médicos de que carecem e podem se tornar elementos úteis pelo trabalho que realizam. As edificações típicas, além das residenciais, nos leprosários são as seguintes: Portaria isolada, parlatório, triagem e observação, policlínicas ou ambulatório interno, incluindo laboratórios, farmácia, etc., hospital, cinema, teatro, igreja, clubes desportivos e campos, caixa beneficente, Prefeitura, lojas comerciais diversas, barbearias, etc. Vida de uma pequena cidade do interior com maior conforto. Os preventórios ou preservatórios são estabelecimentos onde são recolhidos os filhos dos leprosos, não afetados pela enfermidade, e onde são convenientemente cuidados, examinados periodicamente e educados.

As sociedades de assistência aos lázaros, de que temos várias, têm contribuído grandemente, auxiliando o govêrno, nessa obra de beneme-

rência que é assegurar às famílias dos doentes os cuidados e assistência que necessitem.

Idênticamente os filhos dos tuberculosos, não afetados de tuberculose, são recolhidos a estabelecimentos desse gênero e devidamente assistidos, por profissionais competentes, e onde lhe são ministrados a par dos cuidados médicos, a instrução necessária por professoras diplomadas. É um serviço social para-hospitalar do mais completo e aprimorado que possuímos no Brasil.

Notas – Visitar, no D.F., o Hospital-Colônia de Curupaiti e o Preventório Santa Maria.

CÂNCER

As instalações para tratamento e hospitalização dos casos de câncer necessitam aparelhagem especial não somente para o diagnóstico preciso e precoce como ainda para o tratamento dos casos confirmados.

Além de laboratórios completos para exames das peças operatórias e fragmentos de tecidos retirados por biopsia, instalações de radiodiagnóstico e demais elementos diagnósticos, torna-se necessário dotá-lo dos elementos de tratamento que hoje têm dado provas de eficiência, não somente pela descoberta de novos, como ampliando a capacidade dos antigos. Assim é que já estão sendo usados aparelhos de radioterapia penetrante com alta capacidade de 1.000.000 de volts, e a descoberta recente do rádio veio ampliar as possibilidades de tratamento.

Nem todos os pacientes afetados pelo câncer necessitam internação para seu tratamento, podendo muitos deles fazer ambulatoriamente esse mesmo tratamento.

Essa possibilidade fêz com que se tornasse necessário equipar melhor os ambulatórios para atender a essas necessidades.

O diagnóstico da enfermidade em início é fator decisivo para o êxito terapêutico. Também nesse sentido devem os ambulatórios concorrer grandemente possibilitando com equipamento adequado e pessoal técnico competente esse diagnóstico em tempo oportuno de terapêutica eficaz.

Não precisamos falar na necessidade da especialização do pessoal, médico e não médico, o que se torna óbvio dadas as multiformes características com que a enfermidade se apresenta, e as várias formas de terapêuticas empregadas.

Os Estados Unidos vêm desenvolvendo uma campanha tenaz contra o câncer, multiplicando-se os centros de diagnóstico e tratamento, para atender ao crescente número de casos que têm surgido ultimamente, e cada qual com equipamento mais perfeito e possante. Basta dizer que um desses centros, o "Memorial Hospital", de Nova Iorque, com capacidade de 170 leitos, possui nada menos de 14 aparelhos para radioterapia-

pia penetrante sendo que um dêles de 1.000.000 de volts., e o “Chicago Tumor Institute” possui uma “bomba” de radium com 10 gramas dêsse elemento.

Entre nós pouco se tem feito nesse sentido. Poucos serviços esparsos nas capitais, e com pequenas possibilidades terapêuticas. Mario Kroeff, notável cirurgião e cancerologista patricio, diretor do Instituto do Câncer, tendo visitado recentemente os Estados Unidos, trouxe de lá certa quantidade de radium e ao que consta, o Governô cogita de adaptar o Hospital da Fundação Gaffrée Guinle para serviço exclusivo do câncér.

DOENTES MENTAIS E NERVOSOS

Os pacientes afetados de doenças mentais e nervosas se muitas vêzes não necessitam internação, podendo tratar-se ambulatôriamente, outras vêzes a internação torna-se obrigatória devido aos perigos que pode acarretar a conservação em liberdade de certos pacientes e pelos desatinos que podem cometer.

O serviço de neurologia pode, e com vantagem, ficar em hospital geral com seu respectivo ambulatório. Além disso todo hospital geral deve ter um ou mais quartos devidamente preparados para receber agudos e destinados a atender a algum caso que ocorra dentro do hospital e enquanto aguarda a remoção para hospital especializado.

A hospitalização dos mentais é feita com vantagens em hospitais-colônias e aí muito dêles se dedicam a tarefas várias sob a orientação e assistência de médicos especialistas.

O trabalho constitui mesmo em certos casos uma modalidade de terapêutica, a laboraterapia.

As colônias de psicopatas devem ser instaladas e equipadas convenientemente de maneira a poder proporcionar o tratamento e assistência necessários.

Convém frisar aqui a necessidade de separar os casos agudos em pavilhões ou secções especiais, o que geralmente é feito, com técnica especial, enquanto êsse período da enfermidade durar. Em outros casos impõe-se o isolamento por intercorrência de processos contagiosos.

Para atender a êsses casos, isto é, mentais agudos e contagiosos, o hospital ou colônia deverá estar aparelhado convenientemente.

No caso de mentais agudos deverão ficar em secções ou pavilhão especialmente preparado para êsse fim. Essa secção ou pavilhão deve ter portas características e instalações especiais. Assim é que as janelas não devem ser as comumente usadas, bem como as portas. O leito deve ser fixado, inteiriço, bem como tôdas as peças e instalações devem ser de tal maneira instaladas e com material de tal natureza que não possa ser fragmentado e utilizado como instrumento de agressão.

O hospital deverá dispor de pessoal especializado e facilidades para o emprêgo da moderna terapêutica, pela malária, electrochoque, cardiazol, insulina, etc.

A vigilância deve ser rigorosa e permanente, resultando disso a necessidade de grande número de funcionários, para poder atender ao serviço.

Uma boa administração em uma colônia, seja de leprosos ou psicopatas pode baixar o custo dos doentes, pelo aproveitamento dos serviços daqueles capazes de executá-los.

A D.O.H. estudou dois tipos de hospital-colônia, cujas plantas padrões estão à disposição dos interessados.

CAPÍTULO III

MATERNIDADE E BERÇÁRIOS HOSPITAIS DE CRIANÇAS OU DE CLÍNICA PEDIÁTRICA

Tratando-se de maternidade surgem questões, relativas à localização, comuns a outros tipos de pacientes.

Deve ser construído um edifício especialmente para êsse fim, ou devem as maternidades ficar em hospitais gerais?

Não vemos a necessidade imperiosa de ser construído edifício especialmente para maternidade. Essa medida não é prática nem econômica. Situada em anexo do hospital geral e com ambulatórios e serviço de pré-natal os serviços serão mais eficientes e econômicos. O que é necessário, isso sim, é que tenham o seu pessoal próprio e relativa independência dêsses serviços, podendo entretanto utilizar-se dos serviços gerais do hospital.

Assim situadas as maternidades poderiam atender às parturientes de vários bairros em que estivessem situados os hospitais, sem necessidade de transportes e grandes distâncias e de despesas com outra Administração.

Um bom ambulatório com serviço externo de partos a domicílio poderia reduzir de muitos os casos de internação. Dêsse modo se poupariam os leitos que ficariam reservados aos casos de partos complicados ou cirúrgicos.

A maternidade deve ter acomodações próprias e necessárias tais como: salas de trabalho, parto e pós-parto, bem como quartos de isolamento para infectadas. Sala de distração e leitura. Sala de trabalho-passa-tempo. Cirurgia própria se convier.

A secção de infectadas deve ficar isolada completamente da de não infectadas e deve além disso ter seus serviços e equipamento próprios e até mesmo o pessoal subalterno, cuja prática de assepsia não possa ser garantida não deve ter interferência nas outras secções.

Tudo o que foi dito com relação ao isolamento e as técnicas tem cabimento aqui.

O isolamento deve ser perfeito, não somente das parturientes infectadas das demais não infectadas, como, também, das criancinhas.

Não deve haver o menor contato de mães infectadas com crianças e mães não infectadas.

O berçário é indispensável nas maternidades, e não é preciso encarar a vantagem dessa medida no que toca aos cuidados de assistência e prevenção das infecções.

Tôdas as medidas de prevenção e contrôle das infecções devem ser tomadas, impedindo a entrada das mesmas nas maternidades e evitando a sua disseminação quando já tenham entrado.

Para as gestantes já infectadas deverá existir uma sala de parto especial para onde devem ser conduzidas, e não para a sala asséptica.

Os ambulatórios e postos pré-natal facilitam êsses diagnósticos prévios e quando não tenha sido feito anteriormente o exame deverá ser realizado à admissão.

Os casos de sífilis e tuberculose devem ser conhecidos e isolados, quando descobertos a tempo e tratados convenientemente.

Depois de admitida e preparada, quando se inicia o trabalho, a paciente é conduzida à sala de trabalho. Esta sala deverá ser provida dos lavabos e tudo o que fôr necessário para a assépsia. Chegada ao término do trabalho é conduzida à sala de parto.

A técnica da assepsia na sala de partos deve ser rigorosa. Tão rigorosa como para qualquer grande intervenção cirúrgica.

O recém-nascido requer cuidados especiais para o cordão, pele, olhos, bôca, naso-faringe.

Depois de terminado o parto a paciente é conduzida ao quarto ou *enfermaria de puérperas* e a criança ou o recém-nascido ao berçário.

Uma sala para prematuras, é necessária, perfeitamente equipada com incubadoras e demais materiais, inclusive aparelhos de respiração artificial.

Na seção de infantes deverá presidir o máximo asseio e assepsia, devendo como a das parturientes ser dividida em parte pura e parte infectada, com os respectivos boxes para isolamento, e onde se obedeça a técnica geral dêsses casos. Pequenas celas envidraçadas, etc.

Como medida preventiva as visitas às secções de crianças não serão permitidas, bem como as puérperas não deverão ter próximo qualquer visita nas horas de amamentação.

Às mães devem ser ministrados os conselhos que se fizerem necessários para os cuidados da criança e os que ela mesma deverá se prodigalizar quando de regresso ao lar, bem como a maneira de executá-los. Orientação especial sôbre maternidade e infância é dada pelo Departamento Nacional da Criança.

HOSPITAL DE CRIANÇAS

Os hospitais de crianças são dentre os hospitais especializados aqueles que têm uma função educativa e social das mais acentuadas.

Ekstein, citado pelo Prof. Paula Sousa, estatui 10 mandamentos que vamos citar, pois focalizam o que de mais interessante pode haver nesses hospitais:

I – O hospital de crianças toma uma posição particular, pelo fato de ter responsabilidade especial relativa ao doente. A criança separada da família, é submetida a tratamento, sem poder julgar por si; sua idade a predispõe a numerosas moléstias, cujos riscos aumentam com a permanência no hospital.

II – Há necessidade de ser dirigido por pediatra, sendo que pode contribuir eficazmente para a formação de médicos e enfermeiras especializadas, assim como não deve ser descuidada a assistência médico pedagógica.

III – É sempre onerosa a administração hospitalar para crianças, pois necessita-se de um médico para 35 a 40 lactentes enfermos, sendo que nos serviço de cirurgia deve ser maior ainda o número de facultativos. Uma enfermeira para 4 lactentes ou 6 crianças maiores.

IV – O hospital só pode empregar enfermeiras especializadas e onde há crianças em tratamento demorado, torna-se indispensável uma professôra versada em métodos especiais de brinquedos, por exemplo, para evitar o “hospitalismo”.

V – O tratamento eficaz das crianças e lactentes só é possível, quando se pode dispor de um bom número de enfermeiras inclusive para o período da noite. Sendo reduzido êsse número de esforços terapêuticos feitos durante o dia, poderiam tornar-se nulos.

VII – São indispensáveis seções especiais para tratamento e criação de recém-nascidos prematuros, dos quais depende a luta contra a mortalidade precoce. O resultado favorável, obtido com a alimentação de leite de mulher, induz a todo hospital poder dispor de um certo número de amas.

VIII – Tais amas são admitidas, com seus respectivos filhos, que se criam em seções especiais. Pode-se nos grandes hospitais armazenar leite humano para os recém-nascidos.

IX – A alimentação infantil exige o estabelecimento de cozinha dietética especial e de lactário.

X – Todos os adultos de semelhantes hospitais, deveriam submeter-se periodicamente a exames médicos, sobretudo à verificação de não serem portadores de germes.

No I mandamento de Ekstein, êsse autor faz referência à possibilidade da transmissão de moléstias infecciosas nos hospitais de crianças.

De fato essa é uma das mais importantes questões a enfrentar, e vale a pena, a êsse propósito, transcrever o que diz St. Engel de Dortmund, citado também pelo Prof. Paula Sousa em trabalho apresentado ao Conselho Médico Paulista:

1 – Nos limites das possibilidades, deve-se exigir a profilaxia contra a entrada e disseminação de infecções, no interior do hospital; os hospitais de crianças que não podem satisfazer estas condições não têm razão de existir.

2 – A tuberculose deve ser objeto de cuidados especiais. A criança com reação positiva deve ser isolada, sempre que possível.

3 – A introdução e disseminação de moléstias infecciosas, são impedidas, principalmente, pela vigilância do pessoal médico e enfermeiro. As medidas de prevenção são facilitadas pela disposição adequada da construção.

4 – Como não se pode, em absoluto, evitar sempre a entrada de moléstias infecciosas, deve o hospital estar aparelhado para impedir a sua disseminação.

5 – Pode-se, sempre que indicados, utilizar os métodos de imunização.

Como se pode verificar nestas citações, que acabamos de fazer, se consubstancia um programa hospitalar.

Todos os hospitais têm problemas afins e de solução idêntica. A especialização de um hospital não deve prejudicar a solução adequada das questões comuns a todos êles.

CAPÍTULO IV

SERVIÇOS DE PRONTO-SOCORRO OU HOSPITAIS DE TRAUMATO-ORTOPEDIA

Os serviços de pronto-socorro não devem constituir unidades hospitalares isoladas, porém, anexadas aos hospitais gerais, pois, destarte, podem ampliar extraordinariamente o seu campo de ação, beneficiando os vários bairros onde êstes hospitais estiverem situados. Além disso um serviço de pronto-socorro funcionando em hospital geral pode contar com o aparelhamento e os recursos do hospital, não sòmente em material

como principalmente quanto a pessoal técnico. O hospital por sua vez terá o benefício de equipes permanentes para atender os casos de urgência que porventura ocorram entre os internados e do seu próprio pessoal. O serviço de pronto-socorro assim descentralizado pode ter eficiência maior, dados os recursos materiais de que pode dispor e à presteza do socorro, pois o hospital dispendo de ambulâncias, estas se transportam rapidamente ao local do socorro, o que deve ser feito naturalmente dentro de sua zona de ação. O serviço poder ser autônomo ou contratado com o hospital geral.

As grandes cidades seriam, neste caso, divididas em zonas cada uma delas servida por um dêsses hospitais, providos de um serviço de pronto-socorro. Sômente em casos de grande calamidade ou grandes desastres em que os socorros e ambulâncias do hospital não fôsem suficientes para atender às necessidades, seriam solicitados os socorros de outros hospitais.

Aliás essa é a tendência moderna. Existem grandes centros onde os socorros urgentes já têm atingido um grau de perfeição notável.

Feito o chamado ao hospital, sai a ambulância com os primeiros recursos e pessoal técnico. O caso não pode ser resolvido no local. O próprio médico que acompanha o paciente ao hospital, na própria ambulância, já faz o socorro de emergência e pelo aparelho de rádio da própria ambulância põe-se em comunicação com o hospital, transmite as primeiras informações e solicita as providências que o caso requer. Ao chegar ao hospital já a equipe cirúrgica está a postos e o material pronto para as intervenções de extrema urgência. Tudo pronto em minutos: Sala de operações, Cirurgiões, Raio X, transfusão de sangue, enfim todos os recursos são mobilizados com a máxima presteza, da qual muitas vêzes dependem vidas preciosas que se salvam.

Quando são grandes as zonas que o hospital tem de atender, há conveniência de serem localizados postos de ambulâncias em pontos estratégicos para maior facilidade e rapidez nos transportes. Os serviços de pronto-socorro devem ser aparelhados convenientemente com todo material indispensável; além disso devem estar permanentemente com equipes completas de plantão. Essas equipes podem ser organizadas entre o pessoal técnico do próprio hospital.

Assim, o serviço de pronto-socorro se reveste de características que o diferenciam dos demais serviços clínicos comuns nos hospitais gerais.

A sua principal característica consiste na variedade de casos a atender e na rapidez com que os socorros devem ser prestados. Além disso a gravidade que muitos casos apresentam, exige uma técnica apurada e material abundante e variado. São na maioria casos cirúrgicos mas também clínicos em geral.

Além das vantagens que já enumeramos a localização dos serviços de pronto socorro nos hospitais gerais pode facilitar grandemente ao ensino de sua técnica e ao aprimoramento de médicos e estudantes os quais familiarizariam com os diagnósticos muitas vezes difíceis e com a assistência aos casos urgentes médicos ou cirúrgicos, especialização essa tão útil na paz como na guerra.

Com relação aos serviços de traumatologia, são outras tantas atividades que requerem especialização nas suas técnicas, e no material e equipamentos usados.

Modernamente já se dividem estes últimos em serviços de *traumatologia* os quais, anexos aos serviços de pronto socorro, atendem aos casos agudos, traumatismos recentes, fraturas, etc. e *serviços de ortopedia*, podendo ficar em qualquer dependência do hospital que se preste a êsse fim, contando que disponha de instalações adequadas. Neste serviço serão atendidos aqueles pacientes que necessitem correção de defeitos oriundos de traumatismos anteriores, ou de afecções médicas ou cirúrgicas.

Cada um desses serviços terá o seu pessoal, bem como material, oficina e equipamento próprio, à exceção de certos meios auxiliares de diagnóstico, tais como laboratórios, raios X, etc., que poderão ser comuns aos demais serviços.

Um pequeno aparelho portátil de raios X poderá prestar relevantes serviços na redução de fraturas.

As salas de gesso e de operações poderão ser contíguas dentro do bloco cirúrgico do hospital.

Nos grandes hospitais com intenso serviço de pronto socorro e de traumatologia será conveniente ter duas salas de gesso próprias; o que não se justifica nos pequenos hospitais, bastando uma sala de gesso anexa às salas de cirurgia geral.

CAPÍTULO V

HOSPITALIZAÇÃO E ASSISTÊNCIA EM TEMPO DE GUERRA

A questão da hospitalização e assistência em tempo de guerra não difere grandemente daquela que é usada em tempo de paz, a não ser no volume dos serviços, principalmente os de pronto socorro, em zonas submetidas a bombardeios.

A organização desses serviços, toma nova feição, adaptada às necessidades e imposições da guerra.

O aparecimento de novas modalidades de explosivos com grande poder de destruição, tem contribuído para tornar mais graves os acidentes produzidos por eles.

A prevenção contra os agressivos químicos deve ser conhecida bem como a assistência que deve ser prestada àqueles que forem atingidos.

A instalação e o funcionamento dos centros de descontaminação deve ser também do domínio geral e de pleno conhecimento de todos que se dedicam a essa tarefa.

Felizmente não foram até esta data usados êstes agentes da morte, mesmo por aqueles que têm primado pela barbaria, contra as populações civis das cidades nem contra os soldados em frentes de batalha. Consta, entretanto, que os alemães, segundo notícias transmitidas pelos jornais, usaram êsse meio para dizimar prisioneiros nos campos de concentração.

O Serviço de Defesa Civil deve ter um plano organizado dos hospitais e toda a zona que superintende, capacidade de leitos, possibilidade de ampliações dos hospitais já existentes e a adaptação de hospitais de emergência, aumento de equipamento e material. Preparação de voluntários socorristas. Meio de transporte, tais como: ambulâncias, caminhões, ônibus, etc., são todas questões que devem ser estudadas com cuidado a fim de que no momento preciso não venham a falhar os elementos indispensáveis.

Todos os hospitais devem ter permanentemente equipes de plantão bem como as salas de operações e material sempre prontos a atender às emergências.

Cada indivíduo tem uma função a cumprir e deve saber executá-la com zelo, presteza e dedicação.

Os hospitais situados em locais sujeitos a bombardeios podem ser obrigados a evacuar os seus doentes para locais menos perigosos. Para o transporte desses doentes deve ser organizado um serviço especial de transporte. Não devem ser utilizadas para êsse serviço as ambulâncias de emergência; estas não devem ser desviadas da sua tarefa normal, para que não venham a faltar no momento preciso. As vezes, torna-se necessário organizar trens ou combóios para evacuação de feridos.

Os estabelecimentos utilizados por ocasião da evacuação de feridos são chamados hospitais bases de emergência. São preferidos para êsse fim os hospitais para doentes mentais e convalescentes, entretanto muitos outros estabelecimentos podem ser aproveitados com pequenas modificações, rápidas e baratas. Colégios, edifícios públicos, etc.

Bancos de sangue e plasma devem ser instalados em todos os hospitais. Outros recursos modernos: penicilina, sulfas, etc.

O Serviço de Defesa Civil organizará centros de controle e postos de socorro com as várias unidades de proteção, tais como: bombeiros, polícia, guarda anti-aérea e o serviço médico de emergência, com o pessoal socorrista, padioleiros, etc., e as ambulâncias para o transporte aos hospitais dos feridos necessitados de internação.

Um centro de controle principal em comunicação com êsses centros de controle distritais, orientará os serviços de socorro e transporte de

feridos para os hospitais. No centro de controle principal haverá uma sala de controle onde deve existir um mapa da zona com a localização dos hospitais, postos de socorro, etc., e um quadro negro, de controle, no qual são afixados a localização, o tipo e a duração dos acidentes, e os serviços feitos. Na sua parte superior, encontra-se certa quantidade de alfinetes de côr, demonstrando quais “as unidades de serviço de emergência em disponibilidade”. Por baixo, vem uma coluna reservada aos “serviços requisitados” e “serviços encaminhados”. À medida que os alfinetes vão sendo movimentados pelo escriturário encarregado, os chefes dos serviços de emergência e o pessoal do centro de controle podem avaliar, por um golpe de vista, quantas, das várias unidades, ainda se encontram à disposição. Os alfinetes são vermelhos para as unidades de emergência e brancos para as ambulâncias. (George Baehr).

As mensagens do alarme aéreo são transmitidas primeiramente ao centro de alarma distrital e dêste retransmitida para o centro principal de controle e para os centros distritais de controle.

Ao primeiro aviso “amarelo” os chefes do pessoal técnico são chamados a seus postos. A mensagem “azul” é enviada aos encarregados do “Black-Out”. A mensagem “vermelha” significa a iminência de bombardeio, soando então as sirenas de alarme para que a população se proteja e procure os abrigos. A mensagem “branca” significa que o perigo passou e as sirenas soam novamente dando aviso.

Com o que acabamos de dizer procuramos dar uma idéia rápida da complexidade do problema de assistência em tempo de guerra ao mesmo passo procuramos situar o hospital dentro dêsse sistema de defesa da população civil, quando sujeita aos horrores de um bombardeio.

Nas linhas de frente a organização dos serviços é diferente, embora a natureza dos ferimentos não defira grandemente. Pode haver um número maior de ferimento por projetis de fuzil e metralhadora.

Não existe linha de demarcação, na guerra moderna, entre as linhas de frente e retaguarda. Os seus horrores se espalham por tôda a superfície dos países em guerra e mesmo daqueles que nela não tomam parte.

* * *

Vamos concluir resumindo tudo o que dissemos, e fixando bem os seguintes pontos:

1 – Todo doente contagioso deve ser isolado da comunidade ou de outros pacientes não afectados da mesma doença contagiosa, enquanto durar o período de contagiosidade.

Êsse isolamento poderá ser feito em domicílio, raramente; dentro dos hospitais gerais, em andares ou seções preparadas para êsse fim;

em pavilhões anexos aos hospitais; em hospitais especialmente destinados a esse fim; em colônias formadas por residências e pavilhões, contanto que se obedeça a uma técnica perfeita, dando-se ao doente isolado um certo conforto ou agasalho conveniente.

2 – Qualquer dos hospitais ou serviços por nós estudados deve ter seu pessoal próprio, idôneo, especialmente preparado dentro da especialidade, de preferência com curso de organização hospitalar.

3 – Em qualquer hospital ou serviço de isolamento a técnica deve ser perfeita, rigorosamente aplicada, não sendo permitido qualquer deslize.

4 – Todo o pessoal hospitalar ou de serviços de isolamento deve ser devidamente imunizado para as doenças que possam ser evitadas, prevenindo-se assim contra a infecção cruzada.

5 – As visitas aos contagiosos devem ser evitadas, ou quando isso não possa ser feito deverão ser tomadas as precauções necessárias, sendo as mais eficientes aquelas previstas no projeto da construção: galerias externas, separações por vidro, intercomunicação a alta voz.

6 – Nas maternidades e berçários, além dos cuidados técnicos indispensáveis às gestantes, parturientes, puérperas e crianças, deve ser feita especial vigilância no tocante às infectadas, e isolamento dos casos contagiosos.

7 – Nos hospitais e demais estabelecimentos para tuberculosos e leprosos, além dos cuidados técnicos indispensáveis aos pacientes deve haver cuidado especial quanto à saúde do pessoal hospitalar e visitantes.

8 – Os hospitais e serviços de assistência aos cancerosos, devem ser equipados com instalações de raios X penetrante, radium, rádio, etc.

9 – Os hospitais e estabelecimentos para mentais e nervosos devem ter instalações adequadas e protetoras para os pacientes. A vigilância deve ser rigorosa a fim de impedir que os doentes produzam danos a si mesmos ou a outrem.

10 – Os hospitais para crianças devem obedecer a técnicos métodos pedagógicos, quando a permanência dos internados tiver de ser longa. A educação e instrução das crianças não deve ser descurada nem interrompida.

11 – Os serviços de pronto socorro devem ter instalações e equipamento adequados, além do pessoal técnico adestrado nessa espécie de socorros. Esses serviços devem fazer parte dos hospitais gerais e neles serem instalados.

Senhoras Irmãs:

Ao terminar esta nossa palestra desejo congratular-me convosco pelo interesse que despertou em vosso meio o curso intensivo de organização e administração hospitalares especialmente elaborado para vós pela D.O.H. do D.N.S.

Obra notável essa que vem realizando a D.O.H., chefiada por êsse dinâmico e incansável preparador da elevação do padrão hospitalar entre nós que é o Prof. Theophilo de Almeida.

Viestes dos vários recantos do País, atraídas por êste curso, vencendo todos os obstáculos e distâncias, com o nobre objetivo de tornar ainda mais úteis e preciosos os cuidados de assistência que prodigalizais aos enfermos entregues nos vossos desvelos.

Que os vossos sacrifícios sejam compensados.

Que os ensinamentos e a prática adquiridos neste curso intensivo sirvam ainda mais para exaltar as vossas virtudes na prática do bem e da caridade que são os vossos escudos.

Várias irmãs já se têm sacrificado, contaminadas pelos males de cujas garras teimavam em retirar os infelizes; desfalcando com êsse seu desprendimento pela vida, os efetivos do *exército do bem* que devem sempre aumentar e nunca diminuir.

Vidas preciosas, como são tôdas as vossas, têm sido ceifadas.

Que o emprêgo de técnicas rigorosas no trato dos enfermos contagiosos, sem diminuição, nem restrições, aos sentimentos religiosos na prática da verdadeira caridade vos possa preservar dos contágios para que por muitos anos vos tenham os enfermos a assistí-los distribuindo-lhes com prodigalidade que vos caracteriza as mercês de vossos corações e de vossa bondade.

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE DIETÉTICA NO HOSPITAL E NAS INSTITUIÇÕES PARA-HOSPITALARES

Pela Dra. LIESELOTTE HOESCHIL (*)

SUMÁRIO – *"Alimentação e dietas – Cozinhas, copas, padaria e confeitaria. Sistemas de transporte da comida. Escritórios e controle"*.

Se analisarmos o conceito de nutrição na ciência moderna, a sua aplicação em outros países, veremos que nos encontramos em fase muito aquém destes e ainda em condições tais de não podermos satisfazer as nossas próprias exigências. Porém, estamos começando a compreender o problema, estamos sentindo a necessidade imediata da formação de técnicos, por ser este o caminho lógico da verdadeira solução. Temos um curso de médicos nutrólogos e nutricionistas no S.A.P.S. (Serviço de Alimentação da Previdência Social), outro da Prefeitura e ainda o curso de dietistas do Instituto de Higiene de São Paulo.

De que serviria apontarmos nossas falhas sem procurarmos meios para corrigi-las? Sei que somos unânimes em afirmar que a alimentação dos nossos hospitais, mesmo na Capital Federal, é o que há de mais precário, pela má feitoria, apresentação descuidada, e monotonia alimentar, acrescida hoje pela grande dificuldade de obtenção de gêneros de primeira necessidade.

Se analisarmos as verbas empregadas pelo governo, ou instituições particulares para este fim, notaremos uma grande desproporção entre preço e o alimento servido.

Num estudo feito pelo Dr. Rubens Siqueira, antes da guerra, na sua monografia publicada em 43, sobre este assunto, vemos a que cifras absurdas pode chegar o desperdício alimentar por falta de orientação técnica. Prepara-se em quantidade excessiva dando margens a sobras. Prepara-se em más condições, e a alimentação não é aceita dando margens a restos.

(*) Do corpo Docente da Escola de Enfermeiras "Ana Neri".

O doente fica mal alimentado apesar de haver uma verba suficiente para sua alimentação. Isto é o mais comum: no entanto pode-se apreciar outro aspecto da questão. Conhecendo os fatos acima citados, alguns diretores achavam que poderiam fazer grandes economias, restringindo a verba para alimentação sem cogitar do problema, principalmente da qualidade, do teor nutritivo e a forma de preparo do alimento. Mantinha-se o critério empírico das cozinhas familiares. Comprar quantidades arbitrárias de gêneros, prepará-los, obedecendo em parte aos hábitos de alimentação e de acordo com os poucos recursos de instalação e boa vontade do pessoal disponível. Depois, dividi-los da melhor forma possível, atendendo em primeiro lugar ao apetite dos empregados da cozinha, depois às exigências dos altos funcionários e finalmente às necessidades dos doentes. Para estes, se a comida não chegasse seria aumentado o arroz da sopa e a água do feijão. Se alguma coisa sobrasse, apareceria na outra refeição em forma de farofa ou croquete. Quando, no entanto, a pessoa mais importante do hospital é o doente.

Como nova tentativa para solução do problema e recorrendo à colaboração do S.A.P.S., foram instituídos em alguns estabelecimentos, regimes padrões à base do valor calórico. Limitou-se a quantidade de alimento *per capita*, calculados em pêso líquido. Isto poderia parecer uma solução técnica do problema, mas os resultados foram desastrosos. Por que?

Quantidade em pêso líquido é o alimento livre de cascas, talos, raízes, ossos e outros desperdícios. É muito fácil compreender que, se fornecidos nas quantidades estipuladas, ainda em bruto, depois de limpos a redução é sensível, especialmente nos alimentos frescos, frutas, vegetais em geral e carne.

Muito justos foram os protestos contra a alimentação racional que fornecia quantidades microscópicas de carne e frutas; além do que, persistia o velho problema do mau preparo e a apresentação dos alimentos. Era teoria, não era prático.

Uma das maiores dificuldades nas nossas cozinhas, é o fato de não se poder prever como sairá uma determinada preparação cujo êxito está entregue ao azar de um punhado a mais ou menos de condimento.

Ora o arroz sai papa e insosso, ora duro e sagado. Não existe uniformidade por não existir técnica. Havendo uma receita para cada preparação com a quantidade em gramas por pessoa, multiplicando-se pelo número total de comensais será mantida a proporção dos ingredientes e logo a receita em quantidade pequena ou grande sairá igual. Existe a idéia errônea de que na alimentação em grande escala é mais fácil economizar os elementos que melhoram o sabor e são realmente mais caros. Aumenta-se a farinha do inhoque de batatas e diminuiu-se o queijo. Eis uma das razões da insossidez da alimentação das nossas coletividades. Outra razão é a falta de funcionários e aparelhamentos que facilitam o trabalho. Em lugar dos painéis pesadíssimos deveriam

ser usados caldeirões com tampas automáticas e torneiras para seu esvaziamento. Muitas vêzes o combustível usado, não produz o número necessário de calorías, exigindo maior tempo para cocção dos alimentos e em consequência, ou a alimentação se atraza ou é servida mal cozida. Outra dificuldade são as operações manuais de descascar e cortar os vegetais, escolher o arroz, o feijão, que são indispensáveis para uma boa apresentação dos alimentos. Observa-se o seguinte: Quando a quantidade do arroz excede a uma saca, já não é mais possível escolhê-lo como seria impossível lavar fôlha por fôlha de 300 pés de alface, preparar com o mesmo capricho 200 pratinhos de salada ou sobremesa. Às vêzes isto se dá não por má vontade do funcionário mas por falta de conhecimento dos mesmos no que se refere à ornamentação, pesagem e distribuição, como também, por exigir um número maior de funcionários, ou máquinas apropriadas para fazê-lo.

Como fazer compreender a uma cozinheira de longa prática que a balança só viria facilitar seu trabalho, tornando-o quase automático? Tal receita, tanto dêsse alimento, tanto daquele, feito em tal forma, estaria sempre bem feito.

Podemos afirmar agora que: – dentro das grandes exigências de um hospital moderno está o Departamento ou Divisão da Dietética. Um serviço especializado de alimentação abrangendo tudo o que se relaciona com a mesma. Desde a aquisição, escolha de alimentos, cálculo de regimes, confecção de cardápios, preparo dos alimentos, e distribuição dos mesmos. A direção do serviço da dietética no plano de organização hospitalar está diretamente relacionada com a administração no que se refere à aquisição do material ou gêneros ao Serviço Médico no que se refere à prescrição dos regimes e finalmente ao Serviço de Enfermagem quanto à administração do alimento depois de preparado.

A finalidade dêste serviço é dar aos doentes uma alimentação suficiente, completa, harmônica e adequada. Seu critério é individual, qualitativo e quantitativo.

Individual porque a alimentação é executada segundo a prescrição do médico especializado, levando em consideração o estado fisiopatológico do doente. Atendendo aos gostos de cada um.

Qualitativo porque o técnico necessita conhecer cada alimento, seu valor nutritivo, sua composição, suas transformações, sua produção, zona, época, preço, meio de transporte e conservação para adquirir a melhor qualidade pelo menor preço.

Quantitativa porque o regime é calculado levando em consideração as exigências individuais de doentes e funcionários. Estabelecidas as quantidades gerais, os alimentos são fracionados em quantidades determinadas em gramas, o que consta nas receitas cujos pratos foram escolhidos para as diferentes refeições. Logo, estabelecendo o número exato de pessoas a servir, quantidades *per capita*, e com esta base quan-

tidades totais dando a margem para o fator de correção, estabelecemos quantitativamente a alimentação a preparar.

Passemos, agora, à descrição da organização e funcionamento de um serviço de dietética. Veremos que é complexo na sua engrenagem. É econômico porque se utiliza totalmente de todo o material e exige o melhor serviço de cada funcionário. No entanto, empregando gêneros o material de primeira qualidade e funcionários técnicos, o preço será talvez muito além das verbas atuais previstas para este fim. Porém não podemos economizar às expensas da saúde e em prejuízo do bem-estar dos nossos doentes.

A alimentação adequada é a base de qualquer tratamento, porque não somente alimenta o doente, mas tem ação preventiva, coadjuvante e até mesmo curativa de muitas enfermidades.

PESSOAL NECESSÁRIO PARA UM GRANDE HOSPITAL

- 1 – Chefe de divisão.
- 2 – Chefe de serviço.
- 3 – Dietistas diplomadas.
- 4 – Auxiliares de Alimentação.
- 5 – Mestre cozinheiro, cozinheiros, ajudantes, açougueiro, padeiro, confeitoiro, auxiliares, serventes.

DEPENDÊNCIAS

Chefia – Supervisão e controle de todo serviço.

ESCRITÓRIO DO PESSOAL TÉCNICO

- 1 – Seção de regimes ou dietas.
- 2 – Centralização das prescrições médicas.
- 3 – Organização de cardápios pelas dietistas chefes dos diferentes serviços e da alimentação do pessoal:
 - a) Regimes dietéticos normais ou dieta normal;
 - b) Regimes dietoterápicos ou dietas especiais.
- 4 – Totalização dos regimes pelo grupamento dos enfermos cujas dietas tenham as mesmas características.
- 5 – Confeção do cardápio da dieta geral por funcionários, visitantes ou acompanhantes dos doentes que por não terem lesões que afetam ao aparelho digestivo podem consumir alimento normal.

Diremos aqui, entre parênteses, que segundo o que nos foi relatado pelo Dr. Theophilo de Almeida, Diretor da Divisão de Organização Hospitalar, de sua visita aos Estados Unidos e também do Dr. Nelson Muniz, chefe do serviço médico da Fábrica Nacional de Motores, naquele país o serviço de dietética chegou à perfeição de atender aos gostos de cada doente. A dietista percorre os quartos e enfermarias com uma lista de pratos que podem ser escolhidos anotando os preteridos pelo doente para o dia seguinte. Achamos isto uma coisa notável, porque nos 5 anos de experiência incluindo os 3 de Curso, nosso maior problema tem sido êste: – Dar ao indivíduo um alimento que ãle coma com prazer. Esta é a finalidade, sem o que todo o trabalho seria vão.

Se o indivíduo escolhe o que lhe apetece, contamos com uma probabilidade grande para que a alimentação seja aceita e que se diminua a percentagem dos restos. A preferência recai em menor número de pratos do que o do *menu* normal; é econômico e o alimento será consumido de fato.

Com o mesmo critério são elaborados os cardápios para as dietas especiais líquida, branda, hipercalórica. Também para os regimes de balanço como no caso do diabético, cardiorenal e obêso;

Os cardápios são feitos escolhendo-se as preparações e alimentos de acôrdo com a prescrição médica. Levando em consideração as transformações físico-químicas dos alimentos, e a adequação ao estado fisiopatológico dos enfermos.

Muito diverso é o índice de saciedade e digestibilidade de um ôvo quente, cozido ou frito. Pelo estudo da técnica dietética podemos prever as transformações operadas nos alimentos na cozinha e no aparelho digestivo. Estudados todos êsses aspectos e estabelecidos os cardápios recorre-se ao fichário de receitas para calcular as quantidades totais e relativas dos alimentos a serem consumidos.

COMPRA DE ALIMENTOS

Em estabelecimentos pequenos a compra pode ser feita diretamente, ou então por contrato e ainda por concorrência. Não sendo aconselhável, a compra diária em vendas e quitandas. O importante neste ponto é que seja feita por um comprador especializado ou seção de compras, consultados técnicos de alimentação quanto à qualidade dos gêneros e de administração quanto ao preço dos mesmos.

A compra depende das possibilidades locais. O ideal seria evitar transportes e intermediários que além de encarecer o produto o fornecem em condições de conservação bastante deficiente na maioria das vezes. Usa-se, também, comprar em conjunto para vários hospitais; compra-se maior quantidade e mais barato.

O ideal em alguns estabelecimentos do interior, o tipo colônia onde se produz grande parte dos gêneros a consumir. Hortas, pomares, aviários, criação de animais como: porcos, coelhos, etc., para abastecimento próprio. Isto naturalmente já está um pouco fora da nossa alçada, pois o que realmente nos interessa é a obtenção de gêneros de primeira qualidade, frescos, de origem conhecida, em ótimas condições sanitárias e ainda, a baixo preço.

Os alimentos chamados frescos, como leite, vegetais, folhudos, carne, requerem um fornecimento diário porque se alteram com muita facilidade. Nos casos em que devam ficar de um dia para o outro exigem para sua conservação geladeiras ou câmaras frigoríficas.

A manteiga, ovos, algumas frutas, queijo, tubérculos e raízes, alguns legumes não se alteram tão facilmente, sendo suficiente o fornecimento semanal ou quinzenal.

Os gêneros chamados secos como cereais, farinhas e derivados, açúcar, podem ser fornecidos mensalmente. Os gêneros enlatados em conserva ou acondicionados de forma que se assegure sua conservação podem ser adquiridos trimestralmente ou semestralmente.

Despensas ou depósitos: Devem ser espaçosos, em lugar fresco, arejado e limpo, munidos de prateleiras, onde será colocado todo material devidamente classificado. Depósitos de madeira com tampas, arejados, para armazenagem de farinha, cereais, açúcar. Não achamos prudente os depósitos de grandes *estoques*. Representam maior trabalho de conservação e controle além do que, facilitam a alteração da mercadoria. É preferível o estoque variado com grande possibilidade de movimentação.

Contrôle:

Mapas de consumo.

Estes mapas permitem o controle diário do material usado.

O controle do material de limpeza, utensílios de cozinha e combustível pode ser feito da mesma forma.

A louça e talheres devem ser controlados diariamente, em cada refeição, responsabilizando-se os serventes e copeiros que os utilizam.

Cozinha: Fornecido o material passemos agora à cozinha e suas dependências:

1 – Câmara frigorífica com duas divisões: uma para vegetais, frutas, ovos, manteiga, etc., outra para carnes; ou mesmo quatro seções frigoríficas:

- a) Frutas e legumes;
- b) Peixes e semelhantes;
- c) Carne;
- d) Laticínios.

Costuma-se refrigerar ainda o depósito de lixo diário.

2 – Dependências para limpeza de verduras, providas de pias, água corrente, máquinas para exprimir facilitando o preparo de sucos de vegetais e frutas, máquinas para descascar, cortar, diminuindo o trabalho manual.

3 – Dependências para limpeza e corte de carnes, incluindo aves e peixes, providas de mesas, pias, cêpos, etc.

Nestas dependências são removidas tôdas as perdas inevitáveis dos alimentos, transformando os pesos brutos em pesos líquidos. Pode-se assim estabelecer também o fator de correção para cada tipo, o que orienta a compra. Consideremos ainda rapidamente entre as dependências a confeitaria, padaria e açougue.

Confeitaria: Exige em primeiro lugar um técnico e bom material. No serviço de alimentação do Instituto Nacional de Nutrição de Buenos Aires, o confeitoiro era estimado pelos deliciosos doces que sabia apresentar para sobremesa e lanches. Tortas, bolos, merendas com creme chantilly, bons bocados e pudins. A confeitaria aumenta o custo da alimentação mas enriquece os cardápios.

Padaria: É muito aconselhável. Sua instalação não é cara em relação aos grandes benefícios que oferece. A confecção de pães e biscoitos acloretados, de farinha integral, hipercelulósicos, sem gordura, necessários a certas dietas, permite um cumprimento mais restrito da prescrição médica. A fabricação de pães em pesos determinados facilita a distribuição de regimes padronizados.

Açougues: Só é possível a existência dos mesmos em instituições tipo colônias, onde pelo maior consumo de carne e maior espaço poderão funcionar. Havendo um aproveitamento completo do animal abatido, torna-se econômico.

Cozinha propriamente dita: Provida de fogões, fôrnos, grelhas, caldeirões, mesas, pias, etc. Os gêneros são aí levados já devidamente preparados. São pesados de acôrdo com o mapa de preparação e colocados na panela de acôrdo com a receita. É um trabalho quase automático que exige do cozinheiro nada mais que o controle da temperatura adequada e tempo de cocção.

Terminada esta etapa, chega o momento que exige maior capricho e arte dos funcionários da cozinha: a apresentação dos pratos. Ninguém desconhece a influência dos caracteres organolépticos da alimentação; aroma, agradável sabor, harmonia de côres, temperatura adequada, como grande estimulante do apetite.

Transporte: Distribuído o alimento, de acôrdo com os mapas já citados, para as divisões correspondentes, é transportado em carros térmicos ou em elevadores (spee-system) chegando assim às copas das enfermarias e dos refeitórios na temperatura adequada.

Copas: Podem ser providas de mesas térmicas ou comuns, pias, armários, fogão pequeno e especialmente citamos *bandejas individuais*, para

regimes normais e dietoterápicos, faz-se a distribuição individual; cada bandeja deve ter uma ficha com o número do doente. Em primeiro lugar, dos alimentos chamados de cozinha fria, isto é, pão, queijo, doce, manteiga, etc.

A distribuição dos alimentos quentes pode ser efetuada por porção – por exemplo: 1 bife, tantas colheres dêste ou daquele prato, ou então, por pesagem, no caso dos regimes de balanço: diabéticos, cardiorenais, obesos, etc.

À medida que a comida fôr servida deve ser levada aos quartos dos doentes ou aos refeitórios das enfermarias. Insistimos na apresentação cuidadosa de cada bandeja, sendo os alimentos levados em pratinhos separados.

Os pacientes não acamados deverão comer em refeitórios; facilita a distribuição e proporciona um ambiente familiar ao doente. Os acamados – devem receber os alimentos em posição confortável, sendo necessário para isto mesinhas apropriadas. Como dissemos no início desta exposição, cabe à enfermaria a distribuição do alimento.

A distribuição da alimentação nos refeitórios dos funcionários, visitantes e também dos técnicos deverá ser feita em balcões servindo-se o indivíduo dos alimentos que prefere, em sua bandeja. Isto se faz por um sistema de fichas ou talões, registrando-se automaticamente na máquina controle o número e tipo de refeição servida. Este sistema suprime os garçons ou copeiros, e cada pessoa serve a gosto dentro do racional.

A louça usada pelos doentes é recolhida às copas onde é lavada ou esterilizada. Depois de terminada a refeição os funcionários depositam suas bandejas com o material usado em balcões onde é encaminhado à dependência correspondente para efetuar-se a limpeza. A lavagem e secamento dos pratos e talheres pode ser feito em máquinas apropriadas.

Poderia parecer que está concluída a ação de serviço de dietética; no entanto falta uma parte aliás muito importante: o controle dos restos, sobras e desperdícios.

Da cozinha são enviados os mapas relatando as percentagens dos alimentos frescos não aproveitados. Observamos no serviço de alimentação da Escola Ana Neri que estas quantidades atingem às vezes 50% pesando batatas, xuxu, espinafre, ao chegar da quitanda e depois de limpos.

Estas perdas, podem ser aproveitadas por galinhas ou animais de laboratório. Das copas são enviados os relatórios dos alimentos que sobram depois de feita a distribuição, o que põe em evidência os erros de cálculo.

Finalmente cabe à dietista fiscalizar na bandeja de cada doente a quantidade dos restos observados o que deve ser registrado na papeleta para conhecimento do médico assistente. Nos casos de regimes de ba-

lanço os restos devem ser medidos ou pesados, para que sejam reais os estudos das curvas ponderais e cifras de eliminação em comparação com o ingerido. Contrôles médico e econômico.

Da mesma forma é importante o estudo dos restos nos refeitórios dos funcionários pois conhecendo-se os pratos recusados modifica-se a orientação dos cardápios até chegar-se a um resultado satisfatório, isto é; a redução absoluta dos restos pelo aproveitamento total do alimento preparado.

Redução das sobras pela exatidão do cálculo das reações a servir e do desperdício, empregando material de primeira qualidade.

O trabalho de estatística e controle geral é feito com os mapas e relatórios, enviados à direção pelos chefes das diferentes seções.

Não temos a pretensão de haver dado uma norma precisa para organização de um serviço de Dietética, isto dependerá de um estudo detalhado de cada caso em particular, porém, esperamos ter dado uma idéia geral de seu funcionamento e do seu grande alcance.

NOTA: Os mapas ou modelos citados serão publicados brevemente; antes, porém, poderão ser solicitados em cópia mimeografada, diretamente à Divisão de Organização Hospitalar.

SERVIÇOS AUXILIARES DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Pelo DR. A. F. DA SILVA JARDIM

SUMÁRIO – *Planejamento e instalação do setor: farmácia e laboratórios químico-farmacêuticos*

Localização dos serviços de farmácia nos hospitais:

1 – Finalidade.

2 – Situação mais conveniente: central.

- Condições:
- a) Acessibilidade ao ambulatório.
 - b) Acessibilidade ao serviço interno.
 - c) Acessibilidade ao almoxarifado.

3 – Funcionários: lotação mínima, dependências:

- a) Farmacêutico diplomado.
- b) Prático.
- c) Servente.

4 – Dependências:

- a) sala de mostruários ou depósito dos medicamentos;
- b) laboratório de manipulação;
- c) laboratório de hipodermia;
- d) seção de recepção das receitas ou prescrições;
- e) seção de expedição de medicamentos;
- f) depósito, limpeza e esterilização do vasilhame;
- g) depósito de inflamáveis;
- h) sala dos técnicos.

5 – Aparelhagem do *Laboratório de Manipulação*:

- a) balanças:
 - a) granatária e
 - b) de de precisão;

- b) câmara frigorífica para produtos biológicos;
- c) alambique;
- d) autoclaves;
- e) agitadores mecânicos;
- f) bicos de Bunsen, fogareiros elétricos;
- g) densímetros, alcoômetros, termômetros;
- h) percoladores, centrifugadores.

Vidraria:

- a) grais de vidro ou porcelana;
- b) copos e provetes graduados;
- c) cápsula de porcelana;
- d) bastões de vidro;
- e) tubos de ensaio, etc.

Acessórios:

Espátulas, piluleiro, pedras de mármore para pomadas, fôrmas para lápis, óvulos e supositórios, máquinas para confecção de cápsulas, bandejas, esterilizadores de instrumental e de soluções, carros e cestas de entrega, guarda-roupas, *Armários* com estojo para serviço de pronto-socorro, medicamentos e material de curativos para uso nas grandes catástrofes.

6 – Requisitos de construção dos laboratórios:

- a) piso – material preferencial: cerâmica clara;
- b) parede – revestimento de azulejos brancos ou melhor cinza-claro até 1,80 m. acima dos quais e no teto, pintura a óleo cinza-claro;
- c) instalações:
 - a) de água;
 - b) ar comprimido;
 - c) gás;
 - d) vácuo;
 - e) vapor super aquecido;
 - f) eletricidade;
- d) mesas de trabalho:

<ul style="list-style-type: none"> 1) disposição; 2) natureza do material; 3) instalações próprias; 4) lavatórios; 	}	<ul style="list-style-type: none"> a) mármore; b) azulejos; c) madeira impermeabilizada; d) preferencial;
--	---	---

7 – Limpeza do vasilhame e depósito:

- a) tanques de lavagem do vasilhame;
- b) dispositivos automáticos de limpeza;
- c) esterilização do vasilhame;
- d) depósitos de vasilhame limpo.

8 – Seção de expedição de medicamentos:

- a) balcão ou *guichet* para ambulatório e para o serviço interno;
- b) instalação telefônica – $\left\{ \begin{array}{l} \text{rêde externa;} \\ \text{rêde interna} \end{array} \right.$
- c) livro de registro de expedição de receitas e arquivo das receitas aviadas;
- d) carros de expedição.

9 – Depósito de medicamentos e mostruários:

- a) classificação dos medicamentos em:
 - 1) injetáveis $\left\{ \begin{array}{l} \text{oficinais} \\ \text{especialidades} \end{array} \right.$
 - 2) diversos $\left\{ \begin{array}{l} \text{oficinais} \\ \text{especialidades} \end{array} \right.$
- b) disposição apropriada dos mostruários;
- c) sistema patenteado Shwartz.

10 – Livros de consulta, Biblioteca:

- a) farmacopéia brasileira;
- b) tabelas farmacêuticas diversas;
- c) compêndios de química analítica;
- d) compêndios de indústria farmacêutica;
- e) compêndios de farmácia galênica e farmácia química.

11 – Entorpecentes:

- a) balanço do estoque;
- b) caixa forte;
- c) receita visada pelo diretor clínico.

12 – Transporte de medicamentos:

- a) monta carga;
- b) carros de transporte.

- 13 – Proteção contra roubo ou incêndios (alarmas e depósito de inflamáveis).
- 14 – Outras atividades do pessoal técnico do Serviço de farmácia:
- a) preparo de soluções bactericidas, para o serviço de cirurgia;
 - b) preparo de soluções de sabão;
 - c) preparo de líquidos fixadores para o serviço de radiologia e eletrocardiografia;
 - d) preparo de proteínas purificadas para verificações de alergia;
 - e) preparo de água oxigenada e líquida de Dakin;
 - f) preparo de solutos injetáveis, etc.

* * *

CAMPANHAS FINANCEIRAS E MANUTENÇÃO ECONÔMICA DAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES E PARA-HOSPITALARES

Pela Dra. RUTH BARCELOS (*)

SUMÁRIO – Campanhas financeiras e produção econômica da instituição. Despesas ordinárias e reservas para melhoramentos e ampliação. Recursos e processos de economia interna. Finalidade máxima do hospital moderno: acomodação, alimentação e tratamento rigorosamente conveniente a todos os doentes. Orçamento de serviços novos. Estudo comparativo econômico-financeiro das instituições hospitalares e para-hospitalares e congêneres, hotéis, etc.

Reverendíssimas Irmãs:

Antes de ocupar vossa atenção com as considerações que o assunto escolhido para o dia de hoje nos oferece, seja-me permitido transmitir-vos, como às demais pessoas aqui presentes, em nome da Escola Ana Neri, que neste momento represento, uma saudação reverente e amistosa, muito especialmente dirigida a êste grupo de pioneiras da enfermagem em nossa terra, reunidas e sob a égide da A.S.A. para um curso intensivo de aperfeiçoamento e especialização sôbre organização e administração hospitalares. Vossa atuação no setor de enfermagem, antes mesmo de ter sido reconhecida como profissão técnica, é de natureza a merecer de todos nós gratidão e respeito muito profundos.

* * *

O ponto que vamos estudar envolve 2 assuntos importantes:

- 1 – Campanhas financeiras.
- 2 – Manutenção econômica das instituições hospitalares e para-hospitalares.

(*) Secretária da Escola de Enfermeiras “Ana Neri”.

Evidentemente, não poderemos procurar resolver qualquer problema de natureza econômica, sem partir de um plano concreto de execução.

Desta forma, se o “pivot” de nosso interesse, no momento, é o estudo dos elementos da manutenção hospitalar, cabe-nos passar em revista os recursos indispensáveis para enfrentar-lhe a conservação, o mecanismo dos vários internos, os processos de assistência aos doentes, os elementos que contribuem para que essa assistência seja eficiente, etc., etc. Estou certa de que tudo isto já vos foi amplamente demonstrado, em aulas precedentes, a que infelizmente, não me foi dado o prazer de comparecer. Tivestes, portanto uma visão panorâmica do hospital moderno, de suas exigências, de seu mecanismo ultra-dinâmico, de suas características construtivas e dos elementos que se congregam para sua perfeita aparelhagem.

Aproveitaremos esta classificação, que já vos foi dada pela D.O.H., estudando os processos de que devemos lançar mão, para enfrentar os problemas financeiros, com que tôdas as instituições lutam, para sua manutenção e desenvolvimento.

Obedecendo à ordem pré-estabelecida, vamos estudar o que são *Campanhas Financeiras*:

São muito conhecidos os processos que poderemos utilizar para obter recursos em benefício de obras sociais. Citam-se entre êles: as rifas, as ações entre amigos, os leilões de prendas, os chás-benefícios, as loterias, os festivais artísticos, a pesca maravilhosa, as exposições artísticas e, concluindo, as campanhas financeiras que atingiram tanta retumbância nos últimos anos.

Estas campanhas nasceram da necessidade de concentrarmos a atenção pública sobre determinado problema, fixando-lhe os objetivos e necessidades, a fim de atrair o maior número possível de pessoas interessadas e obter o máximo resultado, conjugando interesses, esforço, propaganda, dentro de um prazo definido, para obtenção de recursos financeiros.

Via de regra estas campanhas se estendem por um período de 8 a 15 dias, ocupados exclusivamente para o movimento de arrecadação e apresentação do resultado apurado.

Sua realização é precedida de um estudo cuidadoso, no qual se fixa o alvo a atingir, focalizam-se tôdas as faces do problema de 3 fatores indispensáveis:

- 1 – Intensidade da publicidade.
- 2 – Integridade dos dirigentes da campanha e da obra a ser focalizada.
- 3 – Eficiência e dinamismo dos organizadores e colaboradores.

Há, também, imposições de caráter técnico a serem respeitadas, isto é: a) preparação do movimento, boa escolha de uma comissão organizadora e das demais comissões constitutivas do movimento: as

comissões Patrocinadoras, a Colaboradora e a Executiva. Cada uma delas tem um papel saliente. A primeira atrai, pelo seu prestígio moral, social ou econômico a atenção pública para a campanha; a segunda recolhe os benefícios das fontes doadoras, a terceira controla e registra o movimento, apresentando os resultados.

Faz parte da técnica, o estudo psicológico do momento propício para o lançamento do movimento. Seria impraticável recorrer à generosidade pública em época de crise, ou depois de já se ter ela manifestado para outros fins, ou ao passar das luzes de um exercício financeiro, quando os meios financeiros já estiverem comprometidos; ou ainda em época em que os rigores da estação exijam o afastamento dos grupos de capitalistas para climas mais amenos. Há, portanto, toda uma série de considerações a levar em conta. O ideal seria, portanto, aqui no Rio, lançá-la no princípio do inverno, enquanto, fora daqui, como por exemplo Petrópolis, ao contrário, no verão.

Já vimos que o resultado da Campanha, depende em grande parte da objetividade de sua propaganda: folhetos bem apresentados, explícitos, claros, focalizando a assistência prestada, as necessidades imperiosas a realizar; de aspecto agradável e de fácil manuseio para que ao menor golpe de vista se mantenha informado o consulente.

Exemplifiquemos:

“A Associação de Caridade de Rio Bonito deseja obter fundos para melhorar as condições do Hospital local e tornar mais fáceis suas atividades. Precisa conseguir uma reserva para aumentar seu patrimônio. Quer mandar construir um pavilhão para laboratório de pesquisas e um Centro de estudos no hospital. Das plantas levantadas e dos estudos feitos estimou-se da necessidade de levantamento da soma de um milhão de cruzeiros para estas realizações”.

Seu primeiro cuidado será convocar uma reunião dos elementos mais representativos do mundo social e financeiro da cidade, durante a qual serão expostos seus pontos de vista, suas necessidades, os elementos com que conta para enfrentar sua situação financeira, as credenciais da instituição e outros quaisquer esclarecimentos por ventura solicitados. Nesta reunião é lançada a idéia da campanha. Vencedor o projeto, escolhe-se a comissão organizadora, dando início aos trabalhos.

Cabe à comissão organizadora o planejamento da propaganda, a organização da secretaria, que é o nervo central para todas as atividades do movimento. A comissão organizadora deve planejar impressos, fichas, material de expediente, timbres, o local das reuniões, os gastos da comissão executiva, os membros que a devem constituir, bem como, a patrocinadora e os vários grupos de colaboradores. É ela, que se encarrega de interessar o mundo oficial e a população da cidade pelo movimento, de recorrer aos jornais para a propaganda indispensável, de fixar as datas para a Campanha. É preciso que tudo esteja pronto, antes

do início do movimento, inclusive as credenciais apresentando os colaboradores para as visitas, o cadastro financeiro da cidade, incluindo indústria, bancos, alto comércio, firmas individuais, enfim, tudo que possa facilitar o mais possível a tarefa dos pelotões de arrecadação, para que na época prefixada, o trabalho seja apenas recolher e registrar os donativos, sem o impedimento das visitas reiteradas por deficiência de fichários informativos ou de publicidade mal orientada.

Para maior facilidade, o trabalho dos colaboradores se faz em grupos ou pelotões, sob a responsabilidade de um Chefe Capitão, que deve prestar conta diariamente de suas arrecadações. A cidade é dividida em zonas, a serem percorridas na hora de maior movimento, por 2 ou 3 elementos dos pelotões que recorrem às firmas, para receber o donativo.

A Comissão Executiva também faz suas visitas aos bancos ou firmas mais fortes, recolhendo as maiores contribuições.

Na Sede da Campanha instala-se o quadro próprio para o registo ou balancete diário, depois da leitura dos relatórios apresentados. Como medida de estímulo, salienta-se com uma salva de palmas, o grupo que se destacou pelo maior levantamento do dia ou maior número de visitas.

Últimamente, as campanhas financeiras, entre nós, foram muito exploradas, multiplicando-se sem o intervalo devido, com o que muito vieram a sofrer em seu valor. Mas, mesmo assim, ainda são as que mais rendem.

Algumas instituições, para enfrentar este problema se uniram para uma campanha única. Exemplo disso temos a Campanha das 3 cruces: Tuberculose, Pro-Matre e S.O.S.

Na América do Norte me foi feita uma observação sobre o assunto que me pareceu interessante. Dizem eles que a psicologia popular não recebe com agrado estas campanhas sucessivas. Resolveram, então uma campanha única por ano, na qual são contempladas todas as obras sociais. Cada uma delas fixa seus objetivos, suas necessidades e todas promovem o movimento que é intenso e recolhem grandes somas. Um ponto, porém, é essencial, cada instituição deve fazer suas previsões e fixar a sua parte, para evitar as discussões na hora da partilha.

Assinalam com isto duas grandes vantagens:

- 1 – O alívio do incômodo de visitas sucessivas ao comércio e à indústria, para a coleta de recursos, o que prejudica o movimento dos negócios.
- 2 – Redução de despesas de expediente e de esforço dos colaboradores.

Por minha parte ainda vejo outro fator de grande importância, o de se estabelecer estreita ligação entre as obras sociais, mantendo a

harmonia e a compreensão das necessidades de cada uma, afastando as incompreensões, que a distância gera e fomenta.

No período da campanha, não é indispensável que a contribuição se faça exclusivamente em dinheiro. O donativo pode ser feito em máquinas, móveis, utensílios diversos e até mesmo gêneros, para os quais se dá avaliação concreta no balancete. Qualquer contribuição será bem recebida.

Não é preciso dizer que será de boa política, acabando o movimento e apurados os resultados, dar-lhes ampla publicidade, salientando o valor das ofertas.

Nem sempre, porém, será fácil nas pequenas cidades do interior conseguirmos um movimento de tal envergadura. Lembraria ainda outro recurso, que me foi salientado pelo Sr. Diretor da D.O.H., como tendo produzido ótimos resultados. É o de manterem os hospitais ou instituições médico-sociais, um boletim mensal informativo, do qual constem os donativos feitos, o movimento médico social, o trabalho realizado nos vários serviços, os acontecimentos mais salientes na vida do estabelecimento ou da cidade, e assim por diante. Com isto obtem-se ampla divulgação na sociedade e chama-se a atenção do público para as obras sociais e suas necessidades, estimulando novas contribuições.

Vimos, também, na América do Norte as Associações de Assistência Hospitalar, surgidas com objetivo de promover o bem-estar do Hospital e o bem comum. É uma instituição que congrega sócios e colaboradores, consegue recursos, auxilia gratuitamente os serviços internos por vários processos. Ela mantém um voluntariado para suprir as necessidades internas de pessoas, para os serviços mais elementares, como por exemplo: na sala de admissão a voluntária recebe o visitante, presta esclarecimentos, leva-o à autoridade procurada, orienta-o para o serviço que deseja, auxilia as A. Sociais na busca de dados ou esclarecimentos sôbre doentes externos, distribui as fichas e as recolhe nos ambulatórios.

É ela que se encarrega da distribuição dos livros aos doentes acamados, mantém a biblioteca dos doentes no hospital, faz a leitura para os doentes cegos ou velhinhos, distrai as crianças que não podem deixar a enfermaria; nas horas permitidas, assiste os doentes na sua vida econômica, procurando as instituições que lhes devem auxílio-doença, fazem-lhes a correspondência, testamento, etc., levam e trazem mensagens da família, mantém o pequeno bazar instalado no hospital para as pequenas aquisições dos doentes, fumo, biscoitos, frutas, linhas, bordados, livros, papel de carta, chinelos, lenços, etc.).

Se ainda o hospital se vir em dificuldade para suprir qualquer falta de material inutilizado, de aquisição inadiável, recorre à Associação Hospitalar, que promove o auxílio necessário. Esta pode ainda manter determinado número de leitos, por contribuição mensal ou anual.

* * *

Entramos, agora, na 2.^a parte da esplanção de hoje que diz respeito às despesas ordinárias, processos e recursos de economia interna.

Partiremos da classificação adotada pela D.O.H., isto é, as 2 grandes classes de hospitais, enquadradas segundo a finalidade:

Hospitais Gerais e Especializados, e prosseguindo, segundo a propriedade e manutenção, isto é:

Oficial, Federal, Estadual ou Municipal e Não Oficial ou particular. Compreendendo: filantrópico, lucrativo, ou não lucrativo.

Vejamos na interpretação da D.O.H. o que compreende por Hospital? São instituições com mais de 25 leitos, quer sejam hospitais-colônia, vila, asilo ou navio-hospital, sanatório, hospital móvel ou hospital de ensino, hospitais gerais e especializados.

Aceita esta classificação oficial que nos esclarece os horizontes, vamos estudar como se processa sua manutenção financeira.

Os Hospitais oficiais, segundo nos informam as últimas estatísticas do D.N.S., representam o maior grupo entre nós. Encontramos em 1.234 estabelecimentos de assistência espalhados pelos 1.573 municípios brasileiros, sendo 638 hospitais gerais, fichados em 1942.

Como se mantêm estes hospitais? Sabemos todos que a fonte de substância das dependências oficiais se encontra nas dotações orçamentárias, decretadas anualmente pelo Governo.

É interessante rever o processamento orçamentário.

No 1.^o trimestre de cada ano as repartições do governo recebem os formulários próprios para a proposta orçamentária. Esta inclui inventário das aquisições nos 3 últimos anos e estimativa da despesa para o ano posterior.

Toma-se a medida dêsses 3 últimos anos e dá-se uma margem para as necessidades do próximo exercício financeiro. Mas a proposta deve incluir tôdas as aquisições feitas, tôda a despesa empenhada e a ser empenhada durante o ano, e o que se pretende adquirir com a verba solicitada. Por êste processo mantêm-se bem informadas as sub-comissões orçamentárias que, depois de discutirem com os diretores de repartições os prós e contras das dotações e passarem pelo crivo os exageros, apresentam o projeto orçamentário à Presidência da República, segundo os trâmites ordinários. O que é essencial, é que a 31 de dezembro, esteja o orçamento aprovado para que produza os efeitos legais a partir de 1.^o de janeiro, depois de registrado pelo Tribunal de Contas, e entre em execução imediatamente.

Assim, o orçamento para os hospitais oficiais passam por várias fases: planejamento ou elaboração, discussão, aprovação e execução, tôdas elas sujeitas a exigências e formalidades.

Na execução orçamentária, as repartições devem se ater à utilização do duodécimo da dotação, mensalmente.

Hoje, com a catalogação do D.F.C., determinadas aquisições estão classificadas para aquisição em grupos bi ou trimensais, o que não vem em prejuízo do administrador, uma vez que, poderá fazer seus cálculos para utilizar a verba, em 4 ou 6 períodos durante o ano, sem ultrapassar a dotação global.

O controle dos gastos, está afeto ao Tribunal de Contas, segundo as disposições do Código de Contabilidade Pública, enquanto as aquisições, são acompanhadas pelas divisões de material das Secretarias e Ministérios, que agem em perfeita união de vistas com a Divisão de Material do D.A.S.P.

Completando esta rigorosa aplicação dos dinheiros públicos, os relatórios dos chefes de serviço dizem dos gastos empenhados, das verbas utilizadas, dos saldos apurados, das suplementações solicitadas e de tudo mais que diga respeito às necessidades do serviço.

Acabamos de ver, rapidamente, como se processa a economia interna nos hospitais e departamentos do governo. *Mutatis mutandi*, poderemos aplicar esta medida que nos parece ideal, aos estabelecimentos de caráter particular, com a vantagem de, sem mecanismo burocrático – que em certos casos lhe emperra e retarda o andamento, tirar desse processo o que pode oferecer de vantajoso, isto é: planejamentos das despesas, seu controle e boa execução.

Na impossibilidade de vos apresentar um estudo mais pormenorizado do que pode fazer um hospital de caráter privado, peço licença para tecer algumas considerações sobre o relatório apresentado pela Santa Casa de Misericórdia, na sessão de 20 de agosto de 1944, pela palavra do Dr. Ary de Almeida e Silva (obtida pela gentileza do Dr. Carlos Martins Pena, Mordomo da Santa Casa (Instituto de Educação Social):

“A Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, que apresenta a maior rede de instituições hospitalares e para-hospitalares de caráter beneficente privada, nesta cidade, naquele ano, manteve em funcionamento 15 dependências, utilizando uma renda imobiliária de Cr\$ 769.042.000,00 acrescida de exíguas subvenções oficiais e doações filantrópicas de particulares.

Com esta verba a Santa Casa atendeu a 1 Hospital Geral onde foram internados 8.766 doentes, um Laboratório, um Instituto anátomo-patológico, um Centro de Estudos, um hospital para doentes afetados de tuberculose, de sexo feminino, 3 hospitais para crianças e 4 recolhimentos. Pela leitura de seu relatório, chegamos à conclusão que seu benefício se estendeu aproximadamente a 6.000 internações anuais, enquanto os ambulatórios atendiam a cerca de 250.000 consultas.

Somente os gastos do Hospital Geral ascenderam a Cr\$ 5.801.044,00 o que calculado entre os doentes assistidos levaria o *per capita* dessa instituição a menos de Cr\$ 2,00 diários”.

Já ouvimos dizer que o ideal do hospital moderno é estabelecer uma reserva para melhoramento e ampliação, aparelhagem, etc., partindo do pressuposto que a finalidade do hospital é oferecer ao doente, acomodação, alimentação e tratamento rigorosamente convenientes.

A criação da Divisão de Organização Hospitalar, não visa outro objetivo do que a concretização deste ideal.

Tôda reserva calculada para o hospital, deve ser constituída à base de suas necessidades imediatas, partindo do indispensável e rigorosamente inadiável para o ideal realizável. Na estimativa de qualquer utilidade, é óbvio que os cálculos devem prever: uso, desgaste, reserva e emergência, para que as faltas não venham em prejuízo do doente. Não pode o administrador pensar em novas instalações ou novos serviços, quando os saldos orçamentários não justifiquem e garantam uma margem para seu perfeito mecanismo, sem prejuízo dos que já exista, pois qualquer fracasso lhe acarretaria o descrédito, uma vez que, as novas teorias da arte de administrar não endossam justificativa para planos inexecutáveis.

Por este princípio, devemos convir, que não seria aceitável a criação de ambulatorios, sem a garantia do receituário e recursos para distribuição de medicamentos, da mesma forma que não seria razoável pensar em instalação de sala de operações que não pudesse dispor da aparelhagem para esterilização, repouso, anestesia, preparação de material e vestiário para o pessoal de serviço, assim por diante.

Sabemos que as despesas hospitalares oficiais incluem:

Verba Pessoal: técnico ou especializado, pessoal de limpeza, de manutenção e conservação e de serviço doméstico e

Verba Material: destinada ao tratamento dos doentes, à conservação, asseio e higiene, aos serviços mecânicos, lubrificação, etc., ao preparo de alimentação, ao serviço de lavanderia e rouparia, aos serviços de administração e expediente e, nos hospitais privados, ainda à publicidade.

Temos ainda nos serviços oficiais as verbas para serviços e encargos e as destinadas a eventuais.

A exigüidade do tempo não nos permite um estudo pormenorizado dos gastos nos hospitais oficiais, porque isto se prende a uma série de circunstâncias que exigiriam buscas, etc.

É interessante, porém, salientar que no Ministério da Educação e Saúde, no exercício de 1945, 1/30 aproximadamente na renda global do orçamento da república foi consumido com pessoal, enquanto a verba material absorvia 1/60 desta mesma renda. A verba eventuais foi calculada aproximadamente em 1/10 da verba material.

E as instituições particulares de que viverão? De suas rendas de patrimônio, de imóveis e propriedades, de doações, de subvenções federais, estaduais ou municipais, da venda de produção interna, da renda de serviços (Partos, Raios X, Exames de Laboratórios, etc.). Por

outro lado, têm, às vèzes de enfrentar despesas além dos gastos, de prédios, impostos, taxas, depreciação de edifícios, restaurações. Para tudo isto terão de constituir reservas, numa conta de chegar que nem sempre é fácil.

Deixamos, propositadamente, para o fim desta explanação um assunto capital na economia hospitalar, e do qual depende seu valor real como instituição médico-social.

Se chegarmos à conclusão de que a finalidade máxima do hospital moderno é a acomodação e o tratamento convenientes do doente, chegaremos logo à outra conclusão lógica que é a de que nada se poderá conseguir neste hospital sem o auxílio e a colaboração de elementos capazes, principalmente em seu corpo técnico, isto é: que o corpo médico seja secundado de um bom serviço de enfermagem e de assistência social. Já estamos longe daqueles tempos em que o hospital via o doente apenas como um ser isolado dos fatores sociais que o cercavam e que o levavam à doença. O Hospital de hoje encara o doente psicológico. O trabalho médico assistencial que se inicia nos Distritos sanitários ou no ambulatório, como o anamnese, pesquisa nas condições da família do doente, em seu ambiente social, as causas predisponentes, os fatores que influem para o desenvolvimento de seu estado patológico. Esta nova atitude do hospital levou a sala de admissão a um estado dinâmico construtivo para um tratamento eficiente da doença em todos os seus aspectos.

Para esta tarefa entram em campo o médico, o higienista, o psiquiatra, a enfermeira de S. Pública e o Hospital, a nutricionista, a A. Social, etc., etc. Todos êstes elementos preciosos na vida de um hospital constituem parte de sua reserva técnica; são as rodas de uma máquina cuja finalidade é a reconstrução do indivíduo para uma vida melhor, mais proveitosa, mais útil à coletividade, para que realizem seus mais altos objetivos como cidadãos, sem se esquecer que aos seus direitos correspondem também os de seu próximo, que êle é uma parte do todo, dessa humanidade a que o Criador esperou, confiou e fez multiplicar o talento confiado.

* * *

O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL E SUAS VÁRIAS ASSISTÊNCIAS

Por MELLE. MARSAUD (*)

SUMÁRIO – *Assistência social ao doente: Indigente, contribuinte parcial e contribuinte total. Assistência à família. Assistência jurídica, espiritual ou religiosa, recreacional, educativa ou de ensino. Escola ou Curso, Clubes, Biblioteca, Teatro e Cinema, Lojas, Cantinas, etc.*

I – PRIMEIRAS BASES DO SERVIÇO SOCIAL:

O espírito de fraternidade cristã, dos primeiros tempos da Igreja Católica.

O espírito da caridade realizadora de São Vicente de Paulo considerado o iniciador da Assistência.

A utilização dos métodos modernos de trabalho, aplicados à organização, continuidade, disciplina do Serviço Social, condição da sua eficiência.

Nos tempos atuais o Serviço Social em geral se distingue por duas características:

- a) a *observação* e o estudo dos casos pela investigação.
- b) a realização do trabalho em relação às *causas* dos flagelos sociais.

Estas duas características estabelecem a diferença entre o Serviço Social e Assistência Social.

Os dois tratam dos problemas físicos, econômicos, morais e intelectuais ou religiosos com uma atuação diferente – pois a Assistência é uma atuação direta, imediata, e o Serviço Social age principalmente sobre as causas estudadas através das *pesquisas*.

(*) Diretora da Escola de Serviço Social – Rio de Janeiro, D.F.

Aplicação ao Serviço Social se faz em diversos campos, como sejam:

Serviço Social da infância,
Serviço Social dos trabalhadores,
Serviço Social dos imigrantes,
Serviço Social dos doentes,
Serviço Social dos presos,
Organização de recreio,
Organização de órgãos de ligação:
 Federações,
 Secretariados Sociais,
 Fichário Central, etc.

II – SERVIÇO SOCIAL DE DOENTES:

Esta dissertação visa apenas o item “8” – Serviço Social e Assistência hospitalar, assistência prestada no Hospital ou no Ambulatório. O que há de comum é sempre a colaboração com o serviço médico. O complemento necessário.

A *Finalidade* do Serviço Social no Hospital será:

- 1.º) Fornecer ao Médico e à Enfermeira e também à Administração do Hospital informações sôbre a vida e condições do doente;
- 2.º) Levar à família do doente as informações do Médico todo o possível conforto;
- 3.º) Cuidar dos problemas causados pela ausência do doente, afastado do lar;
- 4.º) Preparar a volta, a convalescença e a readaptação do doente, na família e na sociedade.

Pode êste serviço ser especializado , sendo por exemplo:

- Serviço Social referente a doentes de lepra.
- Serviço Social para tuberculosos.
- Serviço Social “ cancerosos
- Serviço Social “ cardíacos.
- Serviço Social “ diabéticos, etc.

No *Ambulatório* atua o Serviço Social:

- 1.º) No sentido de estudar as possibilidades do *doente externo*, obter tratamento apropriado (a domicílio por ex.), interêsse pela freqüência do beneficiado.
- 2.º) Transmitir explicações à família com relação ao tratamento, etc.

O *Funcionamento* requer:

Plantão instalado seja no Hospital, seja no Ambulatório, na hora da visita médica para o contato com o médico e o doente, e com a família do doente.

As *visitas* ao lar dos enfermos – Providências – Cooperação de outras instituições.

As *Diligências* em relação aos casos encontrados, etc. e assistência aos mesmos.

Cooperação: – A *Organização* do Serviço Social pode ser *autônoma*, no mesmo plano da administração do Hospital, ou dentro do plano geral. O serviço social pertence ao Hospital, *subordinado* ao Diretor em igualdade de condições como suas várias divisões internas ou seções. Porém, quer num ou outro caso, sua colaboração será a mesma, sujeira ao mesmo regime de organização interna, apenas divergindo quanto à orientação administrativa, sendo as mesmas as finalidade.

O médico e a Assistência Social têm, cada um, uma atuação distinta, completando-se em benefício do bem comum, sem invadir um o campo do outro. Apenas, em alguma circunstâncias, a Assistência Social procura suprir a falta da Enfermeira e vice-versa, principalmente enquanto forem escassos os elementos das duas profissões.

Bibliografia: – “Outras informações sôbre Serviço Social junto aos doentes poderão ser encontradas em vários livros, jornais e revistas”.

ESTATÍSTICA HOSPITALAR

UNIDADES E MEDIDAS ESTATÍSTICAS DE UTILIZAÇÃO NO HOSPITAL

OBERDAM REVEL PERRONE

- Técnico em Organização e Administração Hospitalares, pelo Departamento Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 1954.
- Assessor Técnico da Comissão Especial, incumbida de elaborar Ante-Projeto de Lei Orgânica de Assistência Médico-Hospitalar no País, 1955.
- Membro da Comissão de Estatística da Saúde e Bem Estar Social, do Conselho Nacional de Estatística.
- Professor do Curso de Organização e Administração Hospitalares, do D.N.S., M. S., 1959.
- Professor do Curso de Organização e Administração Hospitalares, da Escola Nacional de Saúde Pública, M. S., 1959/64.
- Coordenador e Professor do Curso de Arquivo Médico, do D.N.S., M.S., 1962.
- Professor do Tópico “Arquivo Médico e Estatística Hospitalar”, do Curso de Planejamento, Organização e Administração Hospitalares, da Escola Médica de Pós-Graduação, da Pontifícia Universidade Católica, GB, 1962/64.
- Professor do Curso de Arquivo Médico, da Diretoria-Geral de Saúde, do Ministério da Guerra, Rio de Janeiro, GB, 1964.
- Da Assessoria Técnica do Hospital dos Bancários, GB – 1964.
- Consultor Hospitalar da SUSEME – 1964.

Ao se organizar um plano de coleta de dados no Hospital, é indispensável ter-se em mente que o método estatístico “é essencialmente uma técnica de pesquisa científica”. Sua aplicação não pode ser improvisada ou levada a termo de modo arbitrário, mas deve obedecer a um conjunto de regras e critérios cuidadosamente programados e rigorosamente observados.

Inicialmente, impõe-se uma adequada e racional planificação do sistema de coleta de informações. Que se pretende pesquisar? Quais os

objetivos da pesquisa? É preciso estabelecer o que se quer saber, antes de determinar o que se vai perguntar.

A seguir, cumpre estabelecer como deverá ser feito o levantamento e quais os instrumentos de coleta a serem utilizados. A formulação dos quesitos deve merecer a mais acurada atenção. Não esquecer jamais que as informações terão que ser comparadas, entre si, e que só se podem comparar fatos ou coisas da mesma natureza, contados ou medidos de maneira uniforme. E só é possível contar ou medir quando se estabelece previamente o que deve ser incluído e o que deve ser excluído.

Quando se indaga, por exemplo, qual a "lotação do Hospital", deve ficar claramente definido: a) que deve ser compreendido como "leito hospitalar" e quais as suas modalidades; b) quais os leitos que devem ser incluídos na lotação do Hospital; e c) quais os leitos ou camas que não devem ser consideradas nesta rubrica.

Outro exemplo: ao se indagar pelo número de "óbitos pós-operatórios", deve-se esclarecer: a) o que é "óbito pós-operatório"; b) quais os óbitos que devem ser incluídos; c) se no cômputo devem ser incluídos os óbitos que ocorreram durante as primeiras 24 ou 48 horas, ou se também os que se verificaram dentro dos primeiros 10 dias, a contar da data da operação.

Ao se caracterizarem êsses e tantos outros aspectos, chega-se à conceituação do que se conhece como "unidades estatísticas", que se definem como "fatos ou coisas, contados ou medidos, que se representam por valores numéricos". Segundo Whipple, "nenhuma parte do estudo estatístico exige maior cuidado do que a definição das unidades estatísticas a serem empregadas".

"Tôda unidade estatística", afirma Lincoln de Freitas Filho (5), "deve ser definida com clareza, precisão e rigor absoluto e deve ser fielmente respeitada, durante todo o decurso da investigação". Na opinião dêsse Autor, as principais características de uma boa unidade estatística são: a) propriedade ou adequação ao objetivo da investigação; b) clareza; c) mensurabilidade e d) comparabilidade.

A necessidade de uniformização e padronização das unidades e medidas estatísticas vem de há muito constituindo preocupação constante de órgãos e entidades, oficiais ou particulares, de associações científicas, técnicos e diretores de hospitais. Não obstante, cumpre reconhecer que alguns conceitos não estão ainda adequadamente padronizados.

Ao elaborar o presente trabalho, em 1964, procurou o Autor reunir, de maneira sistematizada, conceitos e definições das principais unidades e medidas estatísticas, comumente utilizadas no Hospital. Em caso de divergências, preferiu conceitos já consagrados pelo uso ou recomendados por autoridades ou entidades científicas de projeção internacional.

Como colaboração pessoal, além da sistemática adotada, apresentava à consideração dos estudiosos algumas sugestões, entre as quais:

a) a adoção da unidade “óbito operatório”, não considerada até o presente; b) a substituição da expressão “altas (e óbitos)” por “pacientes saídos” e c) uma nova classificação para “altas” e “óbitos”.

Ao rever o trabalho, para reimpressão, o Autor teve oportunidade de fazer uma revisão da matéria e modificar a apresentação gráfica do texto, além de juntar algumas sugestões sobre a conceituação de “mortalidade infantil”.

Ao agradecer as sugestões que lhe foram apresentadas, reafirma que continuará recebendo, com satisfação, sugestões e críticas que visem a aprimorar o trabalho ora divulgado.

1.^a PARTE – UNIDADES ESTATÍSTICAS

Paciente Hospitalar (1)

DEFINIÇÃO: indivíduo que procura o Hospital ou a êle é encaminhado e nêle é admitido para fins de diagnóstico e/ou tratamento. A primeira admissão implica na *matricula* e na conseqüente abertura do prontuário médico. Nas admissões subseqüentes, retificam-se apenas alguns “registros” de paciente já matriculado (2).

MODALIDADES:

a) quanto ao tipo de atendimento:

I – PACIENTE INTERNO OU INTERNADO é o indivíduo admitido no Hospital, que passa a ocupar regularmente um leito hospitalar e a receber cuidados constantes de enfermagem.

II – PACIENTE EXTERNO ou DE AMBULATÓRIO é o indivíduo admitido no Hospital e que recebe assistência sem ocupar regularmente um leito hospitalar.

-
- (1) A expressão “paciente” nos parece mais adequada do que “doente”. De acôrdo com o “Pequeno Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa” (9.^a ed., Edit. Civil. Brasil., Rio de Janeiro, 1951), “doente” é “quem tem doença; enfêrmo; pessoa doente; e “paciente” é “sofredor, pessoa que padece ou “vai padecer”; doente; o que recebe a ação de um agente”. No “Lello Universal & Irmão, Pôto, Portugal), lê-se: “doente: que tem qualquer alteração da saúde; que sofre incômodo físico ou moral; pessoa doente”. “Paciente; pessoa que suporta uma operação cirúrgica; pessoa doente; que recebe ou sôbre que vai recair um agente físico.
- (2) A expressão “registro” deve, a nosso ver, ser utilizada para indicar não só o registro inicial do paciente, mas tôda e qualquer anotação de dados e informações que se façam, no Hospital, para fins estatísticos. Essa a razão por que propomos a substituição de “número de registro” por “número de matrícula.”

- b) quanto à época do atendimento:
- I – PACIENTE NÔVO é o indivíduo que procura o Hospital pela primeira vez.
 - II – PACIENTE ANTIGO é o indivíduo que procura o Hospital no qual já foi admitido anteriormente.
- c) quanto à categoria:
- I – PACIENTE CONTRIBUINTE é aquele que retribui, com pagamento total ou parcial, direta ou indiretamente, pela assistência recebida.
 - II – PACIENTE NÃO CONTRIBUINTE é aquele que não retribui com qualquer pagamento pela assistência recebida.
- d) quanto ao grupo etário (*):
- I – RECÉM-NASCIDO OU RECÉM-NATO é a criança nascida viva, dentro dos primeiros 28 dias a contar da data do nascimento:
 RECÉM-NASCIDO NORMAL é o produto da concepção que, após completa expulsão ou extração do corpo materno, independentemente da duração da gravidez, respira ou apresenta outra evidência de vida (batimentos car-

(*) É impossível fixar critério único na distribuição dos pacientes em grupos etários. Os grupos podem ter a mesma amplitude (5, 10 ou 20 anos), ou amplitudes diferentes, na dependência dos objetivos da pesquisa e das características do hospital. Se se pretende, por exemplo, estudar as doenças predominantes na infância, é aconselhável o desdobramento dos grupos em anos sucessivos, até os 10 anos de idade; depois, em grupos de 5 anos, até os 19 anos; finalmente, num só grupo, compreendendo os de 20 anos e mais. Já para o estudo de doenças que predominam na velhice, adotar-se-á critério inverso: 0-19 anos; 20-39 anos e, de 40 ou 50 anos em diante, agrupar os pacientes de 5 em 5 anos.

Lincoln de Freitas Filho (2) admite o seguinte grupamento:

Grupos de Idade	Fases da vida
– 1 ano	Infância
1 – 4 anos	Pré-escolar
5 – 14 anos	Escolar
15 – 24 anos	Adaptação ou treinamento
25 – 44 anos	1.ª fase de trabalho
45 – 64 anos	2.ª fase de trabalho
65 anos e mais	Aposentadoria

díacos, pulsação do cordão umbilical ou nítidos movimentos dos músculos voluntários), tenha ou não sido descolada a placenta.

IMATURO é o produto da concepção que, ao nascer, pesa 2.500 gramas ou menos. Se o peso não foi especificado, a criança nascida viva, após um período de gestação de menos de 37 semanas ou designada como “premature”, pode ser classificada como “imature”.

Geralmente, considera-se como feto viável o que atingiu a 28 semanas de gestação.

II – LACTENTE é o paciente de mais de 28 dias e de menos de 1 ano de idade.

III – CRIANÇA é o paciente de 1 ano e mais e de menos de 14 anos de idade:

PRÉ-ESCOLAR: 1 a 7 anos de idade.

ESCOLAR: 8 a 14 anos de idade.

IV – ADULTO é o paciente com mais de 14 anos de idade:

JOVEM: 14 a 39 anos de idade;

MADURO: 40 a 59 anos de idade;

IDOSO: 60 a 79 anos de idade;

ANCIÃO: 80 anos e mais.

(*) “Anuário Estatístico do Brasil, 1957”, reconhece os seguintes grupos:

Recém-nascido (normal ou prematuro)

Criança – até 14 anos

Adulto:

Jovém.....	15 a 39 anos
Maduro.....	40 a 59 anos
Velho.....	60 a 79 anos
Senil.....	80 anos e mais

A Classificação proposta parece melhor atender às peculiaridades da clientela do Hospital e às reais necessidades de processamento de dados, aí efetuadas. Por outro lado, as definições adotadas obedecem as recomendações mais recentes dos tratadistas e de entidades que tratam do assunto.

Observações:

- a) o número de recém-nascidos será sempre computado em separado, em qualquer levantamento estatístico;
- b) acompanhantes, hóspedes, amigos e parentes do paciente, ainda que tomem refeições e pernoitem no Hospital, não são considerados pacientes hospitalares.

Leito Hospitalar.

DEFINIÇÃO: leito ou cama instalado para uso regular dos pacientes internados, durante seu período de hospitalização.

MODALIDADES:

- I – LEITO PARA ADULTO é o leito de dimensões padronizadas, destinado a servir a doente adulto ou a criança maior.
- II – LEITO PARA CRIANÇA ou LEITO INFANTIL é o leito pequeno, provido de grades laterais ou guardas, destinado a servir a criança pequena (exclusive os destinados a recém-nascidos sadios).

CARACTERIZAÇÃO:

- a) devem ser considerados leitos hospitalares:
 - 1 – os leitos ou camas instalados para uso regular dos pacientes internados, durante seu período de hospitalização;
 - 2 – os leitos das enfermarias ou quartos dos pacientes em observação;
 - 3 – os leitos utilizados por médicos ou quaisquer outros servidores do Hospital, quando doentes, mesmo quando estiverem instalados nos respectivos alojamentos;
 - 4 – os leitos das unidades de isolamento, regularmente ocupados por pacientes acometidos de doenças infecto-contagiosas, de notificação compulsória;
 - 5 – os leitos para isolamento de pacientes de obstetrícia, infectadas ou doentes;
 - 6 – os berços colocados em outras dependências do Hospital que não a creche ou o berçário, e destinados a crianças enfermas.
- b) não devem ser considerados leitos hospitalares:
 - 1 – os berços destinados aos recém-nascidos no Hospital, quando sadios. Tais berços, não incluídos na lotação do Hospital, devem ser computados em separado.

As incubadoras não são incluídas no total de berços para recém-nascidos, mas êstes devem ser considerados como pacientes-dia, enquanto estiverem em tratamento, nos referidos aparelhos.

- 2 – os leitos da Sala de Espera, utilizados por curto espaço do tempo, enquanto estejam sendo preparados os leitos destinados aos pacientes;
- 3 – os leitos transitòriamente utilizados para fins diagnòsticos ou terapêuticos (metabolismo basal, punção raquiana. Banco de Sangue, fisioterapia, etc.);
- 4 – os leitos das salas de socorros urgentes;
- 5 – os leitos instalados nos alojamentos de médicos, enfermeiras e demais servidores do Hospital;
- 6 – os leitos da Sala de Isolamento, transitòriamente ocupados por pacientes acometidos de doenças infecto-contagiosas, de notificação compulsória;
- 7 – os leitos da Sala de Recuperação, transitòriamente ocupados por pacientes recém-operados.

Bêrço é o equipamento instalado no Berçário e destinado aos recém-nascidos no Hospital.

Lotação do Hospital:

- I – LOTAÇÃO ou CAPACIDADE NORMAL ou de OPERAÇÃO é o número de leitos efetivamente existentes no Hospital, respeitadas as normas vigentes.
- II – LOTAÇÃO ou CAPACIDADE DE PLANEJAMENTO é o número máxima de leitos que poderão ser colocados em quartos e enfermarias, respeitadas as normas vigentes.
- III – LOTAÇÃO ou CAPACIDADE DE EMERGÊNCIA é o número de leitos que efetivamente poderão ser colocados no Hospital, com aproveitamento das áreas consideradas utilizáveis, respeitadas as normas vigentes.
- IV – LEITO-DIA é o período de 24 horas durante o qual um leito hospitalar, incluído na lotação do Hospital, se acha disponível, para uso dos pacientes internados.

Acomodações:

- I – QUARTO é o compartimento destinado à internação de um ou dois pacientes.
- II – ENFERMARIA é o compartimento destinado à internação de três ou mais pacientes.

Dia Hospitalar é o período de trabalho compreendido entre dois censos consecutivos.

Tempo de permanência é o número de paciente-dia de serviços prestados a cada paciente, durante o período em que esteve internado. Deve ser computado o dia da admissão, mas não o da alta, a não ser que o paciente tenha sido admitido no mesmo dia.

- I – ADMISSÃO é a aceitação de paciente que procura o Hospital ou a êle é encaminhado, para diagnóstico e/ou tratamento. Para os pacientes que procuram pela primeira vez o Hospital, a admissão implica na matrícula e na abertura do respectivo prontuário médico.

Os nascimentos, no Hospital, devem ser considerados como admissões. Não obstante, recomenda-se que sejam computados em separado.

Quando o indivíduo morre na Sala de Admissão, antes de ser completada a rotina de internação, deve considerar-se como inexistente a admissão.

O nascido morto ou natimorto não deve ser considerado como admissão, embora deva ser computado, para efeito de levantamento estatístico.

- II – CONSULTA é a unidade de serviço que representa a assistência prestada a um paciente externo, no Ambulatório. Corresponde ao paciente-dia, para os internados.

Considera-se como 1.^a Consulta o primeiro atendimento do paciente, no Ambulatório. As demais consultas, com o mesmo médico ou na mesma Clínica, embora seja o paciente atendido sucessivamente por vários profissionais, serão consideradas como Consultas Subseqüentes. Se o caso fôr encerrado e o paciente tiver alta, sua volta à mesma Clínica ou mesmo especialista será considerada como 1.^a Consulta. Se o paciente, no decurso do tratamento, fôr encaminhado a outra Clínica do Ambulatório, seu primeiro atendimento nessa Clínica será também rotulado como 1.^a Consulta. O atendimento de qualquer paciente, no Ambulatório, em caráter de urgência ou de emergência, será considerado como *Consulta Especial ou Urgente*.

- III – INTERNAÇÃO é a ocupação, por paciente regularmente admitido, de um leito hospitalar.
- IV – PACIENTE-DIA é o período de serviços prestados a paciente internado, entre dois censos diários consecutivos. O dia da alta só é computado quando o paciente tenha sido admitido nesse mesmo dia. O número de pacientes-dias é calculado da seguinte maneira: ao número de pacientes existentes à meia noite (censo da meia noite), ou

às 18 horas (censo das 18 horas), soma-se o número de pacientes admitidos nas 24 horas seguintes e subtrai-se o número de pacientes saídos (altas e óbitos), no mesmo período. A este resultado, acrescenta-se o número de pacientes que entraram e saíram entre os dois censos.

Pacientes Saídos:

I – ALTA ou ALTA HOSPITALAR é a finalização ou interrupção do tratamento de paciente regularmente admitido, que vinha recebendo assistência no Hospital.

ALTA DE PACIENTE INTERNADO é a saída de paciente admitido e que vinha ocupando regularmente um leito hospitalar.

ALTA DE AMBULATÓRIO corresponde ao encerramento do caso de paciente regularmente admitido, que vinha sendo assistido no Ambulatório.

MODALIDADES (*):

- a) quanto à condição ou ao resultado do tratamento:
 - 1 – Curado
 - 2 – Melhorado
 - 3 – Estacionário ou inalterado
 - 4 – Piorado
 - 5 – Não tratado
- b) quanto ao tipo;
 - 1 – Decisão médica
 - 2 – A pedido
 - 3 – Indisciplina ou abandono
 - 4 – Transferência para outra Instituição
 - 5 – Transferência para o Ambulatório
 - 6 – Internação
 - 7 – Veiu só para diagnóstico
 - 8 – Outro.

(*) Tradicionalmente, consideram-se as seguintes modalidades de alta: curado, melhorado, estacionário, piorado, não tratado, só para diagnóstico, a pedido, transferência e óbito. Esse critério encontra-se, por exemplo, no livro "Estatística Médica", de Mariano de Andrade e Aloysio Salles Fonseca (1); no livro "Noções de Bioestatística", de Lincoln de Freitas Filho (2); e em autores americanos, tais como MacEachern (6) e Edna Huffman (5). Não obstante, temos verificado que esse critério pode gerar confusão: o paciente pode ter alta melhorado e a pedido; ou piorado e por indisciplina ou abandono do tratamento; ou ainda, estacionário e por decisão médica. Na verdade, a classificação de altas deve considerar dois aspectos distintos: a condição ou resultado constatado, por ocasião da alta; e o tipo. A classificação apresentada vem sendo defendida pelo Autor, desde 1950 (3).

II – ÓBITO (**):

- a) quanto ao tipo:
 - 1 – sem tratamento; (antes de iniciar-se qualquer tratamento);
 - 2 – no decurso de tratamento clínico (independentemente de operação);
 - 3 – como decorrência de tratamento cirúrgico.
- b) quanto à causa:
 - 1 – ÓBITO OPERATÓRIO é o óbito ocorrido na mesa de operação, como consequência do ato cirúrgico.
 - 2 – ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO é o óbito por hemorragia, choque, embolia, infecção, pneumonia pós-operatória, que ocorra no período de convalescença, ou seja, dentro dos dez primeiros dias a contar da data da operação ("Scoring Report", da "Comissão Conjunta para Credenciação de Hospitais").

Caso haja interesse, podem ser grupados em separado os óbitos ocorridos nas primeiras 12, 24, 48 e 72 horas; e na primeira semana após o ato operatório.
 - 3 – ÓBITO POR ANESTESIA é o que ocorre na mesa de operação e causado por agente anestésico, não em decorrência do ato cirúrgico.
 - 4 – ÓBITO MATERNO é o que ocorre em consequência de complicação da gestação, do parto ou do puerpério ("National Office of Vital Statistics"). Dentro desse conceito, devem ser considerados como óbitos maternos: a) os que ocorrem antes do parto; b) os que ocorrem durante o parto e c) os que ocorrem após o parto, dentro do período puerperal.

(**) A maioria dos autores inclui os óbitos entre as altas. Contudo, tal conceito não parece estabelecido, em definitivo. A prova é que, quando se menciona "alta", anota-se, sistematicamente, ntre parênteses, "(e óbitos)" ou "(óbitos, inclusive)". Temos a impressão de que se poderia sanar o problema substituindo "alta" por "doentes saídos", correspondendo a "discharged", dos autores de língua inglesa. Sob essa rubrica estariam incluídos, tal como é propôsto, "alta" e "óbitos".

5 – ÓBITO FETAL é o que ocorre antes da completa expulsão ou extração do corpo materno, do produto da concepção, independentemente do tempo de duração da gravidez. O óbito é indicado pelo fato de, após a separação, o feto não respirar ou apresentar outra qualquer evidência de vida (batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbilical ou movimentos dos músculos voluntários).

Para conveniência do Hospital, os óbitos fetais devem ser grupados conforme se segue:

Grupo I – óbitos ocorridos antes de completarem-se 20 semanas de gestação (mortalidade fetal precoce), antes considerados como "abortos";

Grupo II – óbitos ocorridos após completarem-se 20 semanas e antes de decorridas 28 semanas de gestação (mortalidade fetal intermediária);

Grupo III – óbitos ocorridos a partir da 28.^a semana de gestação (mortalidade fetal tardia);

Grupo IV – óbitos não classificados nos grupos I, II e III.

Os grupos II e III correspondem aos nascidos mortos ou natimortos, tal como definidos nos Estados Unidos (feto que tenha atingido à 20.^a semana de gestação); enquanto que só o Grupo III seria adotado em substituição ao conceito admitido na Classificação Internacional de Doenças e Causas de Morte.

De qualquer modo, devem os natimortos ser computados em separado, quer como admissão, quer como óbito.

c) quanto ao grupo etário:

1 – ÓBITO NEO-NATAL é o óbito de recém-nascido, ou seja, o que ocorre dentro dos primeiros 28 dias, a contar da data do nascimento.

2 – ÓBITO INFANTIL é o óbito de criança de menos de 1 ano de idade (*).

3 – ÓBITO DE ADULTO é o óbito de paciente de mais de 14 anos de idade.

Os óbitos ocorridos antes de completada a admissão do paciente, os que ocorrem na ambulância ou no caminho para o Hospital, no Setor de Emergência ou na Sala de Admissão, embora computados, não devem ser considerados no cálculo das taxas de mortalidade hospitalar.

Ora, de acôrdo com os dicionaristas, "infância é a fase da vida que vai do nascimento à adolescência" (Pedro A. Pinto, Dicionário de Têrmos Médicos); e "infante, o mesmo que criança" (Pedro A. Pinto, "Pequeno Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa, Lello etc.). Face a essas considerações, as expressões "óbito infantil" e "mortalidade infantil" deveriam abranger os óbitos que ocorrem na infância, ou seja, desde o nascimento até à adolescência.

Assim, seria licito propor a adoção dos seguintes conceitos:

- a) óbito infantil é o que ocorre durante a infância, desde o nascimento até os 14 anos;
- b) os óbitos infantis seriam grupados dentro do seguinte esquema:
 - I – óbito neo-natal, o que ocorre entre os recém-nascidos, ou seja, dentro dos primeiros 28 dias de vida (mortalidade neo-natal). Caso haja interêsse, êsses óbitos poderão ser distribuídos em:
 - óbitos neo-natal precoce (mortalidade neo-natal precoce), os que ocorrem dentro da primeira semana de vida;
 - óbito neo-natal tardio (mortalidade neo-natal tardia), o que ocorre entre o 8.º e o 28.º dias de vida;
 - II – óbito infantil precoce (mortalidade infantil precoce), é o óbito do lactente, ou seja, de criança de mais de 28 dias e de menos de 1 ano de idade;
 - III – óbito infantil intermediário (mortalidade infantil intermediária) é o óbito que ocorre entre 1 e 7 anos de idade;
 - IV – óbito infantil tardio (mortalidade infantil tardia) é o óbito que ocorre entre 8 e 14 anos de idade.

(*) Esta é a definição clássica, adotada em Bioestatística. Os autores consideram, também, as seguintes modalidades de óbitos infantis: o que ocorre na primeira semana de vida (mortalidade infantil precoce), também chamado primohebdomadário ou primodecadário (2, 154); o que ocorre no primeiro mês de vida (mortalidade neo-natal); e o que ocorre entre os infantes, ou seja, crianças de 1 a 11 meses de idade (mortalidade infantil tardia) (2,155 e 14,149). Dentro dêsse conceito, aliás, a mortalidade infantil precoce representaria um aspecto delimitado da mortalidade neo-natal.

2.ª PARTE – MEDIDAS ESTATÍSTICAS

Utilização dos leitos:

I – CENSO DIÁRIO é o levantamento, cada 24 horas, do número de leitos ocupados.

II – MÉDIA DOS CENSOS DIÁRIOS:

DEFINIÇÃO: também chamada média de pacientes-dias, é o número médio de pacientes internados que receberam assistência em cada dia, durante determinado período de tempo. Calcula-se, dividindo-se o total de pacientes-dia, em determinado período de tempo, pelo número de dias desse período:

FÓRMULA:

$$\frac{\text{Total de pacientes-dia, durante determinado período de tempo}}{\text{Total de dias, no mesmo período}}$$

EXEMPLO: se, durante o ano, receberam assistência 50.420 pacientes internados, a média dos censos diários será de:

$$\frac{50.420}{365} = 138 \text{ pacientes-dia}$$

III – MÉDIA DO TEMPO DE PERMANÊNCIA-DIAS:

DEFINIÇÃO: corresponde ao número médio de pacientes-dia de serviços prestados individualmente a cada paciente, durante determinado período de tempo. Calcula-se, dividindo-se o total de pacientes-dia, durante determinado período de tempo, pelo total de pacientes saídos (altas e óbitos), no mesmo período.

FÓRMULA:

$$\frac{\text{Total de pacientes-dia, durante determinado período de tempo}}{\text{Total de pacientes saídos, no mesmo período}}$$

Processo mais rigoroso, embora mais trabalhoso, consiste em determinar o total de pacientes-dia de serviços prestados a cada paciente, em determinado período de tempo, e dividi-lo pelo número desses pacientes. Êste processo foi adotado em 1950, no Serviço Nacional de Tuberculose, do Ministério da Saúde, por proposta do Autor, e vem sendo regularmente utilizado em todos os hospitais que, no Brasil, internam tuberculosos (3).

No cômputo da média do tempo de permanência-dias não devem ser incluídos os recém-nascidos.

VALORES IDEAIS: 6-10, no máximo 15 dias, para hospitais gerais, de acôrdo com a experiência americana. No ano de 1951, a média nos hospitais da Suécia foi de 14,8 dias. No Brasil, no mesmo ano, o Hospital das Clínicas, de São Paulo, SP, registrou 26 a 28 dias; e o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, 21,5 dias.

IV – PERCENTAGEM DE OCUPAÇÃO:

DEFINIÇÃO: relação percentual entre o número de pacientes-dia e o de leitos-dia (v. 122.4) em determinado período de tempo; ou relação percentual entre a média dos censos diários (211) e a lotação do hospital (122).

Para ser calculada por dois processos:

1.º Processo: relação percentual entre o total de pacientes-dia e o total de leitos-dia.

FÓRMULA:

$$\frac{\text{Total de pacientes-dia, em determinado período de tempo} \times 100}{\text{Total de leitos-dia, no mesmo período}}$$

2.º Processo: relação percentual entre a média dos censos diários, em determinado período de tempo, e a lotação do Hospital, no mesmo período.

FÓRMULA:

$$\frac{\text{Média dos censos diários em determinado período de tempo} \times 100}{\text{Lotação do Hospital, no mesmo período}}$$

VALORES IDEAIS: 80% (entre 75 e 80% – MacEacher (6.202).

Taxas de infecção:

I – Taxa bruta ou global de infecção

DEFINIÇÃO: relação percentual entre o número total de infecções, em determinado período de tempo, e o total de pacientes saídos, no mesmo período.

FÓRMULA:

$$\frac{\text{Total de infecções, em determinado período de tempo} \times 100}{\text{Total de pacientes saídos, no mesmo período}}$$

II – Taxa específica de infecção

DEFINIÇÃO: relação percentual entre o número de infecções a serem debitadas ao Hospital, em determinado período de tempo, e o total de pacientes saídos, no mesmo período.

FÓRMULA:

$$\frac{\text{Total de infecções ocorridas no hospital, durante determinado período de tempo} \times 100}{\text{Total de pacientes saídos, no mesmo período}}$$

De acordo com as disposições regulamentares do Hospital ou do Corpo Clínico, caberá ao Serviço onde foi constatada a infecção ou a uma das comissões do Corpo Clínico, esclarecer se a infecção deve ser considerada como hospitalar ou não hospitalar. Em outras palavras, deve esclarecer-se se a infecção constatada após operação asséptica, nascimento ou no decurso do tratamento de um paciente clínico, já estava presente, na época da admissão. Deve ficar claro que o esclarecimento dos casos de infecção é feito com o intuito de determinar-lhes as causas

e evitar-lhes a repetição, e não para evidenciar possíveis erros por parte do médico-assistente.

Considera-se como infecção hospitalar ou institucional:

- a) a infecção que não foi constatada por ocasião da admissão do paciente, mas foi reativada ou patenteada após a mesma;
- b) no caso de infecção pós-operatória, é "a infecção introduzida numa ferida ou cavidade do corpo, durante o ato operatório ou quando dos cuidados pós-operatórios, nos casos em que a infecção não existia anteriormente e quando não tenha sido inadvertidamente penetrada uma cavidade contaminada, durante a intervenção."

As infecções ocorridas nos serviços de Cirurgia e Obstetrícia são as mais aparentes e também as mais comumente referidas, embora tôdas as infecções devessem ser referidas, para estudo e localização, pelo Corpo Clínico.

A base para o cômputo de infecção obstétrica é a constatação de uma temperatura de 39° C, ocorrida durante dois dos dez primeiros dias após o parto, excluídas as primeiras 24 horas (definição do "American Committee on Maternal Welfare").

Taxas de Mortalidade

- a) quanto ao tipo:

I – TAXA BRUTA OU GLOBAL DE MORTALIDADE

DEFINIÇÃO: relação percentual entre o número de óbitos ocorridos no Hospital, durante determinado período de tempo, e o total de pacientes saídos, no mesmo período.

FÓRMULA:

$$\frac{\text{Total de óbitos ocorridos no Hospital, durante determinado período de tempo}}{\text{Total de pacientes saídos, no mesmo período}}$$

VALORES MÁXIMOS:

Hospitais de agudos: 3%
 Hospitais de crônicos: 4%
 Casos cirúrgicos: 1-2%

II – TAXA ESPECÍFICA DE MORTALIDADE ou TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL

DEFINIÇÃO: relação percentual entre o número de óbitos ocorridos no Hospital, a partir de 48 horas a contar da hora da admissão, em determinado período de tempo, e o total de pacientes saídos, no mesmo período.

FÓRMULA:

$$\frac{\text{Total de óbitos 48 horas + durante determinado período de tempo} \times 100}{\text{Total de pacientes saídos, no mesmo período}}$$

VALORES MÁXIMOS: Hospitais de agudos – 2.5%.

b) quanto à causa:

I – TAXA DE MORTALIDADE OPERATÓRIA

DEFINIÇÃO: relação percentual entre o número de óbitos operatórios, ocorridos durante determinado período de tempo, e o total de pacientes operados, no mesmo período.

FÓRMULA:

$$\frac{\text{Total de óbitos trans-operatórios, em determinado período de tempo} \times 100}{\text{Total de pacientes operados, no mesmo período}}$$

II – TAXA DE MORTALIDADE PÓS-OPERATÓRIA

DEFINIÇÃO: relação percentual entre o número de óbitos pós-operatórios, ocorridos durante determinado período de tempo, e o total de pacientes operados, no mesmo período.

FÓRMULA:

$$\frac{\text{Total de óbitos pós-operatório, em determinado período de tempo} \times 100}{\text{Total de pacientes operados, no mesmo período}}$$

VALORES MÁXIMOS: 1% – A taxa de 2% deve ser considerada excessiva, a não ser que haja uma razão ponderável.

DEFINIÇÃO: relação percentual entre o número de óbitos por anestesia, ocorridos durante determinado período de tempo, e o total de anestésias administradas, no mesmo período.

FÓRMULA:

$$\frac{\text{Total de óbitos por anestesia, durante determinado período de tempo} \times 100}{\text{Total de anestésias, no mesmo período}}$$

VALOR MÁXIMO: 1 óbito em cada 5 anestésias.

IV – TAXA DE MORTALIDADE MATERNA

DEFINIÇÃO: relação percentual entre o número de óbitos maternos, ocorridos durante determinado período de tempo e o total de pacientes obstétricas saídas, no mesmo período.

FÓRMULA:

$$\frac{\text{Total de óbitos maternos, durante determinado período de tempo} \times 100}{\text{Total de pacientes obstétricas saídas, no mesmo período}}$$

VALORES MÁXIMOS: 0,20 a 0,5%.

c) quanto ao grupo etário:

I – TAXA DE MORTALIDADE FETAL

DEFINIÇÃO: relação percentual entre o número de óbitos fetais, ocorridos durante determinado período de tempo, e o total de nascimentos, no mesmo período.

FÓRMULA:

$$\frac{\text{Total de óbitos fetais, ocorridos durante determinado período de tempo} \times 100}{\text{Total de nascimentos no mesmo período}}$$

II – TAXA DE MORTALIDADE NEO-NATAL

DEFINIÇÃO: relação percentual entre o número de altos de recém-nascidos, em determinado período de tempo, e o total de crianças vivas, no mesmo período.

FÓRMULA:

$$\frac{\text{Total de óbitos de recém-nascidos em determinado período de tempo X 100}}{\text{Total de crianças nascidas vivas, no mesmo período}}$$

O cálculo da taxa de mortalidade neo-natal é impraticável, na maioria dos hospitais, de vez que não dispõem eles de um eficiente serviço de "follow-up". Porisso mesmo, o que se costuma fornecer, sob a rubrica de "taxa de mortalidade neo-natal", não corresponde à realidade, mas se refere aos óbitos de recém-nascidos ocorridos durante os dois ou três primeiros dias, após o nascimento, durante o quais permanece o recém-nascido no hospital, em companhia da progenitora.

VALORES MÁXIMOS: a taxa de 2%, indicada pela Comissão Conjunta para Credenciação de Hospitais ("Scoring Report"), é válida para os 10 primeiros dias de vida.

III – TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (v. pág. 316, rodapé).

DEFINIÇÃO: relação percentual entre o número de óbitos de crianças nascidas vivas, no Hospital, em determinado período de tempo, e o número de nascidos vivos que tiveram alta (e óbitos), durante o mesmo período.

FÓRMULA:

$$\frac{\text{Total de óbitos de crianças nascidas vivas, no Hospital em determinado período de tempo X 100}}{\text{Total de óbitos de crianças nascidas vivas, no Hospital que tiveram alta (+ óbitos), no mesmo período.}}$$

Taxas de Necrópsias:

DEFINIÇÃO: relação percentual entre necrópsias e óbitos.

Não devem ser incluídas, no cálculo, as necrópsias realizadas em natimortos, nos casos que chegaram mortos ao Hospital, e nos casos entregues às autoridades legais, muito embora essas necrópsias possam ser incluídas no relatório mensal do patologista.

I – TAXA BRUTA OU TAXA GLOBAL DE NECRÓPSIAS

DEFINIÇÃO: relação percentual entre o total de necrópsias realizadas em determinado período de tempo e o total de óbitos, no mesmo período.

FÓRMULA:

$$\frac{\text{Total de necrópsias, em determinado período de tempo} \times 100}{\text{Total de óbitos, no mesmo período}}$$

II – TAXA ESPECÍFICA DE NECRÓPSIAS

DEFINIÇÃO: relação percentual entre o total de necrópsias realizadas em determinado período de tempo e o total de óbitos, no mesmo período, menos os casos médico-legais, não necropsiados no Hospital.

VALORES MÍNIMOS (para hospitais gerais):

Associação Médica Americana (para hospitais com internos e residentes): 25%.

Comissão Conjunta para Credenciação de Hospitais: 20%.

Taxa de complicações:

DEFINIÇÃO: relação percentual entre o número de complicações ocorridas no Hospital e o total de pacientes saídos.

FÓRMULA:

$$\frac{\text{Total de complicações, durante determinado período de tempo} \times 100}{\text{Total de paciente saídos, no mesmo período}}$$

Total de paciente saídos, no mesmo período

São consideradas como complicações, entre outras, as pneumonias pós-operatórias, flebites, embolias, trombozes e hemorragias, ocorridas nos casos de cirurgia asséptica, nos casos obstétricos e nos casos clínicos em geral. É interessante que se esclareçam tais complicações, em suas relações com os pareceres solicitados.

VALORES MÁXIMOS: 3-4% dos casos

Taxa de pareceres:

DEFINIÇÃO: relação percentual entre o total de pacientes para os quais foram solicitados pareceres e o total de pacientes saídos, em determinado período de tempo.

FÓRMULA:

$$\frac{\text{Total de paciente para os quais foram solicitados pareceres, em determinado período de tempo} \times 100}{\text{Total de paciente saídos, no mesmo período}}$$

Total de paciente saídos, no mesmo período

Só devem ser considerados os pareceres formulados por escrito. A simples troca de opinião entre dois médicos que trabalham juntos não deve ser considerada como parecer.

Recentemente, a Comissão Conjunta para Credenciação de Hospitais recomendou como mais interessante considerar, não o número de pareceres, mas o de pacientes que receberam pareceres.

Os pareceres são recomendados pela Comissão em todos os casos nos quais o paciente não seja considerado um "bom risco" cirúrgico; nos casos de diagnóstico obscuro; em tôdas as primeiras cesareanas; nas ligaduras de trompa, curetagens e outras intervenções que possam interromper uma gravidez conhecida, suspeitada ou possível, salvo os casos de emergência.

VALORES MÍNIMOS: 15 a 20% dos pacientes internados (Comissão Conjunta para Credenciação de Hospitais).

Cirurgia:

I – TAXA DE CIRURGIA DESNECESSÁRIA

DEFINIÇÃO: relação percentual entre o número de intervenções cirúrgicas consideradas desnecessárias ou não fundamentadas, em determinado período de tempo, e o total de intervenções cirúrgicas praticadas no mesmo período.

FÓRMULA:

$$\frac{\text{Total de intervenções cirúrgicas não fundamentadas, em determinado período de tempo} \times 100}{\text{Total de intervenções cirúrgicas, no mesmo período}}$$

Essa taxa se refere, mais comumente, às apendicectomias, amidalectomias, histerectomias, cesareanas, ligaduras de trompas e outras intervenções ginecológicas.

VALORES MÁXIMOS: 3-4%, no máximo 5%.

II – TAXA DE REMOÇÃO DE TECIDOS NORMAIS

DEFINIÇÃO: relação percentual entre o número de tecidos normais removidos em atos cirúrgicos, em determinado período de tempo, e o total de tecidos removidos, nessas intervenções.

FÓRMULA:

$$\frac{\text{Total de tecidos normais removidos em atos cirúrgicos durante determinado período de tempo} \times 100}{\text{Total de tecidos removidos, no mesmo período}}$$

Sob certos aspectos, os casos de remoção de tecido normal caem no âmbito da cirurgia desnecessária. Não obstante, casos existem em que a remoção de tecido normal é aceitável: casos de prolapso ou outros deslocamentos de útero, em mulheres que já ultrapassaram a idade da procreação; apendicectomias, quando um apêndice íntegro foi removido no decurso de uma retirada de vesícula patológica; retirada de tecidos normais em hemioplastias, etc.

VALORES MÁXIMOS: 10%.

III – GRANDES E PEQUENAS INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS

Dos relatórios apresentados pelo Hospital, devem constar informações sobre grandes e pequenas intervenções cirúrgicas. A diferenciação entre esses dois tipos de intervenções apresenta algumas dificuldades, decorrentes de certos fatores, específicos mas variáveis, que podem modificar os critérios geralmente recomendados. Essa é a razão pela qual nenhuma das classificações até hoje proposta é inteiramente satisfatória.

Segundo Richard Ponton (11), o grau de risco a que pode expor-se um paciente que vai ser submetido ao ato cirúrgico dependerá dos seguintes fatores, a serem cuidadosamente ponderados:

1. natureza da doença ou condição que requer a operação;
2. presença de uma condição anormal no paciente, estranha à que determinou a operação (diabetes, hemofilia ou qualquer outra discrasia sanguínea);
3. qualquer dificuldade inerente ao próprio ato operatório;
4. necessidade de emprego de agente anestésico;
5. grau de competência e habilidade do cirurgião.

Levando em conta esses diferentes fatores, Ponton estabelece cinco condições básicas, para se classificar como "pequena" uma intervenção cirúrgica:

1. a doença ou condição que determinou a intervenção cirúrgica não constitui, por si própria, sério risco para a vida do paciente;
2. o paciente não apresenta outra anormalidade que, ao lado daquela condição, possa constituir sério risco de vida;
3. a operação não é de natureza tão extensa ou complicada e requer apenas equipamentos simples, um mínimo de assistência e curto período de tempo, para ser levada a termo;
4. o cirurgião é suficientemente treinado e experiente no tipo particular de operação a ser realizada;
5. se for necessário ou aconselhável o emprego de qualquer agente anestésico, este será selecionado cuidadosamente e ministrado por anestesista devidamente qualificado no tipo particular de anestesia, que deverá ter duração limitada.

O mesmo autor, com base nessas cinco condições, elaborou uma relação das operações geralmente consideradas como "pequena cirurgia", agrupando-as de acordo com a sistemática adotada na "Nomenclatura Padrão de Operações" (*).

(*) A relação é transcrita nas páginas de número, 188 a 197, do livro "Medical Staff in the Hospital" (11).

IV – NÚMERO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Além de fornecer elementos sobre o número de grandes e pequenas intervenções cirúrgicas, deve o Hospital apresentar dados sobre número de procedimentos operatórios. Exemplo: numa laparotomia (1 intervenção cirúrgica), foram praticadas 1 colecistectomia e 1 apendicetomia (2 procedimentos operatórios).

Despesas de Manutenção

I – PERCENTAGEM DA DESPESA COM PESSOAL

DEFINIÇÃO: relação percentual entre a despesa realizada com o pagamento de salários e o total da despesa de manutenção do Hospital, em determinado período de tempo.

VALORES MÉDIOS: 60 a 70% (hospitais americanos).

No Brasil, segundo levantamento feito pelo Autor, em diferentes tipos de hospitais, o percentual fica entre 50 e 76%. Nos sanatórios da antiga Prefeitura do Distrito Federal, por exemplo, entre 1951 e 1958, o percentual era de 65,7%, enquanto no Sanatório de Curicica, entre 1952 e 1958, foi de 50,3%. Em 5 hospitais particulares do Rio de Janeiro e São Paulo, o percentual, entre 1956 e 1959, foi de 53,8%; em 4 hospitais da Previdência Social, no mesmo período, a média foi de 73,5 (10).

II – CUSTO DO PACIENTE-DIA:

Também chamado custo "per-capita" corresponde à média dos gastos com serviços prestados a cada paciente, num dia hospitalar. Obtém-se, dividindo-se a despesa total de manutenção ou de funcionamento do Hospital, em determinado período de tempo, relativa apenas aos pacientes internados, pelo total de pacientes-dia, no mesmo período.

No cálculo do custo do paciente-dia devem ser observadas, entre outras, as seguintes recomendações:

a) considerar como despesas de manutenção:

I – os salários do pessoal;

II – as despesas com material de consumo (suprimentos consumidos na assistência ao paciente internado e na conservação, limpeza e manutenção do edifício e dos equipamentos; gêneros, medicamentos, combustíveis, etc.);

- III – as despesas decorrentes da depreciação ou substituição de equipamentos e aparelhagem médico-hospitalar;
 - IV – os serviços pagos a terceiros;
- b) só incluir no cômputo as despesas decorrentes de serviços prestados a pacientes internados;
- c) não incluir no cálculo:
- I – as despesas com construções, reformas, ampliações, instalações e novos equipamentos;
 - II – as despesas decorrentes da prestação de serviços aos pacientes do Ambulatório;
 - III – o número de pacientes-dia referentes aos recém-nascidos, ainda no Berçário.
- d) registrar em destaque:
- I – as despesas complementares que, em contraposição às demais, não são comuns a todos os hospitais: Odontologia, Barbearia, Cantina, Recreação, Ensino e Pesquisa. A caracterização das despesas complementares tem por objetivo separá-las convenientemente, de modo a permitir, quando fôr o caso, a comparação das informações entre diferentes hospitais;
 - II – os salários de médicos e dentistas, para permitir a comparação de custos entre hospitais que tenham Corpo Clínico próprio e que sejam abertos a todos os médicos da comunidade, os quais, assim, nada percebem do Hospital; ou entre hospitais oficiais e hospitais filantrópicos, nos quais os médicos nada percebem.

Thomaz Raposo, em trabalho apresentado à "I Jornada de Administração Hospitalar", realizada no Rio de Janeiro, em 1959, sob os auspícios da Associação de Hospitais do Rio de Janeiro (12), considera os seguintes títulos: despesas de capital, pessoal, material, medicamentos, gêneros, reposições, serviços e diversos. Na estimativa que apresenta como exemplo, considerou os seguintes valores (dados válidos para novembro de 1959):

CUSTO DE MANUTENÇÃO ANUAL DO PACIENTE-DIA

Discriminação	Despesas (em cruzeiros)
Despesas de capital (*)	Cr\$ 69.000,00
Pessoal	Cr\$ 216.000,00
Material	Cr\$ 86.000,00
Medicamentos	Cr\$ 108.000,00
Gêneros	Cr\$ 29.000,00
Reposições	Cr\$ 24.000,00
Serviços	Cr\$ 25.000,00
Diversos	Cr\$ 28.000,00
Total.....	<u>Cr\$ 585.000,00</u>

Custo do paciente-dia: Cr\$ 2.030,00

Acreditamos seja praticamente impossível, à quase totalidade de nossos hospitais, calcular com tal rigor o custo do paciente-dia. Ainda assim, não seria aconselhável abrir mão de, pelo menos, uma estimativa, de vez que essa medida é o mais precioso índice dos gastos realizados pela Instituição.

Quando não for possível catalogar esta ou aquela despesa, o fato deve ser registrado. Tal orientação permitirá a comparabilidade dos dados obtidos com os apresentados por outras instituições.

(*) As despesas de capital, que representam 11,8% do total, foram estimadas, de acordo com o seguinte esquema:

Terreno: Cr\$ 75.000,00, juros de 5% ao ano – Cr\$ 3.750,00.

Edificações e instalações gerais: Cr\$ 600.000,00, 40 anos a 5% ao ano:
Cr\$ 34.866,80.

Instalações especiais: Cr\$ 90.000,00, 20 anos, a 5% ao ano – Cr\$ 7.221,00.

Equipamentos: Cr\$ 180.000,00, 15 anos, a 5% ao ano – Cr\$ 17.341,00.

Capital inicial: Cr\$ 60.000,00, 15 anos, a 5% ao ano – Cr\$ 3.780,00.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDRADE, M.A. e FONSECA, A.L. – “Estatística Médica”, IPASE, Hospital dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, 1947.
2. FREITAS FILHO, L. – “Noções do Bioestatística”, Gráfica Debret, Rio de Janeiro, 1952, 2.^a ed.
3. GALDINO, A., PERRONE, O.R. e TOURINHO, R. – “Atividades das Instituições hospitalares que internaram tuberculosos no Brasil, em 1949”. “Rev. Brasileira do Tuberculose”, Ano XIX (133 a 135): 103/154, jan. à jun. 1951.
4. HEASMAN, M.A. – “Borrador del Manual sobre estadísticas hospitalares de mortalidad” – Organização Mundial de Saúde, Washington, USA.
4. HUFFMAN, E.K. – “Manual for Medical Record Librarians”, Physicians’ Record Comp., Chicago, III., USA, 4.^a ed. 1953.
6. MACEARCHERN, M.T. – “Hospital Organização and Manegement”, Physicians’ Record Comp., Chicago, III., USA., 3.^a ed., 1957.
7. MORAES, N.A. – “Estatística Hospitalar” – Trabalho inédito.
8. PEDROSO, O.P. e colab. – “Organização de um Hospital de 300 leitos” (índices e coeficientes para uso do Serviço de Arquivo Médico – Definições e convenções sôbre pacientes).
9. PERRONE, O.R. – Notas e apostilas de aulas sôbre Arquivo Médico e Estatística Hospitalar, no Curso de Arquivo Médico, do D.N.S., M.S., 1962; e no Curso de Planejamento, Organização Adminiatração de Hospitais, da Escola de Pós-Graduação, da Pontificia Unversadade Católica, Rio de Janeiro, GB, 1962/3.
10. PERRONE, O.R. – “Recrutamento e seleção de pessoal hospitalar” – Anais da “I Jornada de Adinistração Hospitalar”, A.II.R.J., Rio de Janeiro, 1959, pgs. 41/3.
11. PONTON, T.R. – “The Medical Staff in the Hospital” – Physicians’ Record Comp., Chicago, III., USA., 1953, 2.^a ed.
12. RAPOSO, T. – “Problemas Econômico-Financeiros do Hospital” – Anais da “I Jornada de Administração Hospitalar”, A.H.R.J., Rio do Janeiro, 1959, pg. 187.
13. Relatório da Comissão Especial de Assistência Médico-Hospitalar, encarregada de elaborar auto-projeto de Lei Orgânica de Assistência Médico-Hospitalar no País – Rev. Téc. Plan. Hosp., Ano II, ns. 3/4, abr./jun. 1956.
14. SCORZELLI JOR., A. e FREITAS FILHO, L. – “Estatística Vital”, SNES, M.S., Rio de Janeiro, 1945.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

**CONCEITOS BÁSICOS E
PLANEJAMENTO DA MODERNA
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**

Rio de Janeiro, 1944.
Reedição de 1965.

Capítulo **5**

O QUE CONTÉM A PUBLICAÇÃO N.º 5

Quando, em 1941, foi criada a Divisão de Organização Hospitalar, como órgão técnico, do D.N.S. deste 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 desse 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 médica-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 esparsa dessa matéria, e mais particularmente sobre os Cursos de Especialização e Aperfeiçoamento realizados com a nossa contribuição, em que se ensina e si 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 e 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 instrutivos, 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 o planejamento do hospital, como para seu funcionamento e administração, via de regra entregue 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 adaptadas a cada caso e a cada lugar, sem pretensão maior, à 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 estudo, já bastante conhecido pela designação de HOSPITAL-PADRÃO-PROGRESSIVO-FLEXÍVEL, e que é considerado original pela sua concepção e conjunto.

Concluindo, quero render uma homenagem de justiça e amizade aos cooperadores técnicos dêsse estudo, Arquitetos, Drs. Pedro Peixoto Vieira, Daniel Valentim Garcia e Nicolau Del Negro e ao Dr. Alcides Figueiredo da Silva Jardim, Chefe da Seção de Edificações e Instalações, e por extensão aos Chefes da SOA, Dr. Mathias Joaquim da 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.

THEOPHILO DE ALMEIDA

POSTULADOS FUNDAMENTAIS SÔBRE ASSISTÊNCIA E ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Pelo Dr. *Theophilo 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 místicas: 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 viajantes; 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 novos; e marcou índice nas faces 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 modelos 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.

Constitui êsse complexo uma especialidade, já caracterizada, definida, dispondo de numerosa bibliografia e de cursos reguladores, 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 nôvo conceito e com orientação técnica, se aplicam e convêm, igualmente, a um País, a uma Comunidade, 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 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 gratuidade 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 indébita do valor comum. Como conseqüência 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 contrôle das Assistências e, assim, da Organização Hospitalar e Para-Hospitalar de um país, convém sejam centralizados no Governô 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 uma país, e também para um Estado, Província ou Comunidade, exige um trabalho sistemático, que pôde ter as seguintes etapas:
- a) Realização do Censo e Cadastro das instituições hospitalares e para-hospitalares, feita diretamente, confiada a Inspetores de preferência com curso de especialização, que preencherão uma ficha institucional completa, devendo, além do mais, colhêr "in-loco" fotografias, plantas, publicações e outros informes durante a inspeção ou "survey" de 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 rede hospitalar, um instituição como os fundos próprios e necessários e recursos financeiros disponíveis ou aproveitáveis, servindo-se dos elementos de grupos ou classes provenientes de doações particulares, de auxílio 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.
- i) Será de competência do Governo da União e da autoridade e órgão federal especializado, a supervisão geral, segundo uma legislação especial, que traduza a orientação técnica destes postulados.
- j) Devem ser determinados os tipos de instituição de acordo 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 de 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 sobre 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 de um corpo clínico convenientemente selecionado e organizado, que se reunirá periodicamente, por se-

- ções ou conjuntamente, para tratar de assuntos referentes às suas atividades e de interesse científico.
- o) Serão estabelecidas normas, modelos e padrões mínimos e insções periódicas ou "survey" para aplicação dessa orientação geral acerca dos assuntos e dos vários setores do hospital, estudando 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, a fim de que em todo o país se use a mesma linguagem e seja uniforme e compreensível e legislação hospitalar e para-hospitalar a ser adotada.
- 14 – Como 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 de 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 ocorre. É o hospital para todos os doentes, dos mais e 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 fôr, será sempre um doente, e gozará seja como interno ou externo, da primazia de tôdas as atenções do hospital, pois êle, o doente, representa a razão de ser e o objetivo máximo da instituição. Dando assistência que fôr 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 Econômico-Administrativa (D.E.A.).
 - 2) Divisão Auxiliar de Serviços da Administração (D.A.S.A.).
 - 3) Divisão de Dietética (D.D.).
 - 4) Divisão de Admissão e Registos (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 de Enfermagem (D.E.).
 - 10) Divisão dos Doentes Externos (D.D.E.). (*)

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

- 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 tenha 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.
 - e) O plano do prédio e a sua localização obedecerão rigorosamente à 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 elevador-

res; 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 o 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, prèviamente 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, come sejam: central e rêdes de água, de esgôto, 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 nôvo 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 sobre 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 indispensáveis. 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 à administração e sobre 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, e de tôdas as classes, servindo integralmente, à 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 indústria lucrativa, mas 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 registos clínicos diários, e as estatísticas, até a escrituração minuciosa, atenta, de tudo que se relacione com a vida econômica e financeira, sobre 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 especializados, que requerem a direção e administração do hospital moderno.

- 25 – Concluindo, eis, entre outros, os postulados ou conceitos que pudemos formular ou coligir, como contribuição da experiência própria e alheia, a bem da moderna organização e administração hospitalares, e de modo geral em prol do progresso, da assistência 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
REALIZADO PELA D.O.H. E QUE SERVE
PARA AS INSPEÇÕES ANUAIS ÀS
INSTITUIÇÕES**

M.E.S. – D.N.S. DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR Nome da Instituição	Ficha da Instituição n.º Seção Pasta Documento Em...../...../..... Data desta ficha Em...../...../..... Data da fundação Outras denominações da Instituição
--	---

ESTADO	Localidade
MUNICÍPIO	Rua N.º

É ambulatório ? ou dispensário isolado ? É clínica ?
 ou policlínica isolada ? Hospital Colônia ? Hospital Ge-
 ral? 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 transmissí-
 veis agudas ? Para tuberculosos ? De doentes de lepra ?.....
 De dermatologia ? De clínica cirúrgica ? De acidentados ou
 traumatologia ? De ortopedia ? De otorrinolaringologia ?.....
 De ginecologia ? De câncer ? De crônicos ? De conva-
 lescente ou oftalmologia ? De vias urinárias ? De venereo-
 logia ? 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 pavilonar ? Quantos pavilhões ? Quantas edi-
 ficações anexas ? Soma das áreas construídas, inclusive dos pavim-
 entos ? 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 6 m² por leito ? Quantos quartos
 particulares ? Quantos semi-particulares (de 2 ou 3 leitos) ?
 Total dos leitos nos quartos ? Lotação ou total de leitos no hospital ?
 Quantas estações de enfermaria ? Quantas salas de
 operação séptica ? assépticas ? para repouso do operado ?
 para arsenal cirúrgico ? para curativos ? Quantos consul-
 tórios ? Salas de parto ? Berçário ? Quantos berços ?
 Tem instalação para ortopedia ? para radiologia ?
 sendo : para diagnóstico ? para tratamento ? Instalação para
 eletroterapia ? hidroterapia ? gazoterapia ? para otorri-
 nolaringologia ? oftalmologia ? cardiologia ? Tem solário ?
 Quantos gabinetes dentários ? Quantos quartos para médi-
 cos residentes ? para doutorandos ? para estudantes ?
 para enfermeiros (as) ? para outros auxiliares e empregados ?
 Clausura ? Instalação para fotografia ? Tem farmácia ?
 com laboratório anexo ? laboratório para soluções injetáveis ?
 Lab. clínico ? bacteriológico ? anátomo-patológico ?
 sorológico ? Tem necrotério ? Sala de autópsia ? Ve-
 lório ? Capelas ? Sala para leitura ? para cursos ?
 para reuniões ? para recreio de crianças ? para projeção ?
 Aparelhos de projeção fixa ? de cinema 16mm ? de
 35mm ? Quantos refeitórios para doentes ? para médicos,
 técnicos e administração ? para Auxiliares subalternos ? Tem
 instalação elétrica ? de gás ? de vapor ? Aquecimento
 interno ? Refrigeradores elétricos ? a gás ? Câmaras
 frigoríficas ? Tem ar condicionado ? só filtrado ? es-
 terilizado ? 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 ? Há instalação para
 filtragem ? depuração química ? Depósitos de água quente ?
 Quantas cozinhas ? sendo dietéticas ? Quantas copas ?
 Despensas ? Depósito geral ou almoxarifado ? Rouparias ?

..... Sala de costura ? Há lavanderia mecânica ? ou lava-
gem manual ? Há oficinas de que ? Destino do lixo ?
É removido pela Limpeza Pública ? Quantos aparelhos sanitários ?
..... Banheiros ou chuveiros ? Destino do esgoto : Rêde geral ?
..... Curso d'água ? Fossa ? o afluente da fossa é tratado ?
..... clorado ? Quantas ambulâncias ? Quantos elevadores
só para passageiros ? para maca ou camas ? para serviço ?
..... para comida ? Outros veículos, quais e quantos ? Di-
versões, campos de esportes, quais? Plantações, criações espe-
cificar

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 ? s. masculino ? s. feminino ?
Total de doentes entrados, afóra de maternidade, em 194..... ?
Quantos saldos em 194..... ? sendo alta ? transferidos ?
..... falecidos ? Total de doentes-dia em 1947..... Quantos doen-
tes-dia pensionistas de contribuição parcial ? gratuitos ?
..... Total de internados em clínicas-médicas, inclusive que passaram
para 1 de jan. ? Total de internados de clínicas cirúrgicas, idem ?
..... de infantes ou lactentes, idem? Meses de maior freqüência
ou ocupação de leitos em geral ? DOENTES EXTERNOS OU DE
AMBULATÓRIO: Total de matrículas novas durante 194..... ?
Total de consultas em 194..... ? LACTÁRIO ? 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 MÉDICOS :
Quantos médicos efetivos em 194..... ? Não efetivos? Quan-
tos de clínica geral ? de cirurgia geral ? obstetras ?
pediatras ? ginecologistas ? urologistas ? venereologis-
tas ? dermatologistas ? oculistas ? otorrinolaringologis-
tas ? neurologistas ? psiquiatras ? fisioterapeutas ?
..... 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 organi-
zado o FICHÁRIO 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 ?
 Enfermeiros licenciados ? MASSAGISTAS ? QUANTOS DEN-
 TISTAS ? quantos auxiliares ? FARMÁCIA?: Quantas receitas
 aviadas? sendo: para D. Internos? para D. Externos? para
 Lactário para Creche? Farmacêuticos diplomados? licen-
 ciados? Práticos de farmácia? ADMINISTRAÇÃO tem: Pre-
 sidente? Provedor? Mordomo? Ecônomo? Almoxa-
 rife? É administração leiga? religiosa? mista?
 Quantas Irmãs? Qual a congregação? Tem capelão?
 Quantos guarda-livros? Escriturários? Bibliotecários?
 Ficharistas? Datilógrafos? 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 móveis? Cr\$ É proprie-
 dade do Governo Federal? Estadual? Municipal?
 É mantida pelo Exército? pela Marinha? pela Aeronáutica?
 de outro Ministério, qual? É de Polícia Militar?
 Civil? de Bombeiros? de Saúde Pública? de Assis-
 tência Pública? de Funcionários? Para Ensino oficial?
 particular? Qual? De outra instituição oficial?
 Qual? Tem finalidade filantrópica ou de cari-
 dade? É de irmandade? de fundação? de associa-
 ção? É instituição de finalidade não lucrativa? de ordem
 terceira? De beneficência? De cooperativa?
 De grupo ou classe? De escola ou universidade? De indús-
 tria? De núcleo rural? De finalidade lucrativa?
 De firma? Soc. Anon.? por quotas? Quanto tem de
 patrimônio? Cr\$ Quanto teve de renda em 194
 Cr\$ Especificar: de taxa de matrícula? Cr\$

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 ou Municípios por meio dos inspetores da D.O.H. ou através a colaboração das Delegacias 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, à qual deverá estar presente o Diretor clínico, o Provedor ou Administrador; Gerente, Secretário, Guarda-livros e Tesoureiro, a fim de que seja informado sôbre 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, sôbre 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 Inspectores 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 necessários, 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 de 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 pela 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.

(*) 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*.

- 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 radiognóstico (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 de fisioterapia; de eletricidade médica.
- 9 – Farmácia, com pequeno laboratório para manipulação. Se possível, preparo de soluções injetáveis.
- 10 – Quartos para médicos e enfermeiros 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. Segundo, 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 da 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 tôdas as fichas. A mesma ficha de registro clínico deve servir, tanto para doentes de ambulatório como para internados: *Ficha única de registo*. Número único que é o da primeira matrícula do doente no hospital. Numero geral. Números de registos 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 sobre 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, de tempo integral, se necessário. Administração residente, em parte pelo menos, e bem organizada.
- 21 – Boletim ou Censo diário do movimento de doentes: de meia noite. (Veja modelo da 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 na 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. Contam-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 meio dia.
- 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.

(*) A D.O.H. fornecerá diretamente à instituição que solicitar por escrito informes complementares e instruções especiais e modelos para cada item ou assunto, tratados nas presentes instruções.

PLANO DA RÊDE NACIONAL DE HOSPITAIS ESTUDADOS PELA DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Pelo Dr. *Theophilo de Almeida* (*)

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

- a) encarregar-se do estudo e solução dos problemas referentes à assistência médico-social a doentes, deficientes físicos e 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.

(*) Êste 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.

1 – Êste 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 à Terminologia e à Classificação médico-social adotada pela Divisão de Organização Hospitalar é um esquema básico, estudado e sistematizado, de feição original, visando a 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 os 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 especializada*.

4 – No sentido de atender à assistência médica e de especialidade, 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 1. 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 7 0/00 e 3 0/00 que é 5 0/00, temos os *cinco leitos gerais por mil habitantes*, que é o coeficiente básico já 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 à utilização da população regional, meios de comunicação e transporte, condições sanitárias locais e possibilidade de assistência médica e de enfermagem técnica. Todos êsses fatores pesarão quando se tiver a realizar ou distribuir os benefícios da rêde 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 tôda 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 “*Sinópsse 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 fôsse, 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. continue 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 à 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 *modernizar e ampliar*, constitui objeto de inspeção local minuciosa, complementar atendendo a 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, 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 tôdas as camadas sociais, com a cooperação financeira, orientação técnica e contrôle do govêrno 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 rêde nacional de hospitais regionais se comporá de *hospitais modernos*, estudados como arquitetura funcional e organizados tècnicamente, 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 interêsse 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 o progresso hospitalar do país. Todos os leitos para doentes, criados e mantidos, representam um alívio ao encargos dos governos, porque atendem a um núcleo ou certa massa de população. Se não existisse a contribuição particular e de corporação, maior seria o ônus 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 dêste 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 Govêrno intervém para realizar, sòzinho, a assistência hospitalar, verifica-se a seguir a queda do número de leitos, da assistência particular gratuita, que se retrái. O hospital deve ser organização particular, com a cooperação e contribuição financeira dos governos. Só excepcionalmente será oficial ou de govêrno ou de Assistência Pública.

14 – A relação do número de “leitos gerais” disponíveis no Brasil, excluídas as 4 especialidades citadas, e de acôrdo com o Censo-Cadastro 1940-1941, se pode considerar para fins dêste plano porquanto se aumenta o número de leitos em um qüinqüênio, 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, À 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 LEPRO

Estados e Territórios	Superfície (Recens. 1940)	População (Recens. 1940)	LEITOS		
			Existentes (Cadastro D.O.H)	Existen-tes (por mil habitantes)	A construir ou ampliar na base de 2,5 0/000
Ter. do Acre.....	148.027	87.326	89	1,0	153
Ter. R. Branco.....	148.027	13.756	32	2,3	27
Ter. Guaporé.....	250.927	24.918	53	2,1	29
Ter. 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
D. 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
S. Catarina.....	80.205	1.140.178	2.275	2,0	692
Ter. 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
Ter. P. Porá.....	99.141	87.354	68	0,8	232
Goiás.....	661.140	832.869	211	0,2	1.993
M. 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, à 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. Êsses 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 número 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 êsse 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 pòsto de saúde anexo.
- d) *Posto Médico-Hospitalar*: compreendendo enfermaria e pequeno pòsto de saúde anexo, na zona rural.

SUMÁRIO DO PLANO GERAL DE ORGANIZAÇÃO E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR, INCLUSIVE DA RÊDE NACIONAL DE HOSPITAIS

Pelo *Dr. Theophilo de Almeida*

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 esse trabalho a principal finalidade desse 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 2ª 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 superfície e população de cada município, e dos Estados e Territórios, 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 êsse 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 próximos anteriores a 1940 na relação do número de leitos para o número de habitantes.

- d) Terminação do estudo do Plano da Rêde 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 hospitalares, 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 Rêde 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 Rêde:
- 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 cêrca 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 (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 lucrativa*. 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 constituir, em todo o país, entrando o Governo Federal com um terço; os governos estaduais de territórios e municípios com outro terço; 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 fôr 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.

SUGESTÕES PARA FINANCIAMENTO POR PARTE DA UNIÃO

- 1 – Os primeiros hospitais, mais de trinta, em construção em vários Estados, cujos projetos foram estudados à base do hospital padrão-progressivo-flexível da D.O.H., demonstram a exeqüibilidade de um plano de cooperação financeira federal para o aprestamento da rede 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\$ 10.000,000 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 *acrêscimos 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 à razão de..... Cr\$ 30.000,00 é igual a Cr\$ 1.738.710.000,000 (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 aquêle Estado, porque já 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 terço do total necessário, ficando os dois terços restantes a serem cobertos pelos fundos e patrimônios, donativos e doações diversas, contribuição do Estado ou Território, Município, Institutos, Caixas, etc., vemos que fica atenuado o ônus do Governo Federal, reduzido à terça parte do total citado, passando a ser Cr\$ 579.570.000,00, ou arredondando, 580 milhões de cruzeiros.

- 5 – De acòrdo com a proposta dèste 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 – 232 milhões.
- 6 – Essas importâncias constituirão um fundo em depósito de Banco à disposição do Ministério ou da Comissão que fôr 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 CÁLCULO 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
	404
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
	242
Soma.....	242
Leitos existentes (deduzir).....	89
LEITOS A CONSTRUIR NO TERRITÓRIO	153

a) CAPITAL

5 leitos por 1.000 habitantes.....	80
Leitos existentes.....	37
Leitos a construir.....	43
Leitos a construir.....	110

- b) MUNICÍPIOS
 25 leitos por 10.000 habitantes..... 162
 Leitos existentes..... 52
- c) A CONSTRUIR NO TERRITÓRIO: 110 mais 43 = 153

PLANO DA RÉDE NACIONAL DE HOSPITAIS REGIONAIS TERRITÓRIO
 DO ACRE

DISTRITOS OU REGIÕES HOSPITALARES

Distrito da Capital – RIO BRANCO

Superfície.....	34.339
População.....	16.264
LEITOS: 2,5 por 1.000 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- FICIE	POPU- LAÇÃO	NÚMERO DE LEITOS			
			5 p/mil habi- tantes	Realizar 50%	Exis- tentes	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	8	24
Sena Madureira.....	29.453	12.831	65	32	8	24
Xapuri.....	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 acordo com a norma vencedora da moderna organização hospitalar, antes do projeto para a construção de um hospital, é mister estudar ou técnico especializado em Organização Hospitalar. Em seguida é escolhido o arquiteto. A D.O.H. preparou um questionário para esse fim, que é um guia da inspeção prévia, da localidade e terrenos. Mantém o M.E.S. curso oficial, anual, para especialização e aperfeiçoamento sobre 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 futura até 300 leitos ou mais, acrescentando-se novos blocos ou unidades. Esse “Padrão” estudado pela D.O.H. será adaptado para cada 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 subtérreo 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 torno 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 dispendioso 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

(*) De 25 a 250 leitos. Modelo criado pela D.O.H.

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, sobe apenas 1,60 m.

O grande "hall" central facilitará a circulação geral à maior eficiência, portanto, dos serviços. O edifício 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 de 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 à 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; Portarias e Informações, Gabinete do Diretor, Secretaria, Fichário Médico, Sala de Visitas, Biblioteca e Sala de Médicos. Todas as seções têm sua conveniente instalação sanitária e vestiários com separação de sexos. No Hospital Mínimo, pode-se deixar de construir 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 "assépticas". No andar do Ambulatório está prevista 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. Aí 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 têrço 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. Aí 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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

CONSTRUÇÃO E MODERNIZAÇÃO DA RÊDE NACIONAL DE HOSPITAIS

Rio de Janeiro, 1944.
Reedição de 1965.

Capítulo **6**

ENCERRANDO A SÉRIE

Esta é a sexta "Publicação" da série por nós preparada, e destinada a mostrar um longo e minucioso programa, e a fim de orientar uma realização sistemática da moderna organização e administração em nosso país, no presente e para o próximo futuro.

Parece que podemos dar por terminada a nossa tarefa, e por satisfeita a qualidade educativa e normativa desta publicidade.

A obra de conjunto editada, assim, por partes, em seis capítulos de cerca de cem páginas cada um, representa as etapas consecutivas das atividades, dia a dia, ano por ano, da Divisão de Organização Hospitalar, a nosso cargo de 1941 a 1949, isto é, desde a criação deste serviço.

A simples enunciação dos títulos destas publicações que foram distribuídas a todos hospitais e serviços hospitalares do país, comprova a seqüência de um plano e sua execução: 1 – História e evolução dos hospitais; 2 – Iniciação da Moderna Organização Hospitalar; 3 – Especialização; 4 – Aperfeiçoamento técnico na administração de hospitais; 5 – Conceitos básicos e planejamento da assistência hospitalar e, por fim, 6 – Construção e modernização da rede nacional de hospitais.

As alocações, os artigos, as lições, estatísticas e informes, notas e notícias, publicados nesta série, revelam o mais nôvo conceito da sistematização ou da padronização técnica hospitalar moderna, que visa o bem-estar, a economia e a eficiência.

São, entretanto, apenas amostras do planejamento e do trabalho já longo, múltiplo e complexo, levado a efeito com a mais ampla cooperação e com o objetivo de coordenar e orientar os interesses até então mal servidos ou não cuidados dos hospitais gerais, particularmente das santas-casas, e, bem assim, os esforços dispersos de seus provedores, diretor e administradores. em todo o território nacional, e que são hoje os nossos melhores colaboradores.

A contribuição brasileira neste nôvo domínio da especialização já é verdadeiramente notável, e formou "escola". Estamos na vanguarda, consoante a opinião dos mais autorizados consultores e autores sobre organização e administração de hospitais.

Uma nova consciência hospitalar se firmou entre nós e uma legião de especialistas e de colaboradores simpatizantes já está lutando, nesta Capital e nos Estados, contra os males da improvisação e do autodidatismo, responsáveis pelos erros de planos e plantas, e pela rotina e atrazo na administração dos nossos hospitais.

Proclamamos, afinal, e estas nossas publicações o confirmam, que se acha convenientemente traçado o plano da rede nacional de hospitais. A sua execução se processa com bom augúrio, embora em malhas largas, sendo já beneficiados mais de uma centena de municípios com a cooperação técnica e auxílio financeiro do Governo Federal, seja para construção de hospitais gerais, seja para modernização e ampliação dos existentes. Afora as subvenções federais e auxílios para construção e hospitalização de doentes mentais, de tuberculose e de lepra, e maternidades.

O nosso plano desde o início não perdeu de vista as possibilidades nacionais e embora em alguns pontos seja precursor ou original, via-de-regra aproveitou estudos feitos em outros povos, inclusive a lição do erro e nunca traduzindo, mas adaptando.

Não se trata de um complexo teórico, como poderiam conceber ou exhibir arrivistas apressados ou alquimistas novos, usando e somando estatísticas alheias e heterogêneas, multiplicando mapas e esquemas vistosos, com localizações precisas e ousadas das novas instituições, de tipos diversos, embora não estudados; sem o conhecimento especializado e a prática direta do terreno, tão vário; sem o preparo prévio da formação dos técnicos, dos modelos e normas para uma realização eficiente ou mesmo possível.

Um tal programa que pretendesse resolver, assim, literalmente, o problema da assistência médico-hospitalar de um país vastíssimo como é o nosso, de uma só vez ou mesmo em prazo certo, com previsão matemática, ficaria no papel, não se executaria...

Concluindo, fazemos votos para que os Governos Federal, Estadual e Municipal, as instituições particulares, a caridade e a filantropia, prestem mutuamente a necessária cooperação construtiva que esse plano requer, e que os serviços especializados, oficiais ou não, sejam dotados dos mais amplos recursos técnicos e financeiros, em favor da adoção do hospital moderno e para o controle indispensável, e execução continuada e constante da mais bem aparelhada e orientada rede nacional de hospitais que, desejamos e confiamos, há de ser, em futuro, esta por nós planejada e já iniciada para todo o Brasil

T. A..

O NOVO HOSPITAL GERAL DE POÇOS DE CALDAS

O PLANEJAMENTO DE UM HOSPITAL: A IDÉIA; ESTUDO DAS POSSIBILIDADES E SITUAÇÃO LOCAL; RECURSOS E APROVEITAMENTOS; PROGRAMA E PLANTAS EM COLABORAÇÃO; COOPERAÇÃO NO FINANCIAMENTO; HOSPITAL-PADRÃO; HOSPITAL REGIONAL; PLANO DA RÊDE NACIONAL DE HOSPITAIS; DESCRIÇÃO DO NÓVO HOSPITAL (*)

Data propícia e promissora é esta em que se inaugura a pedra fundamental, que confirma e decide a construção da nova sede da benemérita Santa Casa de Misericórdia de Poços de Caldas.

Feliz coincidência a que, hoje, no dia de Natal, – alia dois comemorativos diversos, oriundos, entretanto, de algum modo, da mesma fonte milenar de crença e tradição; que assinala o rejuvenescimento de uma velha instituição de caridade, impregnada que é, igualmente, do mais puro espírito cristão, no dia mesmo em que se festeja, sempre nôvo, o santo natalício! Data excelsa, a mais estimada de nossos sentimentos de católicos e de mineiros, e tão cheia das nossas mais afetivas recordações!

A *Assistência*, e assim a caridade que cuida dos doentes, que ampara no infortúnio e que atenua os sofrimentos, teve, com efeito, a sua origem há cêrca de dois mil anos, com a criação das diaconias que foram as primeiras organizações destinadas a dar a esmola e socorrer os pobres, os necessitados, e os enfermos. Abrigavam e curavam, juntamente e indiferentemente, o peregrino e o desamparado, o indigente e o deficiente físico, o velho e o doente.

Elos de uma longa e mesma cadeia na prática do bem, assim nasceram, consecutivamente, a serviço da Caridade, o albergue, o abrigo, o asilo, a estância de cura, o ambulatório, a enfermaria, e por fim o

(*) Palavras proferidas pelo Dr. Theophilo de Almeida, Diretor da D.O.H.. no ato solene do início da construção.

hospital, a mais nova das instituições médico-sociais e também a que mais se desenvolveu e se aprimorou, maximé na era presente, sendo, destarte, a última etapa desta evolução.

A velha assistência hospitalar, da iniciativa particular, de associação ou de governo, cujos valores não devemos subestimar, cujos merecimentos sempre foram exaltados no passado, evoluiu através o progresso das Ciências e das Artes até ao seu conceito atual, técnico, objetivo, de *organização e administração hospitalares* como especialidade nova, fiel à mais moderna orientação, e a uma sistematização bem definida.

Índice dêsse progresso e dêsse aprimoramento, eis o que se convencionou chamar o *hospital-moderno*. Êste é o hospital que se vai construir em Poços de Caldas, aqui, neste sítio apropriado, a cavaleiro da cidade magnífica, cuja beleza e beneficências são orgulho, não só de uma localidade ou de uma região, do município ou do Estado, porque constituem como excelente fonte da saúde, um privilégio da mais lídima riqueza de nossa terra comum, uma gema preciosíssima de patrimônio nacional. Será um *Hospital moderno*; hospital geral, dispondo de tôdas as facilidades para o diagnóstico e para o tratamento, e todo êle em beneficio do doente; para a observação e para o ensino; hospital para todos, a serviço da comunidade. Servirá tão bem ao mais e ao menos afortunado, como ao desajustado social e ao indigente, assegurando a todos a mesma enfermagem e o mesmo tratamento médico, cirúrgico e de especialidades.

Hospital-modêlo, em que o doente constitui sempre o principal personagem, porquanto êle, o *doente*, e só êle, representa o motivo e a finalidade máxima da instituição. *Hospital-Centro de saúde e Hospital centro-médico*.

Será êste o *hospital geral*, que há de consagrar, o mais moderno princípio, científico e humano, que nos ensina, que não deve haver medicina e cirurgia diferentes, para o rico e para o pobre. Devido a suas excelências e à atração centralizadora que exercerá, até nos municípios vizinhos, tornar-se-á, naturalmente, o *hospital-regional* desta adiantada zona sul-mineira.

Hospital, antes de tudo, obra de cooperação e de solidariedade; criado e mantido com a contribuição de particulares e dos governos; do município e da região, do Estado e da União. Não deverá ser entretanto, uma instituição oficial. Esta é, também, a unidade nosocomial típica, que planejamos e desejamos que se há de construir e multiplicar em todos os rincões do Brasil, através dos tempos.

Bem haja a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, já por todos os títulos benemerita, que tem o patrocínio desta assás benéfica e corajosa iniciativa.

De mais amplo significado se reveste ainda esta realização, quando se considera que aqui, como em outros municípios e em vários Estados, estamos ensaiando, assim de modo positivo e concreto, a exequibilidade do plano da rêde nacional de hospitais, por nós estudada para todo o país.

Para cada caso se estabeleça um ajuste ou acôrdo tripartite: anualmente os particulares e a instituição contribuirão com um têtço, do financiamento, no mínimo; o Município e o Estado com outro têtço, e o Govêrno Federal concorrerá com outra têtça parte para construção do nôvo hospital, afora o estudo gratuito das plantas, de uma vez ou em quotas anuais que permitam o prosseguimento das obras. Como exemplo, para o levantamento dêste hospital geral de Poços de Caldas, a instituição já dispõe de fundo próprio de cêrca de seiscentos mil cruzeiros; o Município e o Estado doaram o terreno, uma praça magnífica que vale outro tanto e o que vai permitir a venda da atual sede e terrenos valiosos no centro urbano, pertencentes à Irmandade.

O Govêrno da União já destinou, até 31 de dezembro de 1947, quinhentos e dez mil cruzeiros para serem aplicados nesta construção. E continuará contribuindo.

Como se vê, a situação é assás animadora neste primeiro ano, e promete que maior se mostrará em 1948, e para o futuro, assegurando a realização desta grandiosa iniciativa, que confia igualmente, tanto no interêsse da população, como na contribuição dos governos.

Está tudo se processando segundo um plano técnico prèviamente estabelecido pelos interessados e longamente estudado para êxito garantido.

Êste terreno, onde se vai erigir um dos mais importantes edificios da cidade, oferece aquelas virtudes requeridas para a conveniente localização de um hospital: solo firme, apazibilidade excepcional, clima saudável, ausência de vizinhança incômoda ou prejudicial à Saúde, proximidade das rêdes gerais de instalações; em sítio algo afastado, mas acessível; satisfazendo, além disto, os requisitos e as virtudes urbanísticas de que esta cidade moderna tanto se ufana, e muito justamente.

O planejamento obedeceu, com rigor, a regra hoje consagrada para o estudo de um projeto de hospital, para o que é necessário, indispensável, o concurso de três grupos, em colaboração, a saber:

- a) consultores ou técnicos de organização hospitalar;
- b) arquitetos e desenhistas;
- c) médicos e interessados ou responsáveis pela construção.

O tipo do hospital adotado foi *o hospital-padrão-progressivo-flexível*, ideado e criado por nós na Divisão de Organização Hospitalar do D.N.S., do Ministério da Educação e Saúde.

Trata-se de um modelo que atende aos precalços e dificuldades de tais edificações no interior do país, prevendo e provendo o seu desenvolvimento futuro.

Assim, dada a citada cooperação, as plantas da nova Santa Casa, que foram elaboradas sob nossa orientação; pelos técnicos especializados oficiais, receberam por três vezes as sugestões dos médicos ligados à instituição aqui e constituem, assim, a nosso ver, o trabalho mais completo por nós estudado até ao presente. A capacidade do hospital está projetada para uma lotação de 150 a 170 leitos de enfermarias e quartos particulares que poderá ser aumentada para 250 até 300 leitos, o que aliás já está previsto e esboçado no projeto.

Funcionará, entretanto, construindo-se apenas a metade com um mínimo de 70 a 80 leitos, usando-se tão somente os recursos referidos e já disponíveis no momento. Esta é a grande vantagem, porquanto a obra, sobre ser exequível, poderá ser realizada por parte, o que representa ainda, a garantia de que funcionará, certamente! Podemos e devemos confiar nesta realização.

Inicialmente, terá o hospital a forma arquitetônica de uma cruz cujos braços serão as alas de enfermarias, sobrepostas em três pavimentos, formando a entrada principal uma fachada imponente, voltada para a cidade, tendo como fundos a serra e a floresta, e fechando, no alto, uma das avenidas principais do centro urbano.

Há ainda duas outras entradas: a de *doentes e de serviço*.

No meio do edificio se encontram os serviços e o *hall* de circulação, dispoendo de rampas suaves e de escadas, estando prevista a instalação de elevadores, se fôr necessário, mais tarde.

No pavimento térreo, na frente, pela entrada principal se distribuem as várias salas: Gabinete do Diretor-Administrador, Secretaria e Contabilidade, sala de visitas, sala da biblioteca e sala de médicos, sala de enfermeiras e de assistentes sociais, fichário central, componentes todos esses serviços das Divisões: Econômico-administrativas; da Admissão e Registos; da Enfermagem, do Serviço Social e do Fichário Clínico.

Ainda nesse andar e nesse bloco, na ala direita do prédio, que será o primeiro conjunto a funcionar, seguem-se cinco enfermarias com 32 leitos, tendo dois leitos para isolamento, em cada ala, setor pertencente à Divisão das Clínicas.

Cada bloco de enfermarias dispõe de um *pôsto ou estação de enfermeira*, de sala de utilidade, sala de estar para doentes e visitantes, copa, refeitório, sala de curativos, pequena rouparia, e outras dependências, o que faz desses conjuntos unidades de funcionamento autônomo, embora partes do mesmo todo.

Do lado esquerdo, no mesmo pavimento, está o serviço de Ambulatórios, que modernamente se denomina: *Divisão ou Seção dos Doentes Externos*, com entrada própria, grande salão de espera e de triagem dos doentes, com seu pòsto de enfermeira e fichário clínico, vários consultórios. A Divisão Auxiliar de Diagnóstico e Tratamento, está anexa com a fisioterapia, radiologia ou eletricidade médica, laboratório clínico e farmácia. Essas seções estão localizadas de permeio para servir igualmente aos *doentes externos* e aos *doentes internos*. Aos fundos, no sentido longitudinal, a Divisão ou o Serviço de Dietética, compreendendo cozinhas, copas, refeitórios, câmaras frigoríficas, depósitos, etc. Em anexo, mas independente, está a lavanderia mecânica, contigüidade indicada para aproveitamento da mesma fonte de vapor.

Primeiro Pavimento – Ainda fazendo parte das Divisões Clínicas e do Corpo Clínico, à frente, se apresenta o *bloco cirúrgico*, com duas salas de operação, salas para traumatologia e outras especialidades. Salas para anestesia, para instrumental cirúrgico, para repouso de operados e para médicos e enfermeiras. A disposição estudada do bloco cirúrgico, isolado, independente, permite a instalação de ar condicionado, se fôr necessário, em futuro.

As alas correspondentes neste andar são dois outros grupos de enfermarias; um igual ao já descrito e o outro, semelhante, destinado a crianças, que, além do mais já referido para as enfermarias, dispõe de salas para recreação, que será completada no jardim anexo. Ainda nesse bloco, à entrada, está o serviço principal de Raio X, o mais completo.

Cada enfermaria, pequena, moderna, têm áreas para 4 a 6 camas ou seja lotação total de 30 a 32 leitos. O bloco de enfermarias para crianças se divide em metade para meninos e metade para meninas, separadamente.

No corpo central do prédio por traz do hall central, está a Maternidade, com entrada independente pelo jardim, constando, inicialmente de 4 enfermarias e 3 quartos particulares, somando ao todo 22 leitos, incluindo o isolamento.

Ficou previsto que as parturientes contribuintes poderão ocupar os quartos particulares do andar superior. Há no serviço de obstetrícia ambulatório próprio, salas para trabalhos e para parto, para curativos, berçário, sala de estar, copas, refeitório, rouparia, além de postos de enfermarias.

Nos fundos, sem qualquer comunicação com a maternidade, com saída para outra rua, será erigida espaçosa Capela, com Velório anexo, com franca entrada para o público, sala de autópsia, câmara frigorífica, etc.

No *Pavimento Superior*, correspondendo ao terceiro piso, na frente, haverá galerias de vidro, que permitem assistir, de cima, as operações. Sala central de esterilização. Salão nobre ou de reuniões e apartamentos de luxo.

Todo êsse andar é de quartos particulares, assim: para doentes de classe A ou 1.^a classe são 9 quartos, com varandas próprias, ou sejam 17 leitos, inclusive isolamento. Anexas, existem as mesmas salas dos serviços auxiliares: copas, refeitório, postos de enfermeiras, salas de curativos, etc.

Ala Esquerda – 9 quartos de classe B, sem varanda, correspondente a 18 leitos.

No corpo central, 7 quartos, com 14 leitos particulares de classe B. Êste número de quartos poderá ser aumentado. Há ainda leitos da classe C, que são os de quartos particulares nas enfermarias, seis leitos em cada setor de enfermarias, com três quartos C.

No *hall* dêsse andar, há um grande salão para convalescentes e para visitantes, além das salas de estar de cada setor de quartos particulares.

Finalmente, aos fundos, a Clausura, a residência das religiosas, capaz de abrigar até 17 irmãs, em dois dormitórios, além de um quarto isolado para a superiora. Dispõe de tôdas as dependências necessárias e dos serviços auxiliares. Está situada na parte mais alta do edifício. Uma escada particular serve sômente à Clausura, pondo-a em ligação diretamente com os andares inferiores e com a Capela. A disposição do terreno ascendente torna ainda contíguas as dependências da Clausura e Serviços.

Nos futuros blocos laterais, cujo projeto está esboçado, um maior número de quartos particulares dará à instituição possibilidades de maiores rendas, destinadas à manutenção da instituição, além de novas enfermarias para doentes gratuitos, seção de doenças contagiosas agudas, etc.

O regime do pagamento por "*doente-dia*" previsto para indigentes a ser custeado por parte da caridade e dos governos, constituirá novidade entre outras primícias da moderna administração e a melhor garantia para a manutenção e para uma maior e melhor assistência aos necessitados em o nôvo hospital geral. Os saldos verificados das rendas de contribuintes serão aplicados em ampliação, na melhoria do equipamento, e outros aprimoramentos.

A organização e funcionamento terão primores condizentes com êsse padrão adiantado da construção do nôvo hospital, que de tal sorte, não

terá outro que o exceda tènicamente, no presente, entre as instituições nosocomiais-modêlo já existentes, quanto ao seu planejamento e programa.

Tal será o *hospital-moderno* que Poços de Caldas vai possuir.

Minhas senhoras e meus senhores:

Neste dia de tradições sentimentais, tão queridas aos nossos corações, como lhes dizia, e nesta hora de exaltação e de entusiasmo por uma grande obra médico-social, qual seja esta que ora se empreende com tão feliz augúrio, nós estamos plantando, em terra fértil, uma árvore de Natal *sui-generis*, que não terá como as outras, uma existência efêmera ou a duração gloriosa de uma só noite ou de alguns dias, mas vicejarão perenemente, e florescerá, e frutificará séculos além: não viverá a sua vida, embora esplêndida, fechada dentro do sublimado egoísmo de uma festa em família, mas crescerá ao ar livre, franqueada a todos, sem restrição. E se multiplicará em benefícios de valor inapreciável para tôda uma população ou para várias populações, ao alcance de tôdas as mãos, como um homem comum!

Que as bênçãos de Deus caiam sempre, como o orvalho vivificador, sôbre esta que será, nestes altiplanos, já tão próximos do Céu, a mais frondosa, a mais dadivosa e a mais acolhedora de tôdas as árvores de Natal."

O PAPEL DA ENFERMEIRA NA ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO HOSPITALARES

Pelo Dr. Theophilo de Almeida (*)

Considerado o hospital como um departamento ou como *organismo*, a Enfermagem representa uma das suas principais divisões, como *órgão*, que é, de interesse vital no funcionamento da instituição.

Na estruturação do *hospital moderno*, consoante a classificação por nós estudada e publicada, consideramos o *todo* dividido em *dez partes* ou *divisões*, a que outros denominam *departamentos*. No Brasil, na sistematização administrativa, já hoje consagrada oficialmente no domínio federal, preferimos as designações de *departamento*, *divisão*, *seção* ou *serviço* para significarem: *departamento* – o *todo*, e *divisões* as partes componentes; e os setores ou subdivisões, na gradação decrescente, são *seções e serviços*.

A *Enfermagem* constitui a nona Divisão do nosso *Hospital* – padrão máximo, sendo a décima, a Divisão dos *Doentes externos*, comumente designada Ambulatórios. Assim, se distribuem as demais: a primeira, a Divisão Econômico-Administrativa; a segunda, Divisão Auxiliar dos Serviços de Administração; a terceira, a Divisão da Dietética; quarta, Divisão da Admissão e Registos; quinta, Divisão do Serviço Social; sexta, Divisão do Fichário Clínico; sétima, Divisão das Clínicas e Corpo Médico; e oitava, Divisão Auxiliar do Diagnóstico e Terapêutica. Êsses elementos formam o conjunto completo do *hospital máximo* do padrão que se convencionou chamar *hospital moderno*.

Esta classificação é adotada no serviço federal a nosso cargo, ao qual compete a coordenação, a orientação, a cooperação e controle, enfim, a organização das instituições médico-sociais do país, a *Divisão de Organização Hospitalar*, um dos órgãos técnicos-normativos do Departamento

(*) Tese: apresentada no 2º Congresso Nacional de Enfermagem, reunido no Rio de Janeiro, de 18 a 24 de Julho de 1948.

Nacional de Saúde. Esta é, também, a sistematização seguida no programa do Curso de *Organização e Administração Hospitalares* do mesmo Departamento e Ministério, que realizamos anualmente.

Colocada entre os últimos lugares na série das divisões referidas e estimada entre as primeiras, logo a seguir às clínicas, corpo médico, diagnóstico e tratamento, a *Divisão da Enfermagem*, segundo o nosso conceito, compreende três seções a saber: a) *Enfermagem técnica*; b) o *Ensino da Enfermagem*; c) *Serviços Auxiliares da Enfermagem*. A execução desses serviços especializados, que integram a D.E., abrange encargos de denominações as mais várias, como sejam: Diretora ou Chefe da Divisão, Supervisora da Enfermagem; Enfermeira-Chefe; Enfermeira especializada; Diretora da Escola de Enfermagem; Professora, Instrutora, Monitora, Estudante ou Aluna de Enfermagem; Auxiliar de Enfermeira.

Nesta terminologia hospitalar, reconhecida oficialmente, diz-se *Enfermeira* somente a do tipo-padrão, a diplomada pela Escola Ana Neri ou das da mesma classe ou equipamentos.

As atribuições das diversas atividades citadas se acham, igualmente, bem definidas e qualificadas na classificação por nós estudada.

É tal a importância da Escola de Enfermeiras e da *Enfermagem técnica* na organização hospitalar, sendo uma das dez divisões do *Hospital Máximo*, que não hesitamos em declarar que a *Enfermeira Diplomada*, tanto quanto o *Médico*, representa o elemento primacial, indispensável entre os requisitos mínimos do *minimum standard* para funcionamento do *hospital moderno*.

Dentro destes conceitos, ainda se verifica a identidade entre organização hospitalares, que constituem, hoje, obra de cooperação técnica e sistematização já definida, de uma nova especialidade.

Modernamente, Diretor ou Superintendente são sinônimos de Administrador, e representam um mister comum, que pode ser exercido por médico, enfermeira ou outro profissional, Religiosas ou leigos, desde que especializados.

A supervisão ou a gerência de um nosocômio, como deve ser, inclui, necessariamente a cooperação da Enfermeira, vigilante e ativa, a quem está reservada a função não só de assistir, e o mais de perto, o *doente*, que é o principal objetivo e a própria razão de existir do *hospital*, como ainda lhe cabe contribuir para a maior eficiência da Organização-Administração hospitalares. Seria deficiente essa cooperação, se não fôra obra comum da convergência de tantas e tão diversas atividades, visando tôdas o bem estar, o alívio, e a *cura do doente*; através um regular ou perfeito funcionamento do hospital, favorecendo o ensino e o progresso da medicina e da cirurgia.

Embora a estatística ainda não concorde, a Enfermagem foi, é e será uma profissão nimensamente hospitalar. Nasceu com o abrigo, com o hospício, no ambulatório e nas enfermarias isoladas, e, por fim, no hospital, como assistência religiosa ou sentimental, e evoluiu com a especialização profissional, ao lado da profissão médica, e servindo as várias especialidades médicas e cirúrgicas. À medida que progride e se multiplica, como instituição autônoma, o *hospital moderno*, o hospital para todos, o hospital da comunidade, oficina apropriada para o exercício pleno das clínicas e para a cura e maior conforto dos doentes, e de tôdas as classes sociais, a *Enfermeira* cada vez mais servirá o hospital na *enfermagem* e, também, de algum modo, na administração, com acerto e eficiência, como a experiência vem demonstrando.

A Associação Americana de Enfermeiras publicou em fins de 1940 dados que aqui vamos reproduzir, e de propósito preferimos esta estatística quando dispomos de outras mais recentes, justamente por ser de antes da entrada dos Estados Unidos na segunda Guerra Mundial, uma vez que, como se sabe, a mobilização militar e o envio de militares de médicos e enfermeiras para os vários campos de luta dispensaram, alteraram ou transformaram sensivelmente a modelar organização de paz médico-hospitalar da Norte América, que ainda não está refeita totalmente no momento. Contava a Associação com 167.201 associadas, (Enfermeiras diplomadas) das quais 45% exerciam atividades nas clínicas e serviços particulares; 38% em hospitais e instituições para-hospitalares; apenas 9% em Saúde Pública; em outros misteres condizentes com a Enfermagem técnica 3,6% e, finalmente, não exerciam a profissão 4% apenas.

Em um folheto publicado nos Estados Unidos em 1943, citado pela Sra. Clara Curtis, em 1944, verifica-se que 120.000 Enfermeiras responderam um inquérito referente às suas ocupações e, aproximadamente, 45,6% trabalhavam em hospitais e instituições afins; 10% em Saúde Pública, 6,1% em Enfermagem industrial; 26,1% em Enfermagem privada; 12,2% em outros serviços.

Considerando apenas o número de enfermeiras com atividades em Hospitais e em Saúde Pública, se conclui que êsses dois campos atraem mais da metade do número das enfermeiras diplomadas, embora em evidente disparidade, entre si.

No Brasil, como a *Escola de Enfermagem-Padrão*, teve origem na Saúde Pública, graças à previsão, à previdência e ao patriotismo de Carlos Chagas, o grande sanitarista, (nome que nunca será demais referir com saudade e homenagem especial) ainda prevaleceu, por alguns anos, a preferência das nossas diplomadas pelos serviços sanitários, federal e estadual.

Ora, a tendência no momento, seja na Inglaterra, seja nos Estados Unidos, aconselha e prevê a centralização no hospital, da *medicina curativa* e da *medicina preventiva*, e assim da *assistência sanitária*. Já em 1943 defendemos esse ponto de vista, estudando com D.O.S. o *hospital-centro de saúde*, que foi publicado em 1944 no Relatório do Diretor Geral do D.N.S. O hospital reunirá, desta maneira, em futuro, a grande maioria das Enfermeiras ou a sua quase totalidade. Precisamos, portanto, de enfermeiras técnicas ou diplomadas de alto padrão em nossos hospitais, o que significa, necessariamente, que precisamos de preparar um grande número de Enfermeiras. É este um problema essencial para a organização hospitalar em nosso país.

Existem, funcionando, no momento, aprovadas pelo Governo Federal apenas onze Escolas de Enfermagem de alto padrão, a saber: "Escola Ana Nery", "Escola Luiza de Marillac", "E. da Cruz Vermelha Brasileiras", tôdas nesta Capital; "Escola do Hospital de S. Paulo", "Escola de Enfermagem de S. Paulo", "Escola de Enfermagem S. Francisco de Assis", no Estado de S. Paulo; "Escola de Enfermagem do Estado do Rio", no Estado do Rio de Janeiro; "Escola de Enfermagem Carlos Chagas", em Belo Horizonte, Estado de Minas Gerias; "Escola de Enfermagem S. Vicente", "Escola de Enfermagem Florence Nightingale", no Estado de Goiás; "Escola de Enfermagem S. Vicente de Paulo", no Estado do Ceará.

A serem reconhecidas de alto padrão enumeramos as seguintes: "Escola Alfredo Pinto", no Distrito Federal, "Escola Magalhães Barata", no Pará; "Escola Medalha Milagrosa" e "Escola de Enfermagem de Pernambuco", Recife, ambas em Pernambuco; "Escola de Enfermeiras da Bahia", "Escola de Minas Gerais"; "Escola Profissional de Enfermeiras do Hospital S. Pedro", "Escola S. Luiz", "Escola de Enfermagem S. Francisco de Assis", tôdas no Rio Grande do Sul; "Escola de Enfermagem Rio Verde", "Escola Uberaba", ambas no Estado de Goiás; "Escola Rachel H. Lobo", no Distrito Federal, e "Escola de Enfermeiras S. Francisco de Assis", no Maranhão.

Até 1948 existem 1.321 Enfermeiras Diplomadas pelas ditas Escolas de alto padrão, tendo sido a primeira turma, em 1925, diplomadas pela "Escola Ana Nery", a mais antiga e modelo de alto padrão.

Urge criar e multiplicar *Escolas de Enfermagem*, por iniciativa particular junto de nossos hospitais, sobretudo nas capitais e nas cidades mais populosas, acima de 100.000 habitantes para que, também entre nós, as Enfermeiras Diplomadas, especializadas ou não, religiosas ou leigas, preencham os claros existentes em nossos hospitais, e não só para orientar e prestar serviços de enfermagem técnica, como também para cooperarem na administração hospitalar, facilitando-se à Enfermeira o exercício das funções de Diretor ou Administrador das instituições nosocomiais, sobretudo no interior do país.

Para favorecer essa utilização, cumpre promover a difusão dos Cursos de Organização de Administração Hospitalares, abrindo novas oportunidades ou franca permissão para que as Enfermeiras Diplomadas possam se matricular e fazer tais cursos.

Cada hospital no Brasil deve ter no mínimo uma Enfermeira diplomada, tipo padrão, pois só assim poderemos instituir e organizar, em todos os Estados e Territórios, a prática da boa enfermagem.

A enfermeira, pioneira da arte divina e da técnica moderna da assistência direta ao doente, colaboradora indispensável do Médico na Arte de Curar, que consola, que alivia e que também cura, seja a diplomada leiga, seja religiosa, constitui elemento indispensável, que virá iluminar e clariar, com a sua lâmpada simbólica, a alvorada já longamente indecisa da Enfermagem técnica entre nós, fazendo raiar um nôvo dia, na jornada das realizações do nosso progresso hospitalar.

As enfermeiras, competentes e dedicadas, distribuídas por todos os rincões do território nacional, contribuirão, destarte, decisivamente, para apressar a evolução da moderna organização e administração hospitalares no Brasil, a serviço dos “*hospital moderno*”.

CONCLUSÕES

1 – É urgente a cooperação de Governos e instituições particulares no sentido de criar novas Escolas de Enfermagem, de tipo padrão, junto aos hospitais de mais de 100 leitos, nas capitais e principais cidades do país, com a garantia de um completo aparelhamento, e recursos necessários para manutenção e regular funcionamento.

2 – É mister incluir ou ampliar no *currículum* do ensino da Enfermagem, como disciplina obrigatória, a matéria referente à nova especialidade que é “Organização e Administração Hospitalares”, a cargo de Consultores Hospitalares diplomados.

3 – Que um curso especial sobre “Organização e Administração Hospitalares” seja instituído exclusivamente para enfermeiras diplomadas e que êsse curso seja mantido e realizado anualmente pelo D.N.S., Ministério da Educação e Saúde ou com sua cooperação.

4 – Com o fim de apressar o progresso médico-hospitalar e tornar vencedor entre nós o conceito do Hospital Moderno deverá ser exigido, no mínimo, em cada hospital uma enfermeira diplomada, que além da sua atividade profissional exercerá, com vantagem, funções de direção e administração do hospital, particularmente no interior do país.

ORGANIZAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR DAS ESTÂNCIAS HIDRO-MINERAIS (*)

A desprezenciosa contribuição que tenho o grato ensêjo e a subida honra de vir apresentar a êste convênio de doutos e dos mais consagrados especialistas entre os que, entre nós versam tais assuntos, não se arrima em credenciais outras que não seja o sincero empenho de corresponder a um convite oficial, sobremodo atencioso.

Aproveito também esta oportunidade magnífica para trazer uma colaboração, igualmente oportuna, sôbre o aparelhamento médico-hospitalar das estâncias.

Atendo ainda, de algum modo, a um pendor antigo, conhecido de muitos dos aqui presentes e que de tempos em tempos, me faz voltar a estas incursões nos domínios da Crenologia movido por uma patriótica devoção de Médico, que nunca foi ou pretendeu ser profissional nessa especialidade, e de mineiro, que quer apenas o aprestamento de nossas milagreiras fontes de saúde, da mais lídima das nossas riquezas, para o uso e beneficio de todos os brasileiros, de Norte a Sul.

Desta vez, por dever de officio, acresce-me a obrigação como chefe de um serviço federal de vir aqui tratar, em público, sôbre o problema da organização hospitalar, particularmente no que concerne às estâncias hidro-minerais.

Com efeito o regimento que regula as atividades do Departamento Nacional de Saúde, no seu artigo 16, no capítulo referente à organização e administração hospitalares, estabelece que normas e padrões sejam estudados para instalação, organização e funcionamento de vários serviços técnicos e administrativos de hospitais em geral, de diversos tipos, casas de saúde ou outras unidades de assistência, inclusive estabelecimentos de convalescença e repouso, colônias de férias e estâncias climáticas e hidro-minerais.

(*) Durante o Congresso das Estâncias Hidro-Minerais, realizado em Poços de Caldas, o Dr. Theophilo de Almeida, Diretor da D.O.H., do Departamento Nacional de Saúde, apresentou a seguinte tese que foi unânimamente aprovada, havendo vários congressistas se manifestado com as mais elogiosas referências.

O mais moderno conceito sobre a assistência médico-social consagra essa filiação, justa e razoável, das estâncias de cura por nós classificadas como instituições para-hospitalares, ao lado das clínicas, policlínicas, dispensários, ambulatórios, etc. assemelhados ao hospital pela sua finalidade comum, embora se distinga do grupo hospitalar, o qual compreende os hospitais propriamente gerais e especializados.

Como instituição médico-social, para-hospitalar, as estâncias pertencem, necessariamente, ao domínio da saúde, seja como medicina curativa ou medicina preventiva, porquanto as fontes de águas virtuosas e todos os seus aprimoramentos se destinam, necessariamente, ao tratamento de doentes e bem assim, aos cuidados e benefícios da saúde, sob orientação médica.

Não se justifica a mínima deturpação dessa finalidade indiscutível, que ninguém nega, que a história registra através dos séculos e que a ciência, na sua evolução mais moderna, confirma e encarece, cada dia mais.

A Geologia prevendo e fazendo aflorar a linfa preciosa, a Química e a Física analisando e controlando, prestam a sua colaboração valiosíssima à Medicina para êsse desideratum único que é ação curativa das águas e dos climas; do mesmo modo que a Botânica e ainda a Física e a Química descobrem, preparam e beneficiam os medicamentos, pondo-os, a critério médico, exclusivamente para fins terapêuticos.

As estâncias hidro-minerais são e devem ser, essencialmente, institutos médicos. O turismo, as diversões, os derivados, recursos econômicos mais ou menos lícitos, outros que não sejam tirados das mesmas fontes e de sua própria renda, constituem meios acessórios, e não a finalidade, nem com esta se confundem.

Se crise ou penúria existem, em alguma parte, ameaçando o hidro-climatismo, o remédio será um só: reabilitar as estâncias de cura, promover o seu progresso médico-científico, incentivar a observação e os registros clínicos, aparelhar, enfim, pela multiplicação das curas e dos benefícios de saúde resultará a confiança do público, o bom crédito, a restituição total desse prestígio incomparável, que atravessou as eras, das antigas às mais modernas, que sobreviveu ao empirismo, venceu com a prática e a pesquisa científica, e chegou até nossos dias, como último elo de uma longa cadeia evolutiva, sob a feição de uma nova especialidade médica, hoje consagrada, que é a Crenologia.

Algumas rápidas referências históricas atestam esse prestígio e essa evolução.

Os primitivos povos que habitavam na Europa Central, entre eles os germanos, e igualmente os celtas, que precedem os gauleses em

terras da França, conta-nos o historiador Dr. Paulo Diepgen, concediam acentuada preferência ao uso medicinal das águas minerais e termais, cujo valor curativo era de tal modo positivo que atribuíam os benefícios salutareos à benevolência de algum de seus deuses.

Sob a mística religiosa, à maneira dos templos pagãos em princípio, evoluíram e depois se transformaram essas mesmas fontes sagradas, ao influxo das ciências médicas, e são elas hoje dos mais acreditados balneários modernos, como sejam Wiesbaden, Baden-Baden e outros.

De acôrdo com a tradição as fontes termais eram usadas pelos índios norte-americanos muito antes da vinda dos espanhóis. Conta-se que na região que corresponde ao atual Estado de Arkansas várias tribus disputavam, de tempos em tempos, em lutas porfiadas o contrôle das “Hot Springs”, que em número de mais de quarenta, são exploradas naquele Estado.

Acreditavam os índios existir um “espírito superior” sempre presente naquelas águas quentes e que dispensava o favor da saúde aos que procuravam aquêlê recurso milagroso.

Diz ainda a lenda que, antes da posse dêsses tesouros pelo homem branco, em 1800, já os aborígens se congraçaram para que o uso das fontes fôsse partilhado pelos doentes de tôdas as tribus.

Na Idade Média, refere o mesmo autor, uma das mais freqüentes prescrições dos físicos e práticos era o banho.

As pessoas sadias procuravam os balneários pelo prazer do asseio ou para o uso das águas minerais; enquanto que os médicos recomendavam ou enviavam os seus doentes às fontes hidro-minerais e termais, porque confiavam nos efeitos terapêuticos das águas medicinais.

Os próprios médicos da Côrte se exercitaram nesses conhecimentos especializados, e encaminhavam, com freqüência, as mais altas personagens a êsse tratamento, com prescrições minuciosas a propósito da viagem e da cura pelos banhos quentes e das águas minerais.

Esta citação nos faz lembrar as viagens longas em viaturas primitivas, varando florestas, galgando a Mantiqueira em caminhos ásperos, que afrontava o nosso Imperador e seus séquitos, em época mais recente, se pagando o monarca e sua família imperial e a gente da Côrte dêsse sacrificio e desconforto com alguns dias de demora nas estâncias hidro-minerais climáticas do Sul de Minas, onde, à mingua do aparelhamento e dos progressos urbanísticos que hoje têm, êles se contentavam, exclusivamente, com os reais benefícios de saúde, que lhes ofereciam aquelas águas virtuosas.

ESTÂNCIA DE CURA

Centro Médico – Neste conclave de notáveis especialistas diante dessa tradição milenar a que vimos aludir parecerá ocioso que se pretenda insistir no pregão das virtudes e vantagens medicinais “das águas, do ar e do sol”, e das estâncias de cura.

Fôrça é confessar, entretanto, que se faz mister rehabilitar o prestígio médico junto às fontes de saúde; cumpre recuperar para a medicina as estâncias de cura. Só a ciência e a prática médicas poderão orientar e convencer a opinião pública neste sentido.

Em conclusão desta exposição, no estado atual dos nossos conhecimentos, devemos repetir com o Professor Pech, da Universidade de Montpellier, que somente a observação clínica nos ensina quais as indicações e contra-indicações do complexo da cura hidro-mineral-climática em cada estância, e ninguém melhor o dirá do que o médico local, de longo estágio, estudioso e observador.

Várias tentativas se têm registrado com o fim de criar por lei, entre nós, uma sistematização, uma padronização, enfim, a organização médico-científica das estâncias.

Por várias vêzes tive o prazer de colaborar nesse tentâmen.

Pouco se tem conseguido, entretanto. Tudo nos leva a crer que o momento é azado; que novos horizontes claros e promissores se abrem. Este Congresso oferece o ensêjo mais oportuno.

Considero um grande passo para essa realização a autonomia da Prefeitura política e da Prefeitura médica, independentes, embora concorrentes nas iniciativas e nas contribuições para o progresso local, tanto da cidade e do município, como da estância, prôpriamente.

A criação de órgãos puramente científicos, como Institutos de Crenologia e de um conselho de prefeitos políticos para orientar o progresso das estâncias, representaram pontos de vista antípodas e extremados, e não vingaram por isso mesmo...

O senso médio das coisas ainda aqui se revela como a virtude medianeira; e èste se apresenta no conceito moderno do Centro Médico, do Instituto de Saúde, da Instituição Médico-Social, denominações diversas que expressam a necessidade de atender conjuntamente, com uma orientação uniforme e de cooperação, o complexo assistencial que é a estância; em que se completam tôdas as atividades médicas desde o serviço de contrôle creno-terápico, até à assistência médica, sanitária e hospitalar.

O plano aqui propôsto considera a estância hidro-mineral como um departamento, a que servem várias divisões com autonomia técnica, como assistências cooperadoras e interdependentes, compreendendo uma série de atividades conseqüentes, a começar pelo censo geral das estâncias para um classificação conveniente, à base de uma Ficha ou Questionário.

ÓRGÃOS MÉDICO-TÉCNICOS (1)

1 – *Sede da estância e fontes* – Compreende edificações, instalações, equipamento e administração – Laboratório de contrôlo das fontes – Consultórios médicos – Fichário Central médico-clínico (registro geral dos doentes e aqistas – Observações) – Balneário e salas de tratamento – Laboratório clínico, Raios X – Clínica: quarto e salas de repouso. Outras dependências inclusive industrialização dos produtos das fontes.

2 – *Centro ou Pôsto de Saúde Pública* – Em prédio isolado ou anexo ao hospital.

3 – *Hospital-geral ou regional* – Tipo padrão progressivo e flexível, por nós estudado servindo ao mesmo tempo à população local e população vizinha, a veranistas e aquáticos, instituição tipo misto. Santa Casa de Saúde.

O plano dêsse hospital permite a construção por etapa: Os serviços gerais, médicos e administrativo, localizados no corpo central, e as clínicas ou enfermarias nas alas.

Essa disposição em monobloco, horizontal ou vertical, que toma formas diversas, que lembram as letras I, T, E, F, H, h, U e outras, facilita a incorporação, no hospital-geral, dos vários serviços clínicos, podendo ter entrada independente embora sempre ligados ao corpo central do prédio onde estão os ditos serviços gerais.

Êsse hospital prestará a mais estreita cooperação aos serviços cronológicos e sanitários, e vice-versa.

As seções de doenças contagiosas, por exemplo, os ambulatórios, os laboratórios de Raios X e demais elementos indispensáveis ao diagnóstico e tratamento, inclusive a cirurgia e maternidade, tudo poderá ser de parceria, tanto para medicina curativa como preventiva, inclusive a assistência médica e tanto será útil à população como à Estância. O projeto do hospital-padrão-progressivo será sempre diferente, atendendo às condições locais, e embora sendo os mesmos modelos, adaptá-

(1) Vide modelo criado pela D.O.H.

veis, poderá começar com 25 ou 64 leitos e atingir, pelos acréscimos previstos e estudados antecipadamente, até a 250 leitos ou mais.

Estudamos já cerca de trinta blocos e modelos diversos, cuja finalidade é facilitar o trabalho do arquiteto e construção por etapa. As medidas são sistemáticas em múltiplos e submúltiplos, visando a economia.

Tudo padronizado tanto quanto possível.

O hospital será de preferência instituição de finalidade não lucrativa ou filantrópica, não oficial. Hospital da comunidade, hospital para todos, para contribuintes e gratuitos. Será um “hospital-moderno” – o mais completo possível, dirigido por um Conselho ou Mesa Administrativa e por um diretor que tenha curso de Organização Hospitalar, oficial ou reconhecido.

A *situação atual* – Assistência hospitalar nas estâncias hidro-minerais é assás modesta. Não convém detalhar.

Há a tradicional Santa Casa, onde existe hospital, imprópria para receber doentes contribuintes do nível social dos que freqüentam as estâncias. Convidam-se nacionais e estrangeiros a visitar e estagiar nas estâncias, assim há que lhes dar garantia de assistência na doença. Milhares e milhares de pessoas que anualmente procuram as estâncias em busca de tratamento e repouso e a começar pelo mais alto magistrado da nação, se acham, muita vez sem o saber, em certas estâncias inteiramente desprotegidos quanto a um internamento conveniente ou a uma intervenção cirúrgica de emergência. Faltam os recursos apropriados que permitam o exercício conveniente da medicina e da cirurgia.

O serviço federal de organização hospitalar do Ministério da Educação e Saúde, que tenho a honra de dirigir há mais de um lustro, desde que foi criado, está cogitando e se interessa particularmente pelo problema da assistência médico-hospitalar nas estâncias à vista dessa situação e deficiência.

São elaboradas e fornecidas pelo Serviço as plantas, e o govêrno federal já consigna auxílios, por iniciativa do serviço, para construção dêsse tipo de hospital-padrão-progressivo, em Poços de Caldas e em São Lourenço, na base de um ajuste prévio com uma instituição hospitalar existente via de regra, a Santa Casa local, e sendo solicitada a cooperação dos governos estadual e municipal. Há interêsse no momento em outras estâncias para essa construção em cooperação: Cambuquira, Nova Friburgo, Teresópolis e outras.

O acôrdo tripartite estabelece que a instituição e particulares concorram anualmente com um têrço para a construção correspondendo a um têrço por parte da União; sendo outra têrça parte solicitada ao Estado e ao Município. É, como se vê, o “hospital de cooperação”, desde o início. Maior ou menor, tôdas as estâncias devem ter o seu hospital tipo padrão-progressivo flexível.

4 – *Pôsto de observação meteorológica* – Excusado é encarecer a importância desse aparelhamento, em clima de altitude e em estância de cura, qualquer que seja, depois dos trabalhos notáveis já realizados que demonstram a influência do clima em benefício da saúde e também das mutações atmosféricas sobre certos doentes e certas doenças, definindo impropriedade e malefícios. São estes os órgãos principais para o aparelhamento médico-técnico desse novo tipo de *Centro Médico*, que é a estância de cura. Esta é a proposta do plano de uma organização médico-hospitalar que submeto à apreciação do Congresso das Estâncias de Poços de Caldas e que, parece, atenderá os requisitos de um padrão novo, moderno e o mais avançado e o mais completo, à altura do valor e da grande estima que desfrutam as nossas excelentes estâncias hidro-minerais e climáticas igualmente.

Se realizarmos este passo, aprimorando e completando o aparelhamento modelar que já temos em certas estâncias, e que deve estender-se a tôdas, colocaremos o Brasil no primeiro plano, o mais avançado, não só nas Américas, como em todo o mundo, quanto à organização ou assistência hidro-mineral-termal e climática.

CONCLUSÕES

1 – A tradição milenar e os progressos médio-científicos confirmam o conceito de que a estância hidro-mineral e climática, pela sua finalidade, pertence necessariamente, ao domínio da saúde, seja como medicina curativa, seja como medicina preventiva.

2 – As Estâncias de Cura, consideradas instituição médica, como parte da assistência médico-social, são classificadas como *Instituto Para-Hospitalar*, ao lado das policlínicas e clínicas especializadas, dispensários e ambulatórios e, devido a essa mesma afinidade, podem ser assemelhadas às entidades do grupo hospitalar.

3 – Os serviços e instalações das estâncias, tanto gerais e locais devem ter organização autônoma, sob orientação médica, com relação à administração e política municipal, embora dando e recebendo toda cooperação possível.

4 – As estâncias de cura hidro-minerais climáticas, proporcionando um complexo terapêutico característico, devem ser organizadas com o *Centro Médico*, obedecendo a administração e atividades técnico-cronológicas e compreendendo ainda assistência médico-hospitalar e assistência sanitária.

5 – A boa organização hidro-climática exige sejam, anualmente, levantados o cadastro e censo das estâncias por inspetores especializados à base de uma ficha e de instruções especiais.

6 – Como padrão-mínimo, as estâncias de cura deverão dispor de quatro órgãos diversos, harmônicos e cooperadores, indispensáveis à sua consagrada finalidade de saúde, a saber:

- a) *Serviço das fontes e sede da estância* – Edificações, Instalações, Equipamentos, Administração, Diretor geral médico, Registro geral dos doentes e aquistas, Fichário Médico Central.
- b) *Hospital geral* – Tipo padrão progressivo-flexível. Hospital moderno completo, para serviço da população do município e da região, para aquistas e veranistas. Será Hospital da Comunidade não oficial para doentes gratuitos e para contribuintes.
- c) *O Centro ou Pôsto de Saúde Pública* – Embora conservada sua autonomia em prédio isolado ou anexo ao Hospital geral.
- d) *Pôsto de observação metereológica* – Com o objetivo da assistência à saúde.

SEXTO CURSO ANUAL DE ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO HOSPITALARES

Sob a presidência do Sr. Ministro Clemente Mariani, realizou-se no dia 13 de dezembro de 1948, às 20 horas, no auditório do Ministério da Educação e Saúde, a cerimônia de entrega de certificados aos alunos médicos que concluíram o Curso de Organização e Administração Hospitalares, criado pelo Departamento Nacional de Saúde.

Foi paraninfo, o Prof. Dr. Theophilo de Almeida (), tendo sido homenageado especial o Sr. Dr. Jorge Saldanha Bandeira de Melo e homenageados, ainda, os Professores Drs. Alcides Figueiredo da Silva Jardim, Alfredo Jorge Guimarães Ferreira, Armando Pêgo de Amorim, Ari de Castro Fernandes, Lincoln de Freitas Filho e Aquiles Ribeiro de Araujo, sendo o orador da turma Dr. Guilherme Romano.*

Naquela oportunidade, o Dr. Theophilo de Almeida, pronunciou o seguinte discurso:

“Reveste-se de significação especial a cerimônia congratulatória da entrega dos certificados deste Curso Anual de Organização e Administração Hospitalares do Departamento Nacional de Saúde.

É que pela vossa iniciativa e espontânea deliberação, prezadíssimos amigos da turma de 1948, o ato simples, de caráter familiar da distribuição do novo título profissional, toma uma expressão nova, solene e festiva, com o alto patrocínio da maior autoridade deste Ministério, com a presença de personalidades representativas e distintas pessoas, que aqui vieram participar do nosso júbilo comum e das justas homenagens que todos vos prestamos.

De início, quero agradecer a generosidade, que nunca esquecerei, com que me elegestes paraninfo desta festividade, honra insigne que me dá ensejo de conversar, ainda por alguns minutos mais, êsses assuntos que mereceram, como é de nosso testemunho, a vossa crescente simpatia e, agora a vossa mais interessada estima.

(*) O discurso do Dr. Theophilo de Almeida foi publicado no "Jornal do Comércio", do Rio de Janeiro em 17-12-48.

Êsse propósito e êste aparato, antes de mais nada, traduzem um atencioso acatamento e grande aprêço, com que ora se consagra, de maneira definitiva, o valor e a utilidade dêsses cursos, sôbre ser o reconhecimento, de público, dos esforços conjugados e dedicação de todos que cooperaram para êsse faustoso êxito e que procuraram disseminar, em nosso vasto Brasil, as idéias novas sôbre o velho e renovado mistér do amparo e do tratamento aos doentes, e particularmente da assistência hospitalar.

Mais ainda, e principalmente, representa êste auspicioso ato comemorativo, o apoio patriótico que trinta e oito médicos, procedentes de todos os quadrantes do território nacional prestam à campanha da organização hospitalar em que estamos empenhados para a solução dos problemas da assistência médico-social no país.

Êste Curso, em que se estuda e se pratica a mais moderna especialidade dos domínios para-médicos, e que forma Consultores ou Inspetores hospitalares, e Diretores de Hospitais, não é, certamente, daquêles em que se exercitam ensinamentos de natureza abstrata, ditos de ilustração, sem uma finalidade precisa; pelo contrário, visa todo êle, o conhecimento de uma sistemática de utilidade imediata, indispensável, para conseguir o progresso médico-hospitalar, tanto de uma instituição, como de uma comunidade ou de um povo.

Verificastes, dia a dia, estimados colegas, que a moderna organização hospitalar, e assim a nova técnica da administração dos hospitais, têm o seu fundamento e seus objetivos, exclusivamente, numa melhor economia e numa maior eficiência dos serviços de assistência.

Já realizou a Diretoria dos Cursos do Departamento, desde 1943 até ao presente, seis dêstes cursos, que lembram, pelo *curriculum*, o tipo universitário correspondente norte-americano, já havendo recebido êste certificado, ao todo, cento e cinqüenta e quatro médicos, desta Capital e de todos os Estados da União.

Levâmos a efeito outro tipo de curso intensivo, chamado também *instituto*, que precisa ser repetido e multiplicado, e que é destinado ao aperfeiçoamento de diretores e profissionais de administração de hospitais, tendo sido beneficiados cento e sessenta e quatro Irmãs, pertencentes a vinte e quatro Congregações Religiosas, procedentes de várias instituições e de vários Estados.

Cabe ao nosso país o privilégio e a primazia de haver sido o primeiro no mundo, que estabeleceu oficialmente, um serviço técnico normativo de organização hospitalar, que data de 1941, e já em 1942 foi criado êste curso de especialização e aperfeiçoamento, o primeiro também de que se tem notícia, aqui e alhures, mantido por governos, ambos instituídos por lei federal.

A criação da Divisão, e o censo geral e cadastro de hospitais, que marcaram a primeira etapa da campanha nacional de organização hospitalar, e a realização de cursos e o preparo dos técnicos ou dos oficiais a quem cabe garantir o êxito vitorioso desta campanha, representam, com a educação e publicidade, a fase preparatória e são os elementos fundamentais na formação da moderna consciência hospitalar, que é o clima indispensável para a implantação das novas diretrizes desses domínios, sendo ao mesmo tempo a garantia para o planejamento conveniente e para a execução da rede nacional de hospitais que constitui o seu principal objetivo.

A solução do problema médico-social em geral e, assim, da assistência hospitalar e para-hospitalar, segundo os conceitos consagrados nos tempos mais recentes, nos países mais adiantados neste particular, exige obra de coordenação, de cooperação, de orientação e de controle; uniforme, nacional, planejada no conjunto e executada igualmente com toda colaboração possível. Não se distinguem atividades oficiais e particulares; instituição geral ou particular. Não comporta isolacionismo, nem improvisações, nem auto-suficiência, essa obra comum em que a contribuição de cada um em benefício de todos, evita ou retarda o advento da socialização da medicina, cujas vantagens e inconvenientes pesam na balança das preferências e dos interesses contrários.

NA INGLATERRA

Entre os povos mais evoluídos, e basta citar os Estados Unidos e a Inglaterra já se passou neste particular, da fase da discussão e do planejamento para o terreno positivo da prática. O povo britânico, depois de uma longa prova de regimes de experiência, acaba de adotar o sistema mais avançado, que é o seguro de saúde generalizado, abrangendo assistência médica e a hospitalização gratuita.

O Governo Americano, consoante publicações oficiais recentes, enfrenta o problema, de modo diverso. Depois de levar a efeito um amplo inquérito sobre as necessidades e possibilidades nesse setor, resolve aplicar uma dotação de trezentos e setenta e cinco milhões de dólares que foi destinada ao Congresso a ajudar na construção de hospitais durante cinco anos, na razão de 75 milhões de dólares por ano, o que vale um bilhão e quinhentos milhões de cruzeiro anualmente. O programa prevê, ali, a mais ampla cooperação, na base de um terço como contribuição federal, para dois terços de recursos regionais ou locais, de governos de comunidades e de instituições a serem beneficiadas pela cooperação técnica e financeira.

O auxílio só será dado para instituições de finalidade não lucrativa e filantrópicas, tanto oficiais e particulares, incluindo hospitais gerais e especializados para tuberculose, doenças mentais e outros tipos de assistência, e atividade de saúde pública.

O Diretor do Departamento Nacional de Saúde fica constituído responsável pela aplicação do plano, com a orientação técnica e cooperação direta da Divisão Hospitalar daquele Departamento e com a colaboração das agências federais de saúde nos vários Estados americanos. A cooperação abrange a construção de hospitais e o estudo e meios de tornar a manutenção mais econômica. Os hospitais não serão, entretanto, de propriedade do Governo Federal.

O hospital regional ou rural será a base da assistência hospitalar, mas prestará também serviços à organização sanitária, facultando o seu equipamento e seus ambulatórios para essa utilidade de medicina curativa e de medicina preventiva e higiene, e até às próximas clínicas privadas.

Um Conselho Hospitalar deverá existir junto a cada instituição, e oficial, com o fim de controlar os interesses e as responsabilidades da comunidade e do hospital.

NA AMÉRICA LATINA

A República Argentina acaba de elaborar um plano quinquenal semelhante e, parece, já a executá-lo. Outros países latino-americanos desbravam o mesmo terreno ou já colhem frutos de tal empreendimento.

Esta longa citação do que se realiza fora de nossas fronteiras não significa para nós contraste, nem desabono. Estas idéias novas, êsses planos e essa mesma orientação, constituem, entre nós, objeto de estudo constante e sistemático no planejamento da Rede Nacional de Hospitais, que tem tido ampla publicidade desde 1942-43 quando apresentado por nós o plano inicialmente, ao Sr. Ministro da Educação e Saúde.

Nos moldes dessa moderna organização e administração hospitalares e consoante o padrão que se convencionou chamar *hospital-moderno*, o plano brasileiro, que coincide em linhas gerais, com os referidos, precedeu, como se vê de cerca de um lustro.

Assim, também, não menos generoso e previdente tem sido o Governo do Sr. Presidente General Eurico Gaspar Dutra e o Congresso Nacional, com a muito valiosa participação do Sr. Ministro Clemente Mariani, dentro da nossa relatividade de meios, seja aumentando e multiplicando as verbas destinadas à assistência médico-hospitalar, seja facultando aos Institutos e Caixas mais ampla aplicação de recursos na construção de hospitais de serviços diversos de assistência. Basta referir que

sòmente para *hospital-geral*, não constando hospitalização e assistência a tuberculosos; doentes mentais e de lepra, a maternidades, que têm dotações próprias, destinou o Governo Federal em 1947, em algarismo redondo, setenta milhões de cruzeiros; e em 1948 cento e vinte e seis milhões e quinhentos mil cruzeiros, em quatro consignações orçamentárias diferentes; enquanto que em 1945 e 1946, para não citar períodos anteriores, essas dotações foram, respectivamente, de cêrca de sete milhões e quinhentos mil e de oito milhões e seiscentos mil cruzeiros. Total nos quatro exercícios: duzentos e doze milhões de cruzeiros, do que resulta uma diferença para mais, no último biênio, em favor do atual Governo, de cento e noventa milhões de cruzeiros! De evidente benemerência é a nova política hospitalar adotada.

Com os elementos de que dispõe, e que certamente serão ampliados, em futuro, para a desejada eficiência, presta a Divisão de Organização Hospitalar do D.N.S do M.E.S. a possível orientação e cooperação técnica aos hospitais gerais de todo o país, na aplicação razoável ou condicionada das subvenções e auxílios federais distribuídos em quatro rubricas diversas, embora melhor fôra se englobadas em duas apenas: construção e manutenção.

O plano de ampliação e modernização da rêde nacional de hospitais, cujo acêrto teve confirmação a mais autorizada nessa referência de igual estudo feito e em via de executar no país onde mais se desenvolveu a técnica hospitalar; a experiência da viabilidade dêsse nosso plano, que é também *em cooperação, e de contribuição tripartite, que localiza no hospital tanto a assistência hospitalar e a assistência sanitária*, de que é um exemplo típico o *hospital misto rural*, que estabelece que serão *hospitais particulares* e não *oficiais* ou *federais*, encontra o ensejo promissor na iniciativa do Governo atual, com o projeto SALTE, cujos fundos magníficos poderão, com orientação conveniente, fomentar o desenvolvimento da assistência médico-hospitalar, de Norte a Sul e será, por certo, a realização do máximo interêsse vital para o nosso país.

Mais de trinta hospitais novos do tipo padrão-progressivo-flexível, por nós estudado, criando novas Santas Casas, modernas e modelares, estão em construção, em vários Estados, com a cooperação da Divisão numa demonstração positiva dessa mesma viabilidade e eficiência.

Não vem a propósito citar dados e sugestões que nos foram solicitadas e fornecidas para o estudo do Plano Salte, no que concerne ao setor de assistência hospitalar nem reproduzir os algarismos vultosos que são previstos e publicados no esquema oficial do que será o nosso plano quinquenal, uma vez que êsse grandioso projeto ainda não teve a aprovação definitiva e sanção do Congresso Nacional e do Presidente da República.

A NOVA ESPECIALIDADE

O concenso unânime a respeito da moderna organização hospitalar criou, consagrou, como se vê e atesta êsse curso, uma nova especialidade técnica caracterizada, como ciência e arte, com publicações periódicas próprias e contando com uma assás numerosa bibliografia especializada.

Há, no momento, da parte dos governos e das autarquias, as quais já se interessam pela especialidade nas suas organizações e o mesmo quanto às próprias instituições particulares, um largo e sensível movimento de progresso, de ampliação e de melhoramento dos nossos hospitais empregando elementos novos da técnica e sempre maior financiamento.

Os ensinamentos do passado, que é tôda a vida do Brasil, nos adverte que durante quatrocentos anos muitos e grandes recursos foram aplicados na assistência pública e em auxílios e subvenções; e que doações e donativos, sem conta, da caridade e da filantropia, reverteram em favor das *santas casas* e das *misericórdias* que se multiplicaram, acumulando algumas os mais opulentos patrimônios!

Até há pouco, apesar de sua incontestável benemerência, mostraram essas instituições uma uniformidade impressionante de acentuada deficiência de organização e de administração. Causa provada do seu menor desenvolvimento é a falta de orientação e o regime rotineiro em que viveram muitas dessas casas pias. Viviam quase abandonadas em mãos leigas ou descuidadas, sem qualquer contribuição dos governos além de modesta subvenção.

A evolução dessas casas de caridade se processa, hoje, à luz do moderno conceito que transforma abrigos hospitalares em hospital-geral, em hospital para todos os doentes, para gratuitos e contribuintes, sendo ao mesmo tempo a oficina convenientemente aparelhada para o pleno exercício da medicina e da cirurgia e especialidades, servindo, igualmente, a tôdas as classes, e não sòmente aos indigentes.

A palavra “*técnica*” não mais deve causar receios ou suspeitas. A especialização, o respeito aos técnicos e a colaboração dos profissionais especializados marcam o alto índice de civilização de um povo ou uma comunidade.

Depois dos Estados Unidos, onde os cursos modeladores, não são oficiais, é o Brasil o país que já preparou maior número de Consultores técnicos de administração hospitalar. Urge, portanto, um entendimento geral entre todos os responsáveis oficiais e particulares, todos igualmente interessados na solução do problema hospitalar e assistencial, problema êste que não é de classes, nem de grupos, nem de regiões nem de go-

vernos; nem de instituições. Abrange todo um setor nacional da organização geral do país, e que é, no seu complexo, o *setor da saúde*.

Que se verifique entre nós, cada vez mais, o crescente aproveitamento dos especialistas, dos Consultores e Inspetores hospitalares, nos serviços oficiais e particulares, e dos novos Diretores ou Administradores de hospitais; que sejam providas de maiores recursos e da necessária autonomia as organizações especializadas da Assistência Médico-Hospitalar, em todo o país. Sobretudo para que possam dar uma mais ampla contribuição e maior assistência técnica, a começar pela construção do hospital de tipo funcional, planejado com a participação do especialista. Enfim, que uma legislação nacional, específica, uniforme e sistemática neste particular, seja instituída, atendendo o bem coletivo e a causa comum evite a dispersão e má aplicação dos recursos e a duplicidade tão prejudicial, como a deficiência, e que permita e facilite essa coordenação, essa cooperação, essa orientação e êsse contrôle, que são a condição indispensável para a conquista integral dêsse mais precioso bem coletivo que é a: *Saúde da nossa gente*.

Sobretudo, que os nossos hospitais sejam dirigidos e administrados por profissionais competentes e especializados e não mais continuem vegetando à sombra do prestígio de nomes ilustres, cidadãos notáveis que não sabem ou não podem ou não querem cuidar de organização e de administração hospitalar.

São êstes os meus votos e essas as minhas congratulações.”

PADRÃO DOS HOSPITAIS DOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA DO NORTE E SUA RELAÇÃO COM ALGUNS PONTOS DO CURSO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

O American College of Surgeons foi a instituição que teve idéia de estabelecer um padrão mínimo para reconhecimento dos hospitais.

A iniciativa nasceu em conseqüência das dificuldades encontradas pelos que desejavam ingressar naquela agremiação. Não podiam apresentar em condições aceitáveis, os seus casos cirúrgicos. Histórias pouco satisfatórias dos casos clínicos e, além do mais, conduzidas sob variadas formas impossibilitavam uma apresentação correta das observações.

O exame do problema revelou que as mesmas circunstâncias ocorriam em outros setores dos hospitais. As condições eram caóticas (Chaotic conditions), na sua generalidade. Em virtude destas circunstâncias resolveu o “American College” promover um movimento no sentido de corrigir as falhas e uniformizar os métodos de trabalho. Encontrou apoio das associações hospitalares e de outros grupos médicos, podendo, assim levar a efeito tão útil iniciativa, começada em 1918. Como resultado das investigações possui hoje o “College” mais de 50.000 relatórios de inspeções sôbre padronização hospitalar.

Imenso foi o progresso das instituições hospitalares em conseqüência desta avisada e eficiente política adotada, com tanto êxito, pelo Colégio Americano de Cirurgiões, que publicou um “Manual of Hospital Standardization” últimamente revisto em 1940. Em 1941 foi publicado o “Twenty-Fourth Annual Hospital Standardization Report”, incluindo a lista dos hospitais aprovados nos Estados Unidos, Canadá e outros países. São resultados de inspeção feita em 1941, divulgados em outubro do mesmo ano.

Eis a súmula dêsse trabalho:

PADRÃO MÍNIMO DE HOSPITAIS ESTABELECIDO PELO “AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS” COM SEDE EM CHICAGO, ILLINOIS, ESTADOS UNIDOS

(CORRESPONDE AOS PONTOS 5, TÓPICO E, DO PROGRAMA DO CURSO DE ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO HOSPITALARES DO NOSSO MES-DNS) OUTUBRO – 1941

1 – Médicos e cirurgiões que tenham privilégio de práticas no hospital devem organizar-se com um corpo clínico definido. Esta organização independe de ser o hospital “aberto” ou “fechado” e não afeta os vários tipos de corpo clínico existentes. O conceito de corpo clínico (staff) é aqui definido como sendo o grupo de médicos que clinicam no hospital não só os que pertençam ao corpo clínico efetivo (“regular medical staff”) e os associados “associate medical staff”.

2 – Para ser membro do corpo clínico e indispensável que os médicos e cirurgiões possam satisfazer as seguintes condições:

- a) ser diplomado em medicina por escola reconhecida ou com o grau de doutor em medicina, de boa categoria e legalmente licenciado para o exercício da profissão nos respectivos Estados ou províncias;
- b) ser competente na sua especialidade;
- c) ter bom caráter e boa ética profissional. Em relação a este ponto é absolutamente proibida a prática de decotomização de honorários, sob qualquer disfarce ou percentagens.

3 – Mediante aprovação do órgão administrativo do hospital, o corpo clínico estabelecerá e adotará estatutos, regulamentos e regimentos: este estatutos, regulamentos e regimentos devem especificamente determinar:

- a) que o corpo clínico realize sessões pelo menos uma vez no mês;
- b) que o corpo clínico faça revisão e análise periódica da sua experiência clínica nos vários departamentos do hospital, tais como medicina, cirurgia, obstetrícia e outras especialidades; a história clínica dos doentes gratuitos ou contribuintes, será a base para tal revisão e análise.

4 – É necessário que seja escrita a história clínica completa e minuciosa de todos os doentes, tudo fichado de modo acessível no hospital: história clínica completa compreende dados sobre identificação, queixa: história progressiva pessoal e familiar, história da moléstia atual, exame físico, exames especiais, tais como consultas, laboratório clínico, raios X e outros exames: diagnósticos provisório ou em elaboração, tratamento mé-

dico ou cirúrgico: verificações patológicas micro ou macroscópicas, notas em andamento, diagnóstico final, condição por ocasião da alta, seguimento (follow up) e, em caso de morte, exame anátomo-patológico:

- a) laboratório clínico, provido de serviços: químicos, bacteriológico, sorológico e anátomo-patológico;
- b) de raios X, aparelhado para radiografias e fluroscopia.

* * *

A aprovação dos hospitais é baseada no seu ajustamento ao padrão mínimo.

Êste padrão foi formulado tomando por base idéias para que contribuíram muitas autoridades e foi aplicado pela primeira vez em 1918.

Êste padrão mínimo é considerado ponto fundamental “Gauge for appraising hospital”.

Seus princípios básicos, são em resumo, os seguintes:

1 – Construção moderna convenientemente equipada pan confôrto, segurança e tratamento científico do paciente.

2 – Instituição claramente constituída, com estatutos, regulamentos e regimentos, determinando sua organização, deveres, responsabilidades e relações.

3 – Organização administrativa, cuidadosamente selecionada, tendo autoridade completa e suprema para direção da instituição.

4 – Oficial executivo ou administrador, bem adestrado, com autoridade e responsabilidade para dirigir a instituição de acôrdo com as autorizações da comissão administrativa.

5 – Número adequado de pessoal eficiente, apropriadamente organizado e sob competente supervisão.

6 – Corpo clínico organizado, ético, competentes médicos e cirurgiões para tratamento eficiente dos doentes e para exercer os trabalhos profissionais do hospital, sujeito à aprovação da comissão administrativa.

7 – Facilidade para adequados diagnósticos e terapêutica, com pens eficiente serviço técnico, sob supervisão médica competente.

8 – História clínica completa e acurada, prontamente escrita e classificada de modo acessível utilizável para estudo, referências, “follow up” e pesquisas.

9 – Reuniões coletivas da comissão administrativa e do corpo clínico para revisão regular e completa das suas respectivas atividades de modo a conservar o serviço e o trabalho científico no mais alto nível de eficiência.

10 – Espírito humanitário no qual a primeira consideração deve ser o melhor tratamento do doente.

* * *

Além deste padrão mínimo para hospitais, foram estabelecidos 16 padrões mínimos para os seguintes setores: laboratório clínico, raio X, cirurgia, anestesia, obstetria, oftalmo-oto-rinolaringologia, tratamento de fraturas, cirurgia traumática, cancerologia, fisioterapia, ambulatório, farmácia, enfermagem, dietética, serviço social, biblioteca médico-hospitalar. ()*

* * *

PADRÃO MÍNIMO PARA A DIVISÃO DE CIRURGIA

TÓPICO E – PONTO 5 DO NOSSO CURSO

1 – *Administração* – A organização da divisão de cirurgia deve estar sob a direção de enfermeira competente, registrada, com a habilidade executiva e, especialmente, adestrada no funcionamento da sala de operação, com adequado número de assistentes e demais pessoal capaz de desempenhar eficientemente os trabalhos do setor.

2 – *Supervisão* – A Divisão cirúrgica quanto ao corpo clínico será organizada de modo a exercer esta adequada supervisão e definido controle sobre a cirurgia realizada no hospital. Isto pressupõe a existência de um chefe ou diretor da cirurgia, o qual será responsável pela supervisão geral das atividades profissionais desse setor.

(*) NOTA – A tradução do texto inglês obedeceu, tanto quanto possível à terminologia hospitalar adotada pelo D.O.H. Assim *departamento*, originalmente, é traduzido por *divisão*.

3 – *Coordenação* – A coordenação dos esforços entre os membros do corpo cirúrgico e com o pessoal deve ser de natureza a promover desejável trabalho de conjunto ou de equipe e serviço altamente eficiente.

4 – *Enfermagem* – O hábito de empregar estudantes de enfermagem nas salas de operação, nos hospitais que possuem escolas deste gênero, é admitido como parte fundamental do seu adestramento, porém é essencial, em tôdas as ocasiões, manter exata supervisão por enfermeiras diplomadas.

5 – *Estudo pré-operatório* – Com exceção dos casos de emergência, nenhuma operação maior deve ser executada até que:

- a) o doente tenha sido cuidadosamente estudado no período pré-operatório;
- b) a história clínica tenha sido escrita;
- c) exames laboratoriais de rotina completados;
- d) diagnóstico provisório tenha sido estabelecido e registrado ou reconhecido.

6 – *Conferência médica* – O corpo cirúrgico não só deve encorajar, mas preferentemente exigir uma conferência em todos os casos importantes de cirurgia, e o que se verificar em cada ocasião será devidamente registrado.

7 – *Técnica cirúrgica* – Tôdas as precauções devem ser tomadas de modo a assegurar completa assepsia e boa técnica: rigorosa investigação será feita de todos os casos de infecção ocorridos em ferimentos limpos.

8 – *Arquivo clínico* — Descrição completa e acurada das observações e da técnica operatória deve ser feita pelo cirurgião na sala operatória imediatamente depois da operação.

9 – *Anatomia patológica* – Os tecidos retirados na operação serão imediatamente enviados ao laboratório clínico para serem examinados e relatados pelo anátomo-patologista.

10 – *Reuniões* – As observações médicas de todos os doentes que no período pós-operatório, apresentem complicações ou mostrem resultados desfavoráveis devem ser rigorosamente revistas e analisadas em reuniões regulares dos clínicos e anátomo-patologistas do corpo médico do hospital.

PADRÃO MÍNIMO PARA O SERVIÇO DE CANCEROLOGIA

TÓPICOS E – PONTOS 5 E 6 DO CURSO

1 – *Organização* – Haverá definida organização do serviço que compreenderá um administrador executivo e representantes de todos os setores do hospital que se ocupam de diagnósticos e tratamento de câncer. Deverá haver um secretário e um serviço social na clínica.

2 – *Reuniões* – Reuniões regulares ou conferências médicas constituem parte essencial do serviço, devendo ser discutidos o diagnóstico e tratamento dos casos individuais, por todos os membros da clínica a que possa interessar o caso.

3 – *Doentes* – Será voluntária ou obrigatória a referência, na clínica do câncer, de todos os doentes cujo diagnóstico ou tratamento seja considerado, consoante o voto do corpo clínico ou do órgão administrativo do hospital.

4 – *Equipamento* – Além do equipamento cirúrgico para diagnóstico e terapêutica como é exigido para qualquer hospital geral, deverá existir um aparelho para radioterapia de eficiência adequada e uma quantidade de radium suficiente para tratamento eficaz.

5 – *Arquivo clínico* – Além das observações clínicas exigidas em todos os hospitais gerais aprovados, haverá uma história clínica adicional, constando:

- a) pormenores da história e do exame do câncer em várias regiões do corpo, tais como são indicadas sob forma de observação recomendada pela Comissão de Câncer do “American College of Surgeons”;
- b) pormenores do tratamento pelo radium ou raio X, de acordo com a fórmula acima indicada;
- c) exames periódicos por intervalos, durante pelo menos cinco anos depois do tratamento.

6 – *Tratamento* – O tratamento do doente de câncer deve ser realizado pelos membros do corpo clínico, do serviço de câncer, exceto em casos em que adequado tratamento, de acordo com recomendações coletivas dos clínicos do serviço, possa ser procurado em outro lugar.

PADRÃO MÍNIMO PARA O SERVIÇO DE FRATURAS

TÓPICO E – PONTOS 5 E 8

1 – *Equipamento* – Todo o hospital geral será equipado para tratamento de fraturas, o equipamento mínimo de ambulância e tratamento de pronto socorro, devendo ser o seguinte ou seu equivalente:

O padrão determina uma série de aparelhagem americana cuja nomenclatura reproduziremos no original: “Murray-Jones arm splints; Thomas ful ring splint or a Keller Blankee hinged half-ring splint or a Keller Blankee hinged half-ring splint, with traction staps, sling and buckle straps; Hodgen splint; coaptation splints, (assorted sizes); Cabot wire straight splints; straight pieces of wood (of assorted length, width, and thickness) for splints; plaster of Paris bandage’s; some form of overhead frame for suspension; and suitable x-ray apparatus, including a portable machine of practicable”.

2 – *Supervisão* – É muito desejável que um cirurgião, aliás um único cirurgião seja responsável pela supervisão do tratamento de fratura em cada hospital.

3 – *Arquivo clínico* – Observações clínicas especiais serão redigidas para os casos de fratura.

4 – *Observação do doente* – Atenta observação será mantida em todos os casos de fratura durante o tempo necessário para estabelecer um minucioso conhecimento dos resultados.

PADRÃO MÍNIMO PARA CIRURGIA TRAUMÁTICA

TÓPICO E – PONTOS 5, 8 E 13

1 – *Hospitais* – Hospitais que recebem casos traumáticos ou acidentados para tratamento deverão sujeitar-se ao padrão mínimo para hospitais do “American College of Surgeons”.

2 – *Supervisão* – Cada hospital deve ter uma comissão responsável pela supervisão da cirurgia traumática.

3 – *Corpo clínico* – O cirurgião aprovado para o tratamento dos casos traumáticos deverá ser:

- a) diplomado em medicina em bom nível e licenciado para praticar no seu respectivo Estado ou província;

- b) competente no campo da cirurgia traumática;
- c) bom caráter em matéria de ética profissional, pois nossos casos mais do que em nenhum outro é rigorosamente proibida a dicotomia de honorários.

4 – *Arquivo clínico* – Cirurgiões que se dediquem aos casos traumáticos devem manter observação clínica completa de todos os doentes, de acôrdo com as exigências mínimas do Colégio Americano de Cirurgiões, dando especial atenção à lesão inicial, descrição minuciosa do aspecto físico observado, do tratamento empregado, do período de incapacidade física e do resultado final, quando possível estas observações serão arquivadas de modo a poderem ser submetidas a exame tôda vez que houver necessidade.

5 – *Recursos* – Hospitais em que casos traumáticos sejam tratados devem possuir recursos suficientes para adequado diagnóstico e tratamento.

PADRÃO MÍNIMO PARA O SERVIÇO DE OFTALMO- OTORRINOLARINGOLOGIA

TÓPICO E – PONTOS 15 E 16

1 – *Instalações* – Deverá existir no hospital uma seção especialmente destinada a este fim; quando isto não fôr possível deve ser designada uma parte da enfermaria geral, para estas especialidades.

2 – *Tratamento* – Na seção devem existir salas para operações, exames e curativos; não sendo possível, deve haver pelo menos uma sala de operação especial ou uma sala centro operatório designada para estas especialidades.

3 – *Recursos* – Devem existir os recursos para diagnósticos e terapêutica disponíveis no serviço geral e os adicionais que se tornarem necessários.

4 – *Pessoal* – São necessários profissionais e auxiliares adequados com prática especializada e sob apropriada supervisão.

5 – *Corpo clínico* – O corpo clínico será constituído exclusivamente por especialistas em moléstias de olhos, nariz, garganta e ouvido, formando um grupo organizado, sujeito às regras do corpo clínico geral e seus regulamentos.

6 – *Reuniões* – O corpo clínico dêsse serviço deve realizar reuniões regulares para revisão e análise completa dos casos ocorridos.

7 – *Arquivo clínico* – Deverão ser completas e minuciosas as observações dos doentes arquivadas de modo acessível e de todos os casos tratados.

8 – *Ensino* – Deve ser ministrada instrução teórica e prática dos internos e enfermeiras, nas especialidades, sempre que possível.

*PADRÃO MÍNIMO PARA O DEPARTAMENTO
DE OBSTETRICIA*

TÓPICO E – PONTO 17

1 – *Instalações* – Nos hospitais que tratem de casos obstétricos deve existir um serviço de obstetria, apropriadamente organizado e equipado, com acomodações adequadas e exclusivas para as mães e recém-nascidos.

2 – *Isolamento* – Existirão facilidades e acomodações especiais para todos os casos de infecção, temperatura elevada, ou outra condição adversa à salvaguarda e bem estar dos pacientes obstétricos.

3 – *Recursos* – Para diagnóstico e tratamento das gestantes deverão existir laboratórios, raios X e outros recursos, sob competente supervisão.

4 – *Administração* – A administração do Serviço Obstétrico ficará sob a direção da enfermeira registrada, competente, dotada de competência executiva com prática especializada em enfermagem obstétrica, e auxiliada por um número adequado de assistentes e outras ajudantes, de modo a desempenhar eficientemente o trabalho do departamento.

5 – *Supervisão* – A Seção Obstétrica do Corpo Médico será constituída de modo a exercer adequado controle sobre o trabalho obstétrico efetuado no hospital. Haverá um chefe responsável pela supervisão geral das atividades profissionais do departamento.

6 – *Ficha clínica* – De todos os casos admitidos no Serviço Obstétrico será feita observação cuidadosa e completa, segundo o padrão.

7 – *Conferência médica* – Deverá ser realizada conferência médica com profissional qualificado na especialidade obstétrica, cujas observações serão cuidadosamente registradas em todos os casos de importância operatória, salvo se o médico responsável pelo caso for um obstetra qualificado, e em casos de emergência, quando o tempo não permitir exame do especialista.

8 – *Morbidade* – Todos os hospitais que recebem casos obstétricos devem adotar um padrão de morbidade, pelo qual possam exercer melhor contrôle.

9 – *Reuniões* – Será feita a análise completa do trabalho obstétrico efetuado no hospital pelo menos uma vez por mês, com particular consideração sobre os casos de falecimento, morbidade, infecções, complicações, resultados de tratamento, e análise das observações clínicas.

10 – *Adestramento ou ensino* – Devem ser oferecidas oportunidades para os estudantes de enfermagem dos hospitais que disponham de uma escola desse tipo, a fim de que adquiram instruções teórica e prática em trabalho pré-natal, observação das parturientes em trabalho, técnica da sala de partos, tratamento pós-parto e cuidados especiais de enfermagem do recém-nascido.

PADRÃO MÍNIMO PARA AS FARMACIAS DE HOSPITAIS

TÓPICO E – PONTO 23

1 – *Organização* – O hospital deve ter o serviço farmacêutico:

- a) com tempo integral de um farmacêutico;
- b) ou serviço farmacêutico de farmácia vizinha licenciada.

2 – *Comissão* – O hospital nomeará uma comissão de farmácia que se reunirá periodicamente. Os membros da comissão serão escolhidos entre as diversas divisões do corpo clínico. O farmacêutico será membro da Comissão e seu secretário escreverá as atas e mandará cópia para a Administração do hospital.

Serão objetivos da comissão de farmácias:

- a) determinar o modo de funcionamento da farmácia e tratar de outros assuntos de natureza farmacêutica como podem ocorrer de tempos em tempos;
- b) fazer o balanço das drogas usadas;
- c) verificar a aquisição e saída das drogas, substâncias químicas, preparados farmacêuticos, biológicos e suprimentos profissionais, dentro do hospital.

3 – *Biblioteca* – Deve ser mantida uma biblioteca de assuntos farmacêuticos:

- a) *United States Pharmacopae, National Fosmuary, New and Nonofficial Remedies, United States Dispensary*, referencias sobre

trabalhos de química inorgânica e quantitativa, farmacologia e toxicologia, bacteriologia e dicionário médico (No Brasil – Farmacopéia Brasileira).

- b) *Journal of American Medical Association, Journal of the American Pharmaceutical Association, Year Book of the American Pharmaceutical Association*, os regulamentos federais relativos ao consumo do álcool e narcóticos, um exemplar das leis farmacêuticas e municipais e o código sanitário.

4 – *Padrões* – O hospital usará drogas, substâncias químicas e preparados farmacêuticos, pelo menos da qualidade determinada em: *United States Pharmacopéia, National Formulary, and New Nonofficial Remedies*, no tratamento dos doentes.

5 – *Supervisão* – Os farmacêuticos terão supervisão imediata sobre:

- a) rotina de preparação de medicações injetáveis e esterilização de todos os preparados farmacêuticos;
- b) rotina de manipulação dos preparados farmacêuticos;
- c) aviamento das drogas, substâncias químicas e preparados farmacêuticos;
- d) enchimento e etiquetamento dos contingentes de drogas, distribuídas para as unidades de enfermaria, onde a medicação será administrada;
- e) inspeção quinzenal de todo o material farmacêutico existente nas unidades da enfermaria;
- f) manutenção de um estoque de antídotos nas seções de emergência;
- g) aviamento de tôdas as drogas narcóticas e um perpétuo inventário delas;
- h) especificações para compra de tôdas as drogas, substâncias químicas e preparados farmacêuticos usados em tratamento dos doentes;
- i) especificação para compra e depósito de substâncias biológicas e tôdas às operações concernentes à especialidade farmacêutica necessárias, incluindo pronto conhecimento de pesos e medidas em todos os sistemas.

PADRÃO MÍNIMO PARA O SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

TÓPICO E – PONTO 25

1 – *Organização* – Hospitais que mantenham serviço de fisioterapia devem ter um serviço organizado, com pessoal adestrado e adequado, sob competente supervisão médica.

2 – *Instalação* – O Departamento de Fisioterapia deve ser projetado e equipado de acôrdo côm os últimos aperfeiçoamentos.

3 – *Arquivo clínico* – Compreensivo sistema de histórias clínicas deve ser utilizável no serviço de arquivo em lugar acessível.

4 – *Funcionamento* – Um processo definido deve ser estabelecido para recepção, tratamento e alta de doentes.

5 – *Reuniões* – Análises periódicas do trabalho do serviço devem ser feitas para demonstrações dos resultados.

*PADRÃO MÍNIMO PARA A DIVISÃO DE DOENTES
EXTERNOS OU AMBULATÓRIO*

TÓPICO E – PONTO 26

1 – *Administração* – O serviço médico será organizado como divisão definida do hospital sob a supervisão de funcionário administrativo qualificado.

2 – *Recursos* – Instalações e recursos devem ser fornecidos para confôrto físico e conveniência dos doentes, dos médicos, do serviço e do pessoal auxiliar, além de equipamento necessário para tratamento profissional eficiente dos enfermos.

3 – *Pessoal* – O ambulatório deve ser provido do pessoal necessário, de médicos, enfermeiras, trabalhadores sociais e funcionários, de modo a assegurar tratamento apropriado aos doentes.

4 – *Qualificações* – O corpo clínico do servido deve subordinar-se às mesmas exigências e qualificações que se aplicam ao corpo clínico do hospital, os requisitos especiais do ambulatório, devendo ser considerados em relação às nomeações individuais.

5 – *Organização* – O corpo clínico de ambulatório deve ser organizado com uma divisão ou seção do corpo clínico da instituição, ou então será permitido aos seus membros seguir os seus doentes quando transferidos para as enfermarias ou hospitalizados.

6 – *Reuniões* – Reuniões regulares serão realizadas para revisão e análise do trabalho clínico da Divisão; além disso serão apresentados nas reuniões de clínica geral casos apropriadamente selecionados.

7 – *Arquivo de clínica* – Observações clínicas completas e minuciosas de todos os doentes serão aceitas, incluindo dados sociais e científicos e serão arquivados em índices cruzados, de tal maneira a serem facilmente encontradas, em qualquer tempo para referência, reexame, estatística e pesquisas.

8 – *Correlação* – As observações clínicas do ambulatório serão correlacionadas com as do hospital pela transferência da história clínica ou de um sumário da mesma quando o doente passe do ambulatório para as enfermarias ou vice-versa, ou mais satisfatoriamente levadas a um sistema central, onde as histórias clínicas sejam reunidas e praticáveis para tôdas divisões do hospital, nas quais o doente possa ter recebido tratamento.

9 – Os serviços de laboratório clínico, raios X e outros de diagnóstico e terapêutica devem ser postos à disposição do ambulatório em qualquer parte em que êstes serviços sejam requeridos.

10 – *Número* – Deve ser limitado de acôrdo com as acomodações, área de capacidade numérica do corpo clínico do serviço.

PADRÃO MÍNIMO PARA ENFERMAGEM DO HOSPITAL

TÓPICO E – PONTO 27

1 – *Organização* – Deverá existir um bom serviço de enfermagem do hospital sob competente supervisão e direção para a eficiente administração e realização do serviço de enfermagem e para educação dos estudantes de enfermagem quando uma escola desta finalidade fôr mantida.

2 – *Pessoal* – Haverá um número adequado de pessoal competente e adestrado para os serviços de enfermagem e para eficiente tratamento dos doentes.

3 – *Recursos* – Para os serviços de enfermagem devem existir recursos adequados, modernos e convenientemente dispostos e material padronizado facilmente disponível para fornecimento imediato e eficiente.

4 – *Educação* – Quando uma escola de enfermagem fôr mantida em conexão com o hospital, ela deve ser provida dos requisitos educacionais, definidos de acôrdo com os padrões nacionais aceitáveis, pessoal de ensino adequado, recursos e um compreensivo sistema de registros escolares.

5 – *Arquivo clínico* – Deve ser mantido um extensivo sistema de observações clínicas de enfermagem, incluindo todos os dados pertinentes ao trabalho da enfermeira, observações dos sinais e sintomas, preceitos executados por médicos, enfermagem realizada e outras informações relativas que demonstrarão as condições dos doentes e a responsabilidade do tratamento.

6 – *Reuniões* – O corpo de enfermeiros diplomados reunir-se-á, semanalmente, para revisão e análise do serviço de enfermagem a fim de determinar a qualidade do trabalho de enfermagem que foi ministrado aos doentes, com o intuito de melhorar a eficiência do serviço de enfermagem quando necessário.

7 – *Relações com os doentes* – Em todos os momentos grande atenção deve ser exercida para assegurar eficiente serviço de enfermagem aos doentes por meio de deveres devidamente determinados, competente supervisão de estudantes de enfermagem, quando empregados nesse trabalho e uma adequada proporção de enfermeiros em relação ao número de doentes.

PADRÃO MÍNIMO PARA A DIVISÃO DE ANESTESIA

TÓPICO E – PONTO 28

1 – Haverá um serviço de anestesia organizado sob a direção direta de um médico anestesista competente.

2 – *Pessoal* – Um corpo adequado de assistentes competentes, qualificados para administrar anestésicos, deve ser suficiente.

3 – *Exame pré-anestesia* – Deverá ser feito um exame físico completo de cada doente, com resultados de laboratório, tudo registrado na observação clínica antes da administração de anestésico geral.

4 – *Ficha clínica* – Será feita completa observação clínica, de forma prescrita, de cada anestésico administrado. Serão registrados os dados concernentes, às condições prévias e durante o ato de anestesia, com a das condições do doente no fim da operação.

5 – *Cuidados operatórios* – Eficiente exame pós-anestesia deve ser mantido para determinar resultados relativos ao tipo de anestésico empregado.

6 – *Garantias* – Serão estabelecidas definidas garantias no uso dos vários tipos de anestésicos gerais em virtude dos conhecidos desastres na administração de anestésicos.

PADRÃO MÍNIMO PARA A DIVISÃO DE DIETÉTICA

TÓPICO E – PONTO 29

1 – *Organização* – A Divisão de Dietética será corretamente organizada sob a direção de profissional de dietética, competentemente diplomado, cujo treino se conforme com os padrões aprovados pela "American Dietetic Association". Esta Divisão será responsável por:

- a) eficiente serviço geral de alimentação;
- b) dieta científica de doentes;
- c) educação dos estudantes de enfermagem e das estudantes de dietética.

2 – *Recursos* – Recursos adequados administrativos e de ensino serão fornecidos à Divisão de Dietética, incluindo particularmente:

- a) necessárias acomodações e equipamento para o gabinete de dietética, cozinha, despensa, refrigeração e outros serviços necessários;
- b) laboratório e sala de aula bem equipadas para educação das estudantes de enfermagem ou de dietética, quando a escola de enfermagem é anexa ao hospital ou existam estudantes de dietética em treino.

3 – *Pessoal* – Haverá corpo técnico e administrativo adequados, competentes em suas respectivas atividades e de conformidade com os padrões apropriados: físico, mental e de caráter.

4 – *Arquivos* – Haverá um sistema compreensivo de relatórios administrativos, financeiros, clínicos e técnicos, correlacionados tanto quanto necessário com as observações clínicas e outros registros hospitalares.

5 – *Funcionamento* – O Diretor da Divisão de Dietética, com a aprovação e cooperação do superintendente ou da direção administrativa do hospital iniciará e desenvolverá regras e regulamentos pertinentes ao funcionamento profissional e administrativo da Divisão. Estas regras e regulamentos especificarão as reuniões departamentais e interdepartamentais com o intuito de aperfeiçoar os serviços e dar-lhe geral eficiência.

*PADRÃO MÍNIMO PARA O SERVIÇO SOCIAL
DO HOSPITAL*

TÓPICO E – PONTO 31

1 – *Funções* – São as seguintes as atividades que a Divisão do Serviço Social pode apropriadamente desempenhar em íntima colaboração com o corpo clínico:

- a) trabalho referente a cada caso social;
- b) desenvolvimento do programa social dentro da instituição médica.
- c) participação no desenvolvimento dos programas sociais e de saúde na comunidade;
- d) participação no programa educacional para o pessoal profissional;
- e) pesquisa médico social.

A assistência social envolve o estudo da situação social individual dos doentes, interesses e necessidades em relação à doença e o tratamento médico e social do doente em colaboração com êle e seu médico, quando estas necessidades e interêsses afetam a saúde mental e física do enfermo.

2 – *Organização* – A Divisão de Serviço Social deve ser intimamente integrada em relação com as organizações sociais. Haverá um diretor ou chefe executivo da Divisão de Serviço Social, o qual será responsável pelos oficiais executivos da instituição e através dêle a Comissão Administrativa. Recursos para financiar o Serviço Social devem provir dos cofres do hospital. O diretor do Departamento de Serviço Social administrará e controlará o orçamento por êle recomendado e distribuído pelo administrador do mesmo. (Êsses recursos poderão vir de outra fonte).

3 – *Recursos* – O Serviço Social deve ter uma Secretaria central e tantos gabinetes quantos forem os membros do corpo profissional necessário para exercício das atividades sociais. Êstes gabinetes devem ser acessíveis aos doentes e enfermos, mas devem permitir entrevistas privadas.

4 – *Arquivo* – É essencial que o Serviço Social mantenha um arquivo de observações do seu trabalho junto aos enfermos, preservando destarte informações relevantes para estudo médico social e tratamento. Êste arquivo deve estar à disposição do pessoal profissional empenhado no tratamento dos doentes, pois, tal arquivo, constitui parte dos dados profissionais do hospital.

*PADRÃO MÍNIMO PARA A BIBLIOTECA
MÉDICO-HOSPITALAR*

TÓPICO E – PONTO 33

1 – *Conteúdo* – Todo hospital geral deverá manter biblioteca médica adequada, compreendendo uma coleção básica de livros médicos de texto, de autoridade e de referências, e última edição, tudo cuidadosamente selecionado; fichas dos jornais médicos incluindo os que mais efetivamente refletem recentes desenvolvimentos em medicina, cirurgia e as especialidades representadas nos serviços clínicos do hospital.

2 – *Instalação* – A biblioteca será conservada em uma sala de leitura ou terá recinto próprio, com salas de leitura anexas, mas de modo a oferecer condições de encorajamento ao estudo e pesquisa. Será classificada de modo a se tornar acessível à biblioteca e membros do corpo clínico.

3 – *Pessoas* – A biblioteca estará sob a supervisão de bibliotecária classificada. Este funcionário promoverá catalogação e índices que permitam ao corpo clínico a preparação da bibliografia, traduções, resumos e revisão da literatura para o que haverá um bibliotecário para êsse fim, de tempo integral. De outro modo devem ser utilizadas as facilidades de extensão oferecidas pelas grandes bibliotecas.

4 – *Recursos de extensão* – A bibliotecária deverá obter informações e brochuras descrevendo os recursos oferecidos aos membros da profissão médica pelas outras bibliotecas especializadas que tenham sido instituídas, em bases mais amplas, de modo a suprir as falhas da biblioteca própria.

5 – *Comissão da biblioteca* – Uma comissão permanente da biblioteca será escolhida cuidadosamente, entre os membros do corpo clínico. Seus deveres consistirão em desenvolver e fazer progredir os recursos e interesses.

(Há conveniência na contiguidade entre a biblioteca e o fichário central, porque um completa o outro. Nota da D.O.H.).

**PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS NA PADRONIZAÇÃO
DOS PEQUENOS HOSPITAIS**

1 – Uma construção estudada e garantida provendo, contra riscos dentro do hospital ou por filiação com outras grandes instituições, todos os recursos que sejam praticáveis e possíveis para tratamento dos doentes.

2 – *Estatutos, regulamentos e regimentos* devem ser estabelecidos para o corpo clínico e outros elementos administrativos, de Diretoria e Administração, de acôrdo com a capacidade do hospital.

3 – Um corpo clínico, subdividido ou não em especialidades de olhos, nariz, garganta e ouvido.

4 – Reuniões do corpo clínico, mensais ou mais freqüentes, para completa elucidação e análise do trabalho hospitalar, baseado nas observações do arquivo clínico, compreendendo os casos de morte, os que não apresentarem melhora, as infecções, as complicações, erros de diagnósticos, resultados do tratamento e análise geral das fichas.

5 – Arquivo clínico com observações escritas, minuciosas e completas de todos os doentes admitidos no hospital, cada um contendo suficientes elementos para justificar o diagnóstico e o tratamento.

6 – Laboratório clínico, com boa e completa supervisão, incluindo, no mínimo, um serviço de emergência dentro da instituição, sendo os serviços maiores realizados fora, por técnicos de confiança em aceitável filiação.

7 – *Serviço de Raios X* – Apropriada supervisão, incluindo no mínimo, um serviço de emergência, dentro da instituição, podendo os serviços maiores ou mais complicados se realizarem fora em aceitável colaboração.

CONSTRUÇÃO DE HOSPITAIS E ARQUITETURA ESPECIALIZADA

Os projetos de hospitais ainda são elaborados para o interior dos Estados por arquitetos não especializados ou por engenheiros e mais comumente por desenhistas e práticos sem a indispensável orientação de um *Consultor técnico hospitalar*, do que resulta que certo número dessas edificações estão sendo projetadas ou já se acham em construção, com defeitos irremovíveis, impedindo, por longo tempo, em tais municípios, o progresso da organização e da administração hospitalares.

É sabido que, neste particular, já nasce velho ou inadequado o prédio assim planejado, sem a previsão da localização conveniente dos serviços principais que caracterizam o aparelhamento de padrão mínimo, segundo o que se convencionou chamar – *hospital moderno*, grande ou pequeno, rico ou modesto, mas oficina apropriada para o exercício conveniente da medicina e da cirurgia, e especialidade.

Ainda hoje, mesmo em serviços oficiais normativos, se fazem plantas para hospitais do tipo absoleto das primitivas Santas Casas, onde não há lugar para a administração completa, não se prevê a situação das enfermarias, sem copa, sem sala de curativos, sem rouparia, sem refeitórios, que são elementos de cada bloco ou unidade de enfermagem; sem quartos particulares, e com enfermarias de muitos leitos ou acima de seis a oito no máximo; enfim, sem a previsão da ampliação futura para atender ao crescimento da população e ao possível desenvolvimento da instituição.

Também não se justifica mais, hoje, a adoção de um, dois, três tipos como modelo de hospital para serem construídos, sem as ditas previsões, sem a adaptação precisa consoante ao clima local, a boa orientação solar dos ventos favoráveis.

A Divisão de Organização Hospitalar vem, constantemente, há cinco anos, fazendo uma campanha em favor dos mais modernos conceitos com relação à arquitetura funcional-hospitalar, e através de sua *Seção de Edificações e Instalações*, organizou um *questionário para inspeção prévia* do local e para programação do novo hospital, que publicou e distribuiu. Durante anos seguidos estudou a D.O.H. e adota um tipo de *hospital-padrão-progressivo-flexível*, que prevê a construção inicial desde 25 leitos,

podendo aumentar até 250 leitos ou mais. Trata-se de uma planta para hospital-padrão mínimo e dezenas de blocos foram estudados, de dimensões sistemáticas, com múltiplos e submúltiplos que permitem crescer na medida da necessidade e recursos, além das enfermarias e quartos para medicina e cirurgia, outras unidades, como sejam: a) serviços auxiliares do diagnóstico e tratamento; b) pronto socorro; c) isolamento de agudos ou crônicos; d) maternidade; e) clínicas de crianças, etc., etc.

Obedecendo a êsses moldes sistemáticos, a Divisão de Organização Hospitalar do Ministério da Educação e Saúde vem elaborando plantas de novos hospitais, oficiais e particulares, para todos os Estados, cooperação inteiramente gratuita. Assim, estão sendo construídas dezenas de novas sedes das nossas tradicionais Santas Casas e outras indicações nosocomiais, segundo as normas do "hospital moderno" da D.O.H.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

LEGISLAÇÃO

Rio de Janeiro, 1964.
Reedição de 1965.

Capítulo **7**

POLÍTICA HOSPITALAR

LEGISLAÇÃO

POLÍTICA HOSPITALAR

Ao ensejo da publicação dêste Capítulo 7, todo êle contendo a legislação específica de particular interêsse da D.O.H. e das entidades hospitalares e especialistas na matéria, merecem especial destaque algumas considerações sôbre a política hospitalar brasileira.

Já é ponto pacífico considerar-se que a política hospitalar mais acertada é a que recomenda uma atenção maior ao apuro qualitativo da rêde nosocomial existente, à melhoria de seu padrão assistencial, em moldes técnicos bem definidos, figurando em segundo plano o equacionamento do problemas pertinentes ao desenvolvimento quantitativo da mesma rêde.

No âmbito da hospitalização geral, a orientação que vem sendo aceita é aquela que deriva para a iniciativa particular, de finalidade não lucrativa, a construção, a organização, a administração e a manutenção da rêde nosocomial do País.

A hospitalização especializada – dos psicopatas, dos portadores do mal de Hansen, dos tuberculosos e dos cancerosos – é vinculada ao Poder Público, através de órgãos próprios, que se encarregam do seu conveniente contrôle, com atribuições executivas e dispondo de recursos orçamentários privativos.

Supletivamente, compete à União oferecer ajuda financeira à rêde hospitalar filantrópica, de todo o País, de acôrdo com a orientação político-administrativa mais aconselhável, assim como é de sua alçada oferecer cooperação técnica á mesma rêde, quando para isso solicitada.

Essa é, em linhas gerais, a conceituação dominante, inclusive como decorrência das conclusões e recomendações emanadas do Primeiro, Segundo e Terceiro Congressos Nacionais de Hospitais, realizados, respectivamente, no Rio de Janeiro (1955), em Belo Horizonte (1958) e em São Paulo (1961). O assunto foi debatido por uma Comissão Especial, constituída para êsse fim específico, conforme consta do Decreto n.º 37.773/55 e essa Comissão, em relatório final ao Poder Executivo o encaminhamento, ao congresso Nacional, do anteprojeto da Lei Orgânica de Assistência Hospitalar, definindo precisamente essas bases essenciais, anteprojeto para o qual fôra apresentado substitutivo, pelo

II Congresso Nacional de Hospitais acima referido, cabendo aduzir, aqui, que o anteprojeto original fôra encaminhado à instância superior em 29 de março de 1956, pelos ofícios ns. 93 e 94, da Divisão de Organização Hospitalar.

Cumpre ao Ministério da Saúde, através da Divisão de Organização Hospitalar (D.O.H.) traçar o rumo adequado ao bom encaminhamento da política hospitalar do País, quanto aos seus variados e importantes aspectos: planejamento, construção, organização, administração, manutenção, etc.

É imperioso que seja dada segura orientação, e que se ofereça solução imediata para os problemas urgentes, elaborando-se plano de ação imediata, para os problemas urgentes, elaborando-se plano de ação, hábil e objetivo, para atendimento, a prazo longo, das necessidades futuras.

Criada em 1941, a D.O.H. vem realizando esforços, muitas vèzes árduos, mas sem resultados compensadores, face a variados e conhecidos entraves: deficiência de recursos orçamentários, descontinuidade administrativa, burocracia, implicações políticas.

Impõe-se, sem dúvida, o processamento de uma reformulação política-administrativa, que possibilite o adequado atendimento dêesses problemas, em bases concretas e definitivas.

Em julho de 1963, o Dr. Orestes Diniz, então Diretor da D.O.H., encaminhou ao Excelentíssimo Senhor Ministro da Saúde “sugestões, no sentido de ser o Ministério da Saúde armado de meios legais para que possa exercer atuação mais efetiva no planejamento, orientação e contrôle das organizações médico-hospitalares existentes no País e que recebem auxílios dos cofres públicos”.

Em suas considerações, quis a D.O.H. salientar que problema de tão alta significação social deveria ser encarado realisticamente, quanto à penúria da rêde assistencial.

Constam da aludida exposição os seguintes trechos, que merecem destaque: “Nunca é demais lembrar que, na extensa e benemérita rêde de hospitais brasileiros, se vêm muitos dêles atingidos de defeitos que no devido tempo poderiam ser evitados, os quais vão desde as plantas mal concebidas, não funcionais, até às locações erradas, instalações inadequadas ou obsoletas, de conservação difícil e onerosa. É de observação corriqueira a existência de deficiências de tôda ordem, oriundas umas de planejamentos inadequados, outras de falhas técnicas e administrativas, trazendo em conseqüência uma série de aspectos negativos, por todos os títulos lamentáveis. É fácil identificar, ao lado de hospitais bem organizados, administrativos com todo o acêrto técnico, outros que, ao inverso, primam pelo descumprimento das normas mínimas necessá-

rias ao exato desempenho das relevantes tarefas que devem realizar nas comunidades. Predomina em muitos uma acentuada ociosidade de leitos, ou de entidade responsável para dirigi-los ou porque construídos em permanente fase de construção, mais ou menos desordenada, que nunca chega ao fim. Outros, concluímos há anos – e às vezes até equipados – continuam fechados, não sendo postos a funcionar por falta de recursos ou de entidade responsável para dirigi-los ou porque construídos em locais inadequados. Por isso, alguns forem transformados em escolas. Nêste desdobrar de irregularidades, há ainda a registrar estabelecimentos novos, bem construídos, com número de leitos às vezes elevados, mas situados próximos de localidades onde existem serviços idênticos em pleno funcionamento ou, o que é pior, onde não existe sequer um médico para nêles exercer as atividades médico-assistenciais. Ao lado dêsse evidente desperdício, assinalam-se áreas, com densidade razoável, desprovidas de unidades hospitalares imprescindíveis ao atendimento das populações que aí mourejam. São assim, às vezes, desprezadas as execuções de obras que deveriam ser prioritárias. Seria longo prosseguir na exposição que a matéria sugere, inclusive no que diz respeito à falta de estatística que comprovem os trabalhos prestados pelas instituições, as deficiências de escritas regulares, indisfarçável índice de descontrôle financeiro que tantas vezes lhes comprometem o prestígio e a idoneidade.

A par dêsses fatos, de modo especial, deve ser realçado o inexplicável critério com que são distribuídas verbas para as instituições, as quais se espalham pelos vários adendos do orçamento, cada um dêles sob contrôle de órgãos diferentes, que quase sempre não dispõem de meios de fiscalização da justa aplicação dos recursos de sua responsabilidade.

O que acaba de ser dito, de maneira sumária, basta para justificar a preocupação da administração e dos especialistas em organização hospitalar, que em anos sucessivos, vêm procurando corrigir essas anomalias. Por isso vários documentos têm sido elaborados sem que, no entanto, por via de qualquer dêles se haja conseguido disciplinar a matéria, por não terem sido transformados em lei.

O objetivos, que se devem ter em vista para obviar a situação exposta, podem ser resumidas em cinco itens:

A – Ampliação dos recursos, com a criação de novas incidências do fundo de Assistência Hospitalar (Decreto-Lei nº 9.846, de 12 de setembro de 1946), cuja arrecadação é insuficiente para atendimento das atuais exigências do problema.

B – Disciplina do dispêndio de recursos, dentro de rigorosa programação, de modo a que se atendesse em primeiro lugar o problema de manutenção e depois o de equipamento, preparo de pessoal e obras (terminação das iniciadas e programação adequada de novas).

C – Rigoroso critério na distribuição e fiscalização dos auxílios concedidos, de forma a que tenham a devida destinação.

D – Orientar a organização e fiscalizar o funcionamento das instituições beneficiadas, a fim de que possam desempenhar o relevante papel que lhes cabe em seus programas de assistência médico-social às nossas populações.

E – Reestruturação e reaparelhamento da Divisão de Organização Hospitalar, objetivando colocar o órgão em condições de cumprir convenientemente os trabalhos de sua competência”.

É, portanto, urgente, a reformulação político-administrativa, ora em estudo.

É indispensável que, ao órgão técnico especializado, do Ministério da Saúde – D.O.H. – sejam oferecidas as condições mínimas necessárias ao bom desempenho de suas funções.

Certamente, o Ministério da Saúde há de armar-se, agora, dos necessários instrumentos para essa reformulação e, para isso, foram tomadas com o Conselho Nacional de Saúde.

A D.O.H. contribuiu, no que lhe competia, no oferecimento de sugestões entre as quais sobrelevam a relativa ao preparo de normas técnicas especiais, ao anteprojeto de Lei Orgânica de Assistência Hospitalar e à transformação da D.O.H. em Departamento Nacional de Assistência Médico-Social.

Rio de Janeiro, dezembro de 1964.

DR. DIRCEU EULÁLIO
Diretor da D.O.H.

**LEGISLAÇÃO
ESPECÍFICA DE
INTERÊSSE DA D.O.H.**

INSTRUÇÕES BAIXADAS PELO DIRETOR DA D. O. H., CONFORME
DISPÕE O ARTIGO N.º 5.º DO DECRETO N.º 52.461, DE 12-9-63, SÔBRE
“NORMAS TÉCNICAS ESPECIAIS”:

O Diretor da Divisão de Organização Hospitalar, do Departamento Nacional de Saúde, tendo em vista o que dispõe o Art. 5.º do Decreto n.º 52.464, de 12-9-1963, sôbre “Normas Técnicas Especiais” para orientação, organização e funcionamento e a fiscalização de instituições de assistência médico-social no País, baixa as seguintes instruções, elaboradas pelos técnicos dêste órgão, definindo e conceituando as unidades estatísticas de utilização nos hospitais e nas entidades para-hospitalares.

No complexo terreno das atividades médico-assistenciais, é mister que não se pense no estabelecimento de normas rígidas.

É óbvio que o própria evolução da ciência hospitalar, decorrente do progresso técnico-científico, há de estar proporcionando, sempre, novas idéias, novas concepções, novas diretrizes, nêsse importante campo de atividades.

O hospital ou a entidade para-hospitalar, pelo seu crescimento natural, estarão, permanentemente, preocupados em rever as suas rotinas, em melhorar o seu trabalho; esta evidência, no que se refere ao organismo assistencial, como um todo, necessariamente, inclui, na peculiaridade referida, instalações, admissão, alta, etc.

Isto significa dizer que não se devem estabelecer normas fixas: – estas estariam passíveis, a tôda hora, das mais acirradas controvérsias.

A Divisão de Organização Hospitalar, assim conceituando a matéria, entende que as presentes “instruções” devam ser compreendidas, para efeito de aplicação imediata, responsabilizando-se a mesma Divisão pelas alterações que devam ser sugeridas, oportunamente, de conformidade com os conhecimentos novos, que se impuserem, por fôrça daquêle indispensável desenvolvimento dos órgãos assistenciais.

Com essas considerações, passamos a transcrever as definições, ora aprovadas pela D. O. H.:

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR – É tôda assistência médico-social que tem por base o Hospital, qualquer que seja sua especialização ou denominação.

ASSISTÊNCIA MÉDICO-SOCIAL – É a modalidade de Assistência Social em que a Assistência Médica constitui o aspecto predominante.

SERVIÇO SOCIAL – É o conjunto de técnicos que visam a utilização dos recursos da comunidade para promover a reintegração ao meio social dos indivíduos ou grupos necessitados de assistência.

SERVIÇO SOCIAL MÉDICO – É o serviço prestado ao doente e sua família visando a remoção dos problemas sociais que interferem com o tratamento do doente e a sua reintegração na comunidade.

HOSPITAL – É a instituição destinada a internar pacientes para diagnósticos e tratamento médico, incumbindo-lhe, ainda, atender àquêles não necessitados de internação.

HOSPITAL GERAL – É aquele destinado a atender pacientes necessitados de recursos clínicos gerais ou especializados.

HOSPITAL ESPECIALIZADO – É aquele destinado a atender pacientes de uma ou mais especialidades correlatas.

HOSPITAL-UNIDADE SANITÁRIA – (Unidade Médico-sanitária, Unidade Mista, Unidade integrada de Saúde) é aquele que compreende em seu programa as atividades de assistência médica inclusive hospitalização para clínica e cirurgia de urgência, obstétrica e as de saúde pública.

HOSPITAL LOCAL OU DE COMUNIDADE – É aquele que, em seu programa de atividade de assistência médica, clínica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica, integra as de saúde pública, de acordo com as possibilidades de pessoal e equipamento.

HOSPITAL DISTRITAL OU REGIONAL – É aquele que, mantendo articulação com os Hospitais-Unidades-Sanitárias e Hospitais locais, tem atividades de saúde pública e presta assistência médica de maior amplitude.

HOSPITAL DE BASE – É aquele que se destina a executar atividades médico-sanitária e constitui o centro de coordenação e integração do serviço médico hospitalar de uma zona, devendo estar capacitado a prestar, também, assistência especializada mais diferenciada, bem como a formar e aperfeiçoar pessoal hospitalar.

HOSPITAL DE ENSINO ou HOSPITAL ESCOLA – É o hospital de base utilizado para formação e aperfeiçoamento de médicos e profissionais afins.

CASA DE SAÚDE – É o hospital geral ou especializado de finalidade lucrativa.

CASA DE REPOUSO – É a instituição destinada à recuperação de pacientes com estafa física ou mental, sem lesão orgânica.

SANATÓRIO – Hospital especializado para tuberculose, doentes mentais ou lepra.

CLÍNICA DE CONVALESCENÇA – Instituição para onde são transferidos os doentes que necessitam uma menor soma de cuidados médicos ou de enfermagem.

PAVILHÃO – É a edificação isolada ou não, onde funcionam um ou mais serviços do hospital.

INSTITUIÇÃO OFICIAL – É aquela que pertence à pessoa jurídica de direito público.

INSTITUIÇÃO PARTICULAR – É aquela que pertence à pessoa jurídica de direito privado.

INSTITUIÇÃO DE FINALIDADE LUCRATIVA – É aquela que visa auferir lucros, ou distribuir dividendos.

INSTITUIÇÃO DE FINALIDADE NÃO LUCRATIVA – É aquela que não visa lucros, distribuição de dividendos ou vantagens de qualquer natureza, e que atende, predominantemente, a uma determinada clientela (associados, segurados, irmãos de sociedades beneficentes, etc).

INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA – É a que destina a totalidade de suas rendas às atividades de assistência médico-social gratuita e que mantém um terço dos leitos hospitalares no mínimo, para atendimento gratuito do público em geral.

AMBULATÓRIO – É um serviço destinado a diagnóstico ou tratamento de pacientes sem internação.

CLÍNICA – É uma instituição ou serviço hospitalar destinado a diagnóstico e tratamento de doentes de uma só especialidade.

POLICLÍNICA – É uma clínica com várias especialidades.

INSTITUTO CLÍNICO – É uma instituição destinada a diagnóstico, tratamento e pesquisas.

INSTITUIÇÃO PARA-HOSPITALAR – É aquela em que há predominância da assistência social sobre a assistência médica.

ASILO – É uma instituição para-hospitalar destinada à internação de pacientes por longo período.

ABRIGO – É uma instituição para-hospitalar destinada à internação de pacientes por prazo curto.

ALBERGUE – É uma instituição para-hospitalar destinada à internação de pacientes por 24 horas.

INSTÂNCIA HIDRO-MINERAL – Climática, termal e balneária, são instituições destinadas ao tratamento médico através da utilização terapêutica das águas, do clima e da radioatividade.

QUARTO HOSPITALAR – É um compartimento do hospital destinado a alojar um ou dois pacientes.

ENFERMARIA – É um compartimento do hospital destinado ao alojamento de três ou mais pacientes.

LEITO – É a cama destinada ao paciente hospitalizado, adulto ou criança.

BERÇO – É a cama para recém-nascido sadio, do parto ocorrido no hospital.

INTERNAÇÃO – É a entrada no hospital do paciente que nêle permaneça ao menos 24 horas.

MATRÍCULA – É o registro do paciente no Hospital para consulta ou internamento.

ADMISSÃO – É a entrada ou internamento do doente no hospital, isto é, a sua aceitação, preenchimento da respectiva ficha, abertura do prontuário médico e conseqüente ocupação de um leito.

ALTA HOSPITALAR – É a saída do doente internado para o qual se vinha mantendo um prontuário médico.

MODALIDADES DE ALTA:

- 1) Quanto ao resultados de tratamento:
 - a) curado;
 - b) melhorando;
 - c) estacionário;
 - d) piorado.
- 2) Quanto aos tipos:
 - a) por decisão médica;
 - b) a pedido;
 - c) por abandono;
 - d) transferência;
 - e) para tratamento em ambulatório.
- 3) Óbito hospitalar: – é o óbito de paciente internado:
 - a) Óbito institucional – é o que ocorre depois de completada as primeiras 48 horas, após a admissão.
 - b) Óbito – 48 horas – é o que ocorre dentro das primeiras 48 horas que se seguem à admissão.

LOTAÇÃO – É o número de leitos efetivamente existentes no Hospital, respeitadas as instruções baixadas pelo órgão técnico especializado.

LOTAÇÃO MÁXIMA – É o número de leitos que podem ser colocados em quartos e enfermarias, respeitadas as normas da legislação em vigor.

LOTAÇÃO DE EMERGÊNCIA – É o número de leitos que podem ser colocados no hospital, aproveitando-se as áreas consideradas utilizáveis.

DOENTE DE HOSPITAL – É o que utiliza os serviços do hospital para diagnóstico e tratamento.

DOENTE INTERNO – É o que ocupa regularmente um leito no hospital, enquanto recebe assistência médico-hospitalar.

DOENTE EXTERNO OU DE AMBULATÓRIO – É o que recebe assistência no hospital, sem ocupar regularmente um leito.

DOENTE NOVO – É o admitido no hospital pela primeira vez

DOENTE ANTIGO – É o já matriculado no hospital, onde recebeu anteriormente serviço de assistência médica ou hospitalar.

DOENTE ADULTO – É o doente de 14 ou mais anos de idade.

DOENTE CRIANÇA – É o doente de menos de 14 anos de idade.

RECÉM-NASCIDO – É a criança nascida no hospital, enquanto acompanha a mãe.

DOENTE CONTRIBUINTE – É o que paga os serviços que recebe no hospital.

DOENTE GRATUITO – É o que não paga os serviços que recebe do hospital.

PRONTUÁRIO MÉDICO – É o conjunto de documentos que identificam o doente, consignam o diagnóstico, comprovam os tratamentos recebidos e o motivo da alta.

CONSULTA MÉDICA – É serviço médico prestado ao doente externo.

LEITO-DIA – É o leito hospitalar, disponível, incluído na lotação do hospital, para uso do doente interno, durante o período de 24 horas.

DOENTE-DIA – É o período de serviços prestados ao doente, entre dois censos diários consecutivos. O dia de alta não é computado, exceto, quando o doente foi admitido nesse mesmo dia.

CENSO-DIÁRIO – É o levantamento em cada 24 horas do número de leitos ocupados.

PERCENTAGEM DE OCUPAÇÃO – É a relação percentual entre o número de doentes-dia e leitos-dia num determinado período.

CUSTO DE DOENTE-DIA – É a unidade de despesa hospitalar, representando a média de gasto por serviço prestado a um doente internado num dia hospitalar. Esse custo é determinado dividindo-se a despesa total de manutenção pelo total de doentes-dia num período determinado (geralmente 1 ano).

Despesas patrimoniais e as realizadas com ambulatório devem ser excluídas do cálculo.

MÉDIA DOS DOENTES-DIA – (média do censo diário) – é a relação entre o total de doentes-dia e determinado período de tempo. Assim, no hospital em que houver 45 doentes-dia num mês, a média será de

$$15 \text{ doentes dia } \frac{450}{30}$$

NÚMERO DE LEITOS-DIA – Corresponde ao número de leitos disponíveis multiplicado pelo número de dias do mês. Assim, um hospital com 50 leitos terá 1.400, 1.500 e 1.550 leitos-dia nos meses de 28 dias (fevereiro), 30 dias (abril, junho, setembro e novembro) e 31 dias (janeiro, março, maio, julho, agosto, outubro e dezembro), respectivamente.

PERCENTAGEM DE OCUPAÇÃO – É a relação entre o número de doentes-dia por 100 e o número de leitos-dia, excluindo os berços. Assim, num hospital de 50 leitos, que houvesse 1.000 doentes-dia no mês de abril, a percentagem seria:

$$\frac{\text{doentes dia X 100}}{\text{Leitos-dia}} = \frac{1.000 \text{ X } 100}{50 \text{ X } 30} = \frac{1.000}{15} = 66,7$$

TEMPO MÉDICO DE PERMANÊNCIA – É a relação entre o número de doentes-dia e o total de altas, inclusive óbitos, em determinado período de tempo. Assim, num hospital de 50 leitos havendo 1.000 doentes-dia e 120 altas, o tempo de permanência seria de:

$$\frac{1.000}{120} = \frac{100}{12} = 8,3 \text{ dias}$$

NOTA: – Os recém-nascidos não são incluídos e o dia de admissão do doente não é contado, exceto quando é internado e tem alta no mesmo dia.

INSTALAÇÃO – É o conjunto de aparelhos ou peças que compõem uma determinada utilidade hospitalar.

D. O. H., em 10-3-1964.

a) *Dr. Dirceu Eulálio*,
Diretor-substituto da D. O. H.

SUGESTÕES DO DIRETOR DA D. O. H.
AO DIRETOR - GERAL DO D. N. S.

DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR (*)

Os estudos, planejados e supervisão dos problemas de assistência médico social do País, são finalidades fundamentais da DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR (D. O. H.), DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE (D. N. S.).

Dentro dessas finalidades, incluem-se, necessariamente, as medidas objetivas de cooperação e divulgação, que importem no seu melhor desenvolvimento e aprimoramento técnico.

A ela compete, sempre que possível, em articulação com outros órgãos especializados, organizar e manter atualizados o cadastro, prontuários e fichários de tôdas as instituições hospitalares e para-hospitalares existentes no País, estabelecendo normas e padrões para a sua construção, reforma, organização e funcionamento.

Cumpre-lhe promover a distribuição dos auxílios financeiros, concedidos, anualmente, pelo govêrno federal, fixando-os, ou, sôbre os mesmos opinando, dentro de normas e instruções regulamentares, para efeito de regular aplicação.

Em sua esfera assistencial, cumpre-lhe prestar diretamente – ou, sob seu contrôle, por intermédio de outros órgãos, para tal fim por ela credenciados – assistência e tratamento especializado a mutilados, outros deficientes físicos e desamparados.

Cabe, ainda, à DIVISÃO promover e sugerir medidas de assistência a doentes cárdio-vasculares, de poliomielite, de pênfigo foliáceo e outras entidades mórbidas, para as quais não existam serviços próprios no Ministério da Saúde.

As atividades da DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR serão exercidas pelas seguintes SEÇÕES:

- I – SEÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO (S.A.)
- II – SEÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO SOCIAL (S.A.M.S.)
- III – SEÇÃO DE COOPERAÇÃO E DIVULGAÇÃO (S.C.D.)
- IV – SEÇÃO DE PLANEJAMENTO (S.P.)

A D.O.H. terá uma Assessoria Técnica (AT), constituída por uma equipe especializada e que funcionará diretamente vinculada à sua Diretoria.

(*) Sugestões da D. O. H. remetidas ao Sr. Diretor Geral do D. N. S., em 14-10-1964.

SEÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO
(S.A.)

À SEÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO compete:

- a) elaborar a proposta orçamentária da D.O.H.;
- b) contabilizar os recursos consignados ao órgão;
- c) escriturar os créditos orçamentários e adicionais concedidos;
- d) processar o pagamento das despesas realizadas pelo órgão;
- e) encaminhar ao órgão competente os elementos necessários ao pagamento do pessoal;
- f) promover a aquisição do material necessário ao serviço, observada a legislação específica;
- g) apreciar questões de ordem disciplinar, nos termos da legislação vigente;
- h) manter registros atualizados relativos à vida funcional de seus servidores;
- i) controlar a frequência dos servidores, remetendo à Divisão do Pessoal, na época própria, os respectivos boletins;
- j) manter atualizado o ementário da legislação e dos atos referentes a pessoal;
- l) conferir, receber, guardar, distribuir e controlar o material adquirido;
- m) providenciar o abastecimento regular das diversas Sessões e Assessoria Técnica, mantendo em estoque quantidades suficientes dos materiais de maior consumo;
- n) promover o conserto e conservação dos bens pertencentes ao órgão, zelando pela sua segurança;
- o) receber, registrar, distribuir, expedir, controlar, guardar e arquivar a correspondência oficial, processos e demais documentos de interesse do órgão;
- p) executar os trabalhos de vigilância interna das dependências ocupadas pelo órgão, controlando a entrada e saída de volumes;
- q) promover a publicação dos atos e decisões do Diretor.

SEÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO SOCIAL
(S.A.M.S.)

À SEÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO SOCIAL compete:

- a) encarregar-se das medidas referentes à assistência médico social a doentes em geral, a deficientes físicos e desamparados;
- b) promover junto às instituições assistenciais do País, especialmente as beneficiadas para tal fim – a sua efetiva cooperação com a D.O.H. em relação à prática de medidas de ordem assistencial, por ela solicitadas;
- c) orientar a luta contra as doenças degenerativas e outras entidades mórbidas, para as quais não haja serviços especializados no D.N.S.;
- d) encaminhar, sempre que possível, aos próprios hospitais da região, todos os pedidos de internamento formulados à DIVISÃO, provindos de diferentes regiões do País, mantendo, sobre os mesmos, o necessário controle.

SEÇÃO DE COOPERAÇÃO E DIVULGAÇÃO
(S.C.D.)

À SEÇÃO DE COOPERAÇÃO E DIVULGAÇÃO compete:

- a) encarregar-se do estudo da situação hospitalar e para-hospitalar de todo o País, apresentando planos para a sua melhoria e incentivo;
- b) organizar e manter atualizado o cadastro e prontuários das instituições correspondentes;
- c) manter, sempre atualizado, fichário completo de tôdas as instituições hospitalares e assistenciais do País;
- d) fixar, anualmente, em relação a cada instituição, o respectivo número de leitos, para os fins de distribuição do FUNDO DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR;
- e) opinar nos processos de concessão de auxílios e de subvenções federais, ajustes, acordos, contratos e convênios, instruindo as instituições contempladas, quanto à sua devida aplicação;
- f) cooperar com os órgãos de estatística na atualização do censo das entidades assistenciais de todo o território nacional;
- g) elaborar normas para a realização de inquéritos e estatísticas;
- h) divulgar os trabalhos técnicos, normas e padrões, objetivando o incentivo e o aprimoramento das instituições assistenciais.

SEÇÃO DE PLANEJAMENTO

À SEÇÃO DE PLANEJAMENTO compete:

a) estabelecer normas e padrões para instalações, equipamento, organização e funcionamento dos serviços técnicos e administrativos de hospitais em geral, casas de saúde, sanatórios, estabelecimentos para convalescença ou repouso, colônias de férias, estâncias climáticas e hidro-minerais e outras unidades assistenciais;

b) estudar e fixar, quando necessário, os padrões mínimos, de instalação e equipamento hospitalares;

c) realizar inquéritos para verificação da necessidade e localização de novos hospitais;

d) planejar a ampliação e remodelação de hospitais antiquados para o seu melhor funcionamento e produtividade;

e) emitir parecer técnico sobre localização, construção, reconstrução, reforma, ampliações e adaptações dos hospitais e entidades para-hospitalares;

f) fiscalizar, tecnicamente, dentro do estabelecimento nos itens anteriores, as atividades e as condições gerais das entidades hospitalares e para-hospitalares do País.

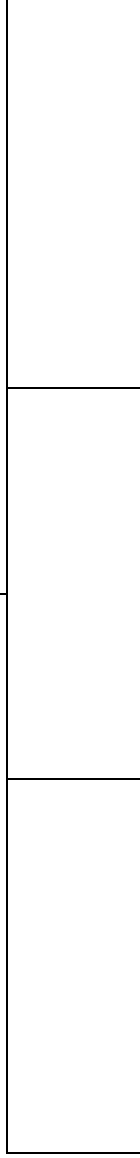
Rio de Janeiro, 14 de outubro de 1964

Dr. Dirceu Eulálio,
Diretor da D.O.H.

ORGANOGRAMA PROPOSTO PARA A DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR
(D.O.H.)

DIRETOR

ASSESSORIA TÉCNICA



SEÇÃO DE
ADMINISTRAÇÃO
S.A

SEÇÃO DE
ASSISTÊNCIA
MÉDICO SOCIAL
S.A.M.S.

SEÇÃO DE
COOPERAÇÃO E
DIVULGAÇÃO
S.C.D.

SEÇÃO DE
PLANEJAMENTO
S.P.

**ASSISTÊNCIA E RECUPERAÇÃO
DE MUTILADOS**

PORTARIAS MINISTERIAIS

PORTARIA MINISTERIAL N.º 359 –
DE 7 DE JUNHO DE 1943

Constitui Comissão para ultimar os processos existentes no Ministério, de assistência aos mutilados.

O Ministro de Estado da Educação e Saúde, tendo em vista a conveniência de dar maior amplitude e presteza aos trabalhos de restauração anatomo-funcional dos mutilados, resolve:

Art. 1.º – É constituída, em caráter provisório uma comissão para o fim de examinar e dar imediata execução aos processos existentes no Ministério da Educação relativos à pedidos de mutilados já atendidos pelo Presidente República.

§ 1.º – A Comissão se instalará e funcionará na Séde da Seção de Assistência Social da Divisão do Pessoal até que possa ser removida para outro local.

§ 2.º – A Comissão se integrará de servidores do Departamento de Administração designados pelo Diretor Geral, e será chefiada técnica e administrativamente, pelo Dr. Homero Fortuna Carneiro, extra-numerário mensalista da Divisão de Pessoal.

§ 3.º – Para acompanhar e auxiliar os trabalhos da Comissão o Diretor da Divisão Hospitalar a quem compete a supervisão dos assuntos sôbre assistência a mutilados, designará um médico que servirá de elemento de ligação entre os dois órgãos de serviço.

§ 4.º – A Comissão apresentará um plano de organização do definitivo serviço de assistência a mutilados.

Art. 2.º – A Comissão trabalhará em tempo integral, de oito às onze e de quatorze às dezessete horas, exceto aos sábados, em que o expediente será de oito às onze horas, utilizando-se da sede, do aparelhamento, do material e dos meios de transporte da Seção de Assistência Social, podendo, ainda, dispor dos recursos próprios dos demais órgãos de Administração do Ministério da Educação.

Parágrafo único. – Por proposta do chefe da Comissão, poderá ser antecipado ou prorrogado, na forma da legislação em vigor, pelo Diretor Geral do Departamento de Administração, o expediente dos servidores da Comissão.

Art. 3.º – A Seção de Assistência Social usará de suas concessões legais para obter todos os elementos de que necessitar a Comissão, para a realização das atribuições que a esta competem.

Art. 4.º – Em casos especiais, poderá a Comissão providenciar, por intermédio da Seção de Assistência Social, a vinda ao Rio de Janeiro de mutilados, correndo a despesa à conta da Verba 3, Sub-consignação 35, item 04, inciso 06, do orçamento em vigor, do Ministério da Educação, ou pelo crédito especial aberto pelo Decreto-Lei n.º 4.818, de 8 de outubro de 1942, até a importância de Cr\$ 20.000,00.

Art. 5.º – Uma vez instalada, a Comissão deverá convocar os interessados, pelos meios mais rápidos, inclusive por editais publicados nos jornais diários, a fim de dar início aos exames necessários.

Parágrafo único. – Sendo preciso, para facilitar a remoção dos mutilados, poderá a Comissão requisitar do Serviço de Transportes, antecipadamente e por intermédio da Seção de Assistência Social, condução especial, mencionada a espécie de carro e o itinerário a ser percorrido.

Art. 6.º – A Comissão organizará separadamente, os processos em que são interessados mutilados residentes fora do Distrito Federal, providenciando para que a instrução dêesses processos, inclusive os exames dos pacientes, seja feita por intermédio dos órgãos da administração estadual ou municipal, ou, não sendo isto possível, por meio de entidades particulares.

Art. 7.º – As despesas de aquisição de aparelhos mecânicos e carros ortopédicos para os mutilados e as imprevistas serão custeadas, no corrente ano, pelo crédito de 1942, entendendo-se a Comissão para êsse fim, com a Divisão do Material do Departamento de Administração.

Art. 8.º – Os casos omissos serão resolvidos mediante consulta ao Diretor Geral do Departamento de Administração.

Rio de Janeiro, 7 de junho de 1943. – *Gustavo Capanema*.

("Diário Oficial" de 10 de junho de 1943).

PORTARIA MINISTERIAL N.º 260, DE 26 DE MAIO DE 1944

Incorpora à Divisão de Organização Hospitalar os serviços da Comissão de Assistência a Mutilados.

O MINISTRO DE ESTADO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE, tendo em vista o despacho exarado pelo Sr. Presidente da República na Exposição n.º 875, de 31 de março de 1944, do Departamento Administrativo do Serviço Público, resolve:

Art. 1.º – Ficam incorporados à Divisão de Organização Hospitalar, do Departamento Nacional de Saúde, os serviços da Comissão de Assistência a Mutilados, constituída, em caráter provisório pela Portaria Ministerial n.º 359, de 7 de junho de 1943.

Art. 2.º – A Divisão de Organização Hospitalar assumirá a direção dos serviços, recebendo do chefe a que se refere o Art. 1.º, § 2.º, da Portaria Ministerial n.º 359, o acervo da Comissão, bem como um relatório da situação em que se transferem os mesmos serviços.

Art. 3.º – O Diretor da Divisão de Organização Hospitalar designará um médico para chefiar os serviços.

Art. 4.º – A Divisão do Pessoal do Departamento de Administração promoverá as medidas necessárias para regularizar a situação do pessoal que serve atualmente na Comissão.

Art. 5.º – A Divisão do Material do Departamento de Administração, devidamente articulada com a Divisão de Organização Hospitalar, continuará a processar as concorrências ou coletas de preços referentes às aquisições compreendidas no programa de assistência aos mutilados.

Art. 6.º – O Serviço de Transportes continuará a prestar toda colaboração que fôr solicitada pela Divisão de Organização Hospitalar.

Rio de Janeiro, 26 de maio de 1944.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Of. n.º 281.

Em, 7 de julho de 1964

Do Diretor da Divisão de Organização Hospitalar.
Ao Sr. Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde.
Assunto: solicita providências.

Senhor Diretor Geral:

A Divisão de Organização Hospitalar vem cogitando há vários anos de reformular suas diretrizes referentes ao atendimento do problema dos mutilados e deficientes físicos, objetivando, principalmente, a descentralização das atividades específicas.

2. Até 26 de maio de 1944, as citadas atividades foram exercidas, no antigo Ministério da Educação e Saúde, pela Comissão de Assistência a Mutilados, criada pela Portaria Ministerial n.º 359, de 1 de junho de 1943.

3. Em 26 de maio de 1944, a Comissão de Assistência a Mutilados foi incorporada à Divisão de Organização Hospitalar, pela Portaria Ministerial n.º 260, daquela data, passando a denominar-se Serviço de Assistência e Recuperação de Mutilados (S.A.R.M.).

4. Até agora, o S.A.R.M. vinha atuando apenas no Estado da Guanabara, em regime de entrosamento com a Clínica Ortopédica da Universidade do Brasil, fazendo convergir para o Rio de Janeiro os interessados de todo o País.

5. Faz-se mister que se efetivem as medidas, que venham a possibilitar a indispensável descentralização dessas atividades e que, de fato venham a caracterizar a ação essencialmente normativa do órgão, de acôrdo com as atribuições regimentais vigentes.

6. Entende esta Diretoria, em consonância, inclusive, com o que dispõe o Art. 16 do Decreto n.º 8.674, de 4 de fevereiro de 1942 (Regimento do Departamento Nacional de Saúde – cópia anexa), que a orientação, a fiscalização e a coordenação dos recursos assistenciais médico-sociais do País, não seja mais cabível com o critério, até o momento, mantido.

7. Realmente, urge processar-se a adequada reformulação das atividades desse importante setor, através do estabelecimento de planos de ajuda supletiva financeira, cobrindo todo o Território Nacional; através de uma política de incentivo às entidades assistenciais especializadas; através de uma orientação que objetive alcançar, pelo menos nos grandes centros, uma condição regional de auto-suficiência relativa.

8. Sem dúvida, essa posição poderá ser obtida em muitas capitais, tais como Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Belo Horizonte, etc., sem prejuízo do desenvolvimento dos serviços locais do Estado da Guanabara, que por igual, continuariam a merecer o amparo, o permanente apóio do Ministério da Saúde e, de modo particular, a Clínica Ortopédica da Universidade do Brasil, a quem a Nação já tanto deve, no campo de suas atividades específicas.

9. Vale dizer que os trabalhos do S.A.R.M., no Estado da Guanabara, passariam a ser supervisionados pela Seção de Assistência e Seguro de Saúde (S.A.S.S.), da D.O.H., sem solução de continuidade, de vez que o Decreto nº 8.674, de 4 de fevereiro de 1942 (Regimento do D.N.S.) citado no item 6, estabelece também como suas as atribuições pertinentes às atividades assistências em estudo.

10. Cumpre, ainda, aduzir que o plano de aplicação da verba orçamentária própria, do atual exercício (D.N.S. – Órgãos Centrais – Consignação 3.100 – Subconsignação 3.1.01 – Item 1), devidamente aprovado, já foi publicado no “Diário Oficial” de 25 de junho último, e que em sua essência, o aludido plano permite operar, de imediato ou em época posterior, que possa ser julgada mais conveniente, sem qualquer prejuízo para os objetivos visados.

11. Com êsses esclarecimentos, a D.O.H. submete à elevada apreciação de V. Sa. o que propõe, no sentido de serem obtidas a aprovação e a assinatura do Sr. Ministro da Saúde de uma Portaria tornando sem efeito as Portarias Ministeriais de n.º 359, de 7 de junho de 1943 e n.º 260, de 26 de maio de 1944 (cópias anexas).

12. Encerrando a urgência que o assunto possa merecer por parte de V. Sa., aproveito o ensejo para reiterar-lhe protestos de consideração e apreço.

a) *Dr. Dirceu Eulalio*
Diretor

Ilmo. Sr.
Dr. Achilles Scorzelli Júnior.
DD. Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde.
Nesta.

PORTARIA GB N. 447, DE 12 DE AGOSTO DE 1964

*O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE,
no uso de suas atribuições*

RESOLVE tornar insubsistente a Portaria n.º 260, de 26 de maio de 1944, para que se restabeleça o cumprimento do disposto no art. 16 do Decreto n.º 8.674, de 4 de fevereiro de 1942, que atribui à Seção de Assistência e Seguro de Saúde (S.A.S.S.), a assistência médico social a deficientes físicos e mutilados.

a) *Raymundo de Britto.*

(Portaria publicada no “Diário Oficial” de 27-8-64).

**ANTE – PROJETOS SÔBRE
A LEI ORGÂNICA DE
ASSISTÊNCIA MÊDICO – HOSPITALAR**

1.º ANTE-PROJETO SÔBRE A LEI ORGANICA DE ASSISTENCIA MÉDICO-HOSPITALAR

Estabelece bases para a organização da assistência hospitalar no Território Nacional ()*

CAPÍTULO I

Da Finalidade e Definições

Art. 1.º – Esta lei institui normas gerais para a assistência hospitalar no território nacional (art. 5º, inciso XV, letra *b* da Constituição Federal).

Parágrafo único – A aplicação destas normas envolve, em cooperação material, profissional, técnica e financeira, órgãos do governo e instituições particulares, para a construção, instalação, equipamento, organização e administração de hospitais.

Art. 2º – Assistência Hospitalar é toda assistência médico-social que corre para a criação do completo estado de bem estar físico, mental e social dos indivíduos.

§ 1.º Hospital é a instituição destinada a internar pessoas para diagnóstico ou tratamento médico, incumbindo-lhe ainda atender doentes não necessitados de internação, promover a recuperação social dos pacientes, além da educação sanitária da população, formação e aperfeiçoamento do pessoal hospitalar, inquéritos e pesquisas.

(*) Conforme relatório apresentado ao Exmo. Sr. Ministro da Saúde, em 31-3-1956, pela Comissão Especial criada para esse fim específico – (Decreto n.º 37.773, de 18-8-1955).

CAPÍTULO II

Da Classificação das Instituições de Assistência Hospitalar

Art. 2º – A Assistência Hospitalar classifica-se em:

A – GERAL, realizada preponderantemente pelas Instituições Particulares, no atendimento a pacientes de várias especialidades médicas.

§ 2.º – São Serviços Complementares, as instituições que se destinam ao diagnóstico ou tratamento médico, recuperação profissional e médico-social em geral, articuladas ou não ao hospital.

B – ESPECIALIZADA – é a executada em hospitais em que predomine uma especialidade médica, senado que a relativa a tuberculose, lepra, doenças nervosas e mentais deve caber preponderantemente aos governos.

Art. 4.º – Os hospitais e serviços complementares devem classificar-se:

A – do ponto de vista da manutenção:

I – do ponto de vista da manutenção:

II – Para-estatais, os mantidos por entidades de que participem os Poderes Públicos;

III – Particulares, os mantidos por Instituições Particulares ou de propriedade privada:

a) de finalidade Incrativa;

b) de finalidade não lucrativa.

B – Segundo as características técnicas de construção instalação, equipamento, hierarquia, organização, administração e população a que se destinam:

I – HOSPITAIS GERAIS:

a) Hospital-Unidade Sanitária;

b) Hospital Local ou de Comunidade;

c) Hospital Regional ou Distrital;

d) Hospital de Base;

e) Hospital de Ensino Médico.

II – HOSPITAL ESPECIALIZADO:

(Os que realizam assistência especializada).

III – SERVIÇOS COMPLEMENTARES Gerais e Especializados:

a) Casa de convalescentes e de doentes crônicos;

b) Institutos ou clínicas de diagnóstico;

c) Ambulatório, policlínicas e clínicas em geral;

d) Centros de reabilitação.

CAPÍTULO III

Do Serviço Nacional de Assistência Hospitalar

Art. 5.º – A Divisão de Organização Hospitalar, do Departamento Nacional de Saúde, criada pelo Decreto-lei n.º 3.171, de 2 de abril de 1941, passa a denominar-se Serviço Nacional de Assistência Hospitalar.

Art. 6.º – Ao Serviço Nacional de Assistência Hospitalar compete:

I – Funcionar como órgão técnico do Conselho Nacional de Assistência Hospitalar criado no Capítulo IV desta lei;

II – Elaborar os planos de cooperação (Art. 1.º parágrafo único) previstos no Capítulo V e submetê-los à aprovação do Nacional de Assistência Hospitalar;

III – Estabelecer, em colaboração com a Divisão de Obras do Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Tecnologia, as normas gerais de construção, instalação, equipamento e administração de hospitais e serviços complementares;

IV – Aprovar os projetos e especificações de obras programadas por Instituições particulares que obtenham ou pretendam a cooperação da União;

V – Colaborar com os órgãos regionais de assistência hospitalar na elaboração dos projetos de construção, equipamento, organização e administração de Hospitais, quando solicitado;

VI – Solicitar aos demais órgãos da Administração Pública, informações e dados estatísticos necessários para a elaboração dos planos de cooperação de que trata o Art. 1.º, parágrafo único;

VII – Fiscalizar o funcionamento dos hospitais e serviços complementares;

VIII – Manter atualizado o censo hospitalar, inclusive a estatística de movimento assistencial e nosológico dos hospitais e serviços complementares de todo o país;

IX – Emitir parecer sobre consultas que lhe sejam feitas por estabelecimentos oficiais ou particulares com relação á assistência hospitalar ou à aplicação desta lei;

X – Estabelecer normas para seleção e aperfeiçoamento de pessoal hospitalar;

XI – Distribuir aos órgãos de Assistência Hospitalar das Unidades Federadas, as importâncias que lhes forem destinadas pela União, previstas nesta lei, fiscalizando a sua aplicação direta ou indiretamente;

XII – Expedir as instruções reguladoras dos financiamentos que forem concedidos às instituições particulares mantenedoras de hospitais e serviços complementares, depois da homologação pelo Conselho Nacional de Assistência Hospitalar;

XIII – Executar e fazer executar os planos previstos no Capítulo V desta lei após homologação pelo Conselho Nacional de Assistência Hospitalar;

XIV – Cumprir e fazer cumprir no seu âmbito de ação o disposto nesta lei.

CAPITULO IV

Do Conselho Nacional de Assistência Hospitalar

Art. 7.º – Fica criado no Ministério da Saúde o Conselho Nacional de Assistência Hospitalar (C.N.A.H.), órgão de parecer e deliberação do Ministro e sob sua presidência, com a função precípua de estabelecer as bases e coordenar a atividade da União quanto àquela forma de assistência.

Parágrafo único – O C.N.A.H. terá como órgão técnico o Serviço Nacional de Assistência Hospitalar.

Art. 8.º – O C.N.A.H. será constituído:

- a) do diretor do Serviço Nacional de Assistência Hospitalar;
- b) de um representante do mesmo Serviço;
- c) de dois representantes do Ministério da Saúde e de um representante:
 - 1) do Estado Maior das Fôrças Armadas;
 - 2) da Consultoria Médica da Previdência Social;
 - 3) das Associações Hospitalares;
 - 4) da Associação Médica Brasileira;
 - 5) da Confederação Nacional das Indústrias;
 - 6) da Confederação Nacional do Comércio;
 - 7) das Associações Rurais;
- d) de três profissionais especializados em administração hospitalar.

Parágrafo único – É da competência do Ministro da Saúde a nomeação dos profissionais a que se refere a alínea “d” deste artigo, os quais não poderão pertencer aos quadros do funcionalismo federal, devendo ser escolhidos, preferentemente, nos meios profissionais dos Estados.

Art. 9.º – Os membros do C.N.A.H. terão mandato de três (3) anos, podendo ser reconduzidos.

Art. 10 – O C.N.A.H. deliberará validamente por maioria relativa, presentes a metade e mais um dos seus membros, incluindo o presidente.

Art. 11 – Nos seus impedimentos, será o Ministro da Saúde substituído na presidência pelo Diretor do Serviço Nacional de Assistência Hospitalar.

Parágrafo único – Ao presidente do C.N.A.H. caberá, ainda, o voto de desempate.

Art. 12 – O C.N.A.H. reunir-se-á, pelo menos, quatro vezes por ano, nas primeiras quinzenas de março, junho, setembro e segunda quinzena de novembro.

Parágrafo único – O Presidente do C.N.A.H., em casos de urgência, poderá convocá-lo extraordinariamente.

Art. 13 – Os membros do C.N.A.H. tomarão posse perante o Ministro da Saúde e perderão o mandato se faltarem a duas reuniões ordinárias consecutivas, sem causa justificada.

Art. 14 – As instituições e órgãos do Governo Federal representados no C.N.A.H. concederão a seus representantes todos as facilidades necessárias ao completo desempenho das suas respectivas funções, sem prejuízo de quaisquer direitos e vantagens.

Art. 15 – O Ministro da Saúde porá à disposição do C.N.A.H., funcionários que constituam a sua secretaria e que nela servirão sem prejuízo das vantagens dos respectivos cargos.

Art. 16 – Além de outras atribuições que lhe sejam expressamente conferidas, cabe ao C.N.A.H.:

I – aprovar os plenos de que cogita o Capítulo V desta lei;

II – aprovar as normas técnicas elaboradas pelo Serviço Nacional de Assistência Hospitalar;

III – aprovar os contratos de prestação de serviços propostos pelo Serviço Nacional de Assistência Hospitalar;

IV – entender-se com os órgãos a que se refere o art. 18 repartições públicas e autárquicas sobre o que julgar necessário à execução desta lei, coordenando as respectivas atividades;

V – propor aos órgãos governamentais encarregados da assistência hospitalar o que lhe parecer conveniente para a maior eficiência do

serviços e opinar sobre propostas ou consultas que lhe sejam feitos no mesmo sentido;

VI – promover ou auxiliar tudo o que lhe parecer necessário à execução desta lei e à melhoria da assistência hospitalar;

VII – autorizar as transferências entre consignações e sub-consignações de verbas orçamentárias, dentro das dotações globais respectivas por propostas do Serviço Nacional de Assistência Hospitalar;

VIII – elaborar o seu regimento interno;

CAPÍTULO V

Dos Planos de Cooperação da União com as Unidades Federadas e Instituições Particulares

Art. 17 – A cooperação mencionada no Art. 1.º parágrafo único, desta lei, será considerada na forma dos seguintes planos:

A – O das realizações diretamente à cargo dos órgãos de Governos e de suas autarquias ou sociedades de economia mista, compreendendo:

I – formação e aperfeiçoamento do pessoal hospitalar;

II – aquisição, fornecimento e recuperação dos material e equipamento;

III – obras e serviços em geral.

B – O de distribuição de recursos federais, em caráter supletivo, sob a forma de auxílio direto ou financiamento às instituições particulares, por intermédio dos órgãos previstos no art. 18, para:

I – formação e aperfeiçoamento do pessoal hospitalar;

II – manutenção dos serviços assistenciais, na base do custo do doente-dia;

III – aquisição de material hospitalar;

IV – obras e serviços em geral.

§ 1.º – a distribuição dos recursos às instituições particulares de assistência hospitalar, será seguido como ordem de preferência a seriação estabelecida nos itens da letra B deste artigo.

§ 2.º – Para efeito do disposto no parágrafo anterior, serão fixadas anualmente, pelo Conselho Nacional de Assistência Hospitalar, as respectivas percentagens, correspondente a cada item supra mencionado.

Art. 13 – Os Governos estaduais, deverão possuir órgãos capazes de pela sua estrutura, desempenhar no âmbito estadual, as funções que competem ao Conselho Nacional de Assistência Hospitalar e ao Serviço Nacional de Assistência Hospitalar:

§ 1.º – A categoria, as características e a denominação dos órgãos a que se refere este artigo ficarão condicionadas à estrutura administrativa e jurídica e à situação financeira de cada Unidade da Federação.

§ 2.º – A administração estadual, que não dispuser de recursos técnicos ou financeiros para cumprimento do disposto neste artigo, poderá solicitar ao Conselho Nacional de Assistência Hospitalar providências que supram essas deficiências, a fim de que a região possa ser incluída no plano de auxílios.

Art. 19 – O Conselho Nacional de Assistência Hospitalar fixará as épocas em que os órgãos estaduais deverão remeter os seus planos e pedidos de auxílios, não sendo tomadas em consideração os que forem recebidos depois desses prazos.

Art. 20 – Os recursos pela União destinados à Assistência Hospitalar, inclusive o Fundo de Assistência Hospitalar criado pelo Decreto-lei n.º 9.846, de 12-9-56 e juros de financiamento, desde que não constituam renda por qualquer título vinculado ao hospital ou serviço complementar, por ela mantido, serão englobados em uma só dotação orçamentária, consignada ao Serviço Nacional de Assistência Hospitalar, para a distribuição e aplicação prescritas nesta lei.

§ 1.º – Os duodécimos da dotação prevista neste artigo, serão depositados no Banco do Brasil em nome do Serviço Nacional de Assistência Hospitalar, para serem movimentados pelo seu Diretor, conjuntamente com um representante do Conselho Nacional, credenciado para esse fim.

§ 2.º – O auxílio financeiro da União à assistência hospitalar só será concedido quando as Unidades Federadas satisfizerem as condições previstas nesta lei.

§ 3.º – A cooperação acima prevista terá caráter supletivo e far-se-á sob as formas de auxílio direto ou de financiamento, cujas condições serão fixadas em cada caso, observadas as preferências estabelecidas, pelo art. 17 e as instruções baixadas pelo Serviço Nacional de Assistência Hospitalar.

Art. 21 – O “auxílio direto” poderá ser de ordem financeira, ou técnico profissional ou ainda para ensino e aperfeiçoamento de pessoal hospitalar, ficando a sua concessão na dependência de regulamentação.

Art. 22 – O “financiamento” deverá ser concedido na forma de empréstimo hipotecário às instituições classificadas no inciso II da letra A do artigo 4.º.

Art. 23 – O pagamento de parcelas de auxílio-direto ou de financiamento poderá ser suspenso, a juízo dos órgãos estaduais ou do C.N.A.H. se interessada a União, nos seguintes casos:

a) irregularidade praticada pelo beneficiário em prejuízo do conjunto dos planos em vigor.

b) desobediência às normas técnicas, instruções, posturas ou regulamentos pertinentes à matéria.

Art. 24 – Os órgãos estaduais deverão submeter à aprovação do Conselho Nacional de Assistência Hospitalar, para fazerem jús ao auxílio do Governo Federal, planos estudados para um mínimo de 5 anos, nos quais constem, detalhadamente:

a) um capítulo referente à melhoria do padrão assistencial da rede hospitalar existente;

b) um capítulo referente à manutenção das instituições existentes que prestam assistência a pacientes não contribuintes;

c) um capítulo que trate da construção de novas instituições e ampliação das existentes.

CAPÍTULO VI

Disposições Gerais e Transitórias

Art. 25 – As instituições particulares que se considerarem prejudicadas pela falta de providências dos órgãos estaduais no tocante ao que estipula o art. 19 poderão recorrer ao Conselho Nacional de Assistência Hospitalar através do órgão previsto no artigo 5.º.

Art. 26 – O Serviço Nacional de Assistência Hospitalar poderá delegar poderes aos órgãos estaduais, dentro das suas jurisdições, para o exercício das funções que lhe são atribuídas no art. 6.º.

Art. 27 – Para a importação de material destinado à assistência hospitalar, não produzido no país, ou cuja produção seja insuficiente, gozarão os hospitais e serviços complementares das mesmas regalias atribuídas ao Governo Federal.

Art. 28 – No prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da publicação desta lei deverá ser instalado o Conselho Nacional de Assistência Hospitalar.

Art. 29 – Até 24 meses após a publicação referida, os Governos dos Estados tomarão as providências necessárias para se ajustarem às exigências desta lei, se pretenderem continuar a receber os benefícios nela estipulados.

Art. 30 – Os órgãos estaduais deverão restituir devidamente preenchidos os questionários que lhes forem enviados pelo Serviço Nacional de Assistência Hospitalar, que compreenderá os seguintes aspectos dos hospitais:

- a) organização do pessoal;
- b) instalações e equipamentos em geral;
- c) condições de construções;
- d) dados estatísticos;
- e) rendimento de trabalho.

Art. 31 – No prazo de 12 meses após a promulgação desta lei, o Serviço Nacional de Assistência Hospitalar realizará com a colaboração dos órgãos estaduais, o recenseamento hospitalar do Brasil.

Parágrafo único – O recenseamento a que se refere este artigo será efetuado utilizando a ficha de Inquérito Hospitalar da Faculdade de Higiene de São Paulo devidamente adaptada.

Art. 32 – Esta lei entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

SUBSTITUTIVO AO 1.º ANTE-PROJETO DA LEI ORGÂNICA DE ASSISTÊNCIA MÉDICO HOSPITALAR

Estabelece Bases Para a Organização da Assistência Hospitalar no Território Nacional ()*

CAPÍTULO I

Da Finalidade e Definições

Art. 1.º – Esta lei institui normas gerais para a assistência hospitalar no território nacional (art. 5.º, inciso XV, letra B da Constituição Federal).

Parágrafo único – A aplicação destas normas envolve, em cooperação material, profissional, técnica e financeira, órgãos do governo e instituições particulares, para a construção, instalação, equipamento, organização e administração de hospitais.

Art. 2.º – Assistência hospitalar é toda assistência médico-social que tem por base o Hospital e as Instituições para-hospitalares, e que concorre para a criação do completo estado de bem-estar físico, mental e social dos indivíduos.

§ 1.º – Hospital é a Instituição destinada a internar pessoas para diagnóstico ou tratamento médico, incumbindo-lhe ainda atender doentes não necessitados de internação, promover a recuperação social dos pacientes, além da educação sanitária da população, formação e aperfeiçoamento do pessoal hospitalar, inquéritos, e pesquisas.

§ 2.º – As Instituições para-hospitalares são as Instituições que se destinam ao diagnóstico ou tratamento médico, recuperação profissional e médico-social em geral, articuladas ou não ao hospital.

(*) Pelo *Professor Hilton Rocha*, Presidente da Mesa Redonda do II Congresso Nade Hospitais, realizada em julho de 1958, na cidade de Belo Horizonte.

CAPÍTULO II

Da Classificação das Instituições de Assistência Hospitalar

Art. 3.º – A Assistência hospitalar classifica-se em:

A – Geral, realizada por Hospitais destinados ao atendimento de pacientes de várias especialidades médicas.

B – ESPECIALIZADA, é a executada em hospitais em que predomine uma especialidade médica.

Parágrafo único – A Assistência Hospitalar Geral deve ser realizada preponderantemente pelas Instituições Particulares e a relativa a Tuberculose, Lepra, Doenças Nervosas e Mentais, pelos Governos.

Art. 4.º – Os hospitais e as Instituições para-hospitalares devem classificar-se em:

A – Do ponto de vista de manutenção:

I – OFICIAIS, os mantidos pelos poderes públicos:

- a) Governamentais, Federais, Estaduais e Municipais;
- b) PARA-ESTATAIS, os mantidos por entidades de que participem os poderes públicos.

II – PARTICULARES, os mantidos por Instituições particulares ou de propriedade privada:

- a) De finalidade lucrativa;
- b) De finalidade não lucrativa.

B – Segundo as características técnicas de construção, instalação, equipamento, hierarquia, organização, administração e população a que se destinam:

I – HOSPITAIS GERAIS:

- a) Hospital-Unidade Sanitária;
- b) Hospital Local ou de Comunidade;
- c) Hospital Regional ou Distrital;
- d) Hospital de Base;

II – HOSPITAIS ESPECIALIZADOS (os que realizam assistência especializada).

III – INSTITUIÇÕES PARA-HOSPITALARES:

- a) Casa de Convalescentes e de doentes crônicos;
- b) Institutos ou Clínicas de diagnósticos e tratamento;
- c) Ambulatórios, Policlínicas e Clínicas em Geral;
- d) Centros de reabilitação.

CAPÍTULO III

Do Departamento Nacional de Assistência Hospitalar

Art. 5.º – A Divisão de Organização Hospitalar, do Departamento Nacional de Saúde, criada pelo Decreto-Lei n.º 3.171, de 2 de abril de 1941, passa a denominar-se Departamento Nacional de Assistência Hospitalar.

Art. 6.º – Ao Departamento Nacional de Assistência Hospitalar compete:

I – Funcionar como órgão normativo e executivo do Conselho Nacional de Assistência Hospitalar criado no Capítulo IV desta lei;

II – Elaborar os planos de cooperação (Art. 1.º, parágrafo único), previstos no Capítulo V e submetê-los à aprovação do Conselho Nacional de Assistência Hospitalar;

III – Estabelecer, em colaboração com órgãos técnicos que julgar conveniente, as normas gerais de construção, instalação, equipamento, organização e administração de hospitais e Instituições para-hospitalares;

IV – Aprovar os projetos e especificações de obras programadas por Instituições Particulares que obtenham ou pretendam a cooperação da União;

V – Colaborar com os órgãos regionais de assistência Hospitalar na elaboração dos projetos de construção, equipamento, organização e administração de hospitais, quando solicitado;

VI – Solicitar aos demais órgãos da Administração Pública, informações e dados estatísticos necessários, para a elaboração dos planos de cooperação de que trata o Art. 1.º, parágrafo único;

VII – Fiscalizar o funcionamento dos Hospitais e Instituições para-hospitalares;

VIII – Manter atualizado o cadastro hospitalar, inclusive a estatística de movimento assistencial e nosológico dos Hospitais e Instituições para-hospitalares de todo o país;

IX – Emitir parecer sobre consultas que lhe sejam feitas por estabelecimentos oficiais ou particulares com relação à assistência hospitalar ou à aplicação desta lei;

X – Estabelecer normas para seleção e aperfeiçoamento de pessoal hospitalar;

XI – Distribuir aos órgãos de Assistência Hospitalar das Unidades Federadas, as importâncias que lhes forem destinadas pela União, previstas nesta lei, fiscalizando a sua aplicação direta ou indiretamente;

XII – Expedir as instruções reguladoras dos financiamentos que forem concedidos às Instituições Particulares mantenedoras de Hospitais e Instituições Para-Hospitais, depois da homologação pelo Conselho Nacional de Assistência Hospitalar, e aprovação pelo Sr. Ministro da Saúde;

XIII – Executar e fazer executar os planos previstos no Capítulo V desta lei após homologação pelo Conselho Nacional de Assistência Hospitalar;

XIV – Propôr as transferências entre consignações e subconsignações de verbas orçamentárias, dentro das dotações globais respectivas;

XV – Cumprir e fazer cumprir, no seu âmbito de ação, o disposto nesta lei.

CAPÍTULO IV

Do Conselho Nacional de Assistência Hospitalar

Art. 7.º – Fica criado no Ministério da Saúde o Conselho Nacional de Assistência Hospitalar (C.N.A.H.), órgão de parecer e deliberação do Ministro e sob sua Presidência, com a função precípua de estabelecer as bases e coordenar a atividade da União quanto àquela forma de assistência.

Parágrafo único – O C.N.A.H., terá como órgão normativo e executivo o Departamento Nacional de Assistência Hospitalar.

Art. 8.º – O C.N.A.H. será constituído:

1 – Do Diretor do Departamento Nacional de Assistência Hospitalar;

2 – Por um representante:

- a) do D.N.A.H.;
- b) do Ministério da Saúde;
- c) de cada um dos Serviços de Saúde das Forças Armadas;
- d) da Consultoria Médica da Previdência Social;
- e) da Associação Brasileira de Hospitais;
- f) da Academia Nacional de Medicina;
- g) da Associação Médica Brasileira;
- h) da Confederação Nacional das Indústrias;
- i) da Confederação Nacional do Comércio;
- j) da Associação Brasileira de Municípios;
- l) de três profissionais especializados das Associações Hospitalares de diferentes unidades da federação.

Parágrafo único – É da competência do Ministro da Saúde a escolha e nomeação dos profissionais, dentre os indicados pelas diferentes Associações Hospitalares referidas na alínea “1” deste artigo.

Art. 9.º – Os membros do C.N.A.H. terão mandato de três (3) anos, podendo ser reconduzidos.

Art. 10 – O C.N.A.H. deliberará válidamente por maioria relativa, presente a metade e mais um dos seus membros incluindo o presidente.

Art. 11 – Nos seus impedimentos será o Ministro da Saúde substituído na Presidência pelo Diretor do Departamento Nacional de Assistência Hospitalar.

Parágrafo único – Ao Presidente do C.N.A.H. caberá, ainda, o voto de desempate.

Art. 12 – O C.N.A.H. reunir-se-á pelos menos, quatro vezes por ano, nas primeiras quinzenas de março, junho, setembro e segunda quinzena de novembro.

Parágrafo único – O Presidente do C.N.A.H., em casos de urgência, convoca-lo-á extraordinariamente.

Art. 13 – Os membros do C.N.A.H. tomarão posse perante o Ministro da Saúde, e perderão o mandato se faltarem a duas reuniões ordinárias consecutivas, sem causa justificada.

Art. 14 – As Instituições e órgãos do Governo Federal representados no C.N.A.H., concederão a seus representantes tôdas as facilidades necessárias ao completo desempenho das suas respectivas funções, sem prejuízo de quaisquer direito e vantagem.

Art. 15 – O Ministro da Saúde porá à disposição do C.N.A.H. funcionários que constituam a sua secretaria, e que nela servirão sem prejuízo das vantagens dos respectivos cargos.

Art. 16 – Além de outras atribuições que lhe sejam expressamente conferidas, cabe ao C.N.A.H.:

- I – aprovar os planos de que cogita o Capítulo V desta lei;
- II – aprovar as normas técnicas elaboradas pelo Departamento Nacional de Assistência Hospitalar;
- III – aprovar os contratos de prestação de serviços propostos pelo Departamento Nacional de Assistência Hospitalar;
- IV – entender-se com os órgãos a que se refere o Art. 18 com repartições públicas e autárquicas, sobre o que julgar necessário à execução desta lei, coordenando as respectivas atividades;

V – propôr aos órgãos governamentais encarregados da assistência hospitalar o que lhe parecer conveniente para a maior eficiência do serviço e opinar sobre propostas ou consultas que lhe sejam feitas no mesmo sentido;

VI – promover ou auxiliar tudo o que lhe parecer necessário à execução desta lei e á melhoria da assistência hospitalar;

VII – autorizar as transferências entre consignações e subconsignações de verbas orçamentárias, dentro das dotações globais respectivas, por proposta do Departamento Nacional de Assistência Hospitalar;

VIII – elaborar o seu regimento interno.

CAPÍTULO V

Dos Planos de Cooperação da União com as Unidades Federadas e Instituições Particulares

Art. 17.º – A cooperação mencionada no Art. 1.º, § único, desta lei, será considerada na forma dos seguintes planos:

A – O das realizações, diretamente a cargo dos órgãos de Govêrno e de suas autarquias ou sociedades de economia mista, compreendendo:

- 1 – formação e aperfeiçoamento do pessoal hospitalar;
- 2 – aquisição, fornecimento e recuperação do material e equipamento;
- 3 – obras e serviços em geral.

B – O de distribuição de recursos federais, em caráter supletivo, sob a forma de auxílio direto ou financiamento às instituições particulares, por intermédio dos órgãos previstos no Art. 18.º para:

- 1 – formação e aperfeiçoamento do pessoal hospitalar;
- 2 – manutenção dos serviços assistenciais, na base do custo do doente-dia;
- 3 – aquisição de material hospitalar;
- 4 – obras e serviços em geral.

§ 1.º – Na distribuição dos recursos às instituições particulares de assistência hospitalar, será seguida como ordem de preferência, a seriação estabelecida nos itens da letra “B”, dêste artigo;

§ 2.º – para efeito do disposto no parágrafo anterior, serão fixadas anualmente pelo Conselho Nacional de Assistência Hospitalar, as respectivas percentagens, correspondentes a cada item supra mencionado.

Art. 18.º – Os Governos estaduais deverão possuir órgãos capazes de, pela sua estrutura, desempenhar no âmbito estadual, as funções que competem ao Conselho Nacional de Assistência Hospitalar e ao Departamento Nacional de Assistência Hospitalar.

§ 1.º – A categoria, as características e a denominação dos órgãos a que se refere êste artigo ficarão condicionadas à estrutura administrativa e jurídica e à situação financeira de cada Unidade da Federação;

§ 2.º – A administração estadual, que não dispuser de recursos técnicos ou financeiros para cumprimento do disposto neste Art. poderá solicitar ao Conselho Nacional de Assistência Hospitalar providências que supram essas deficiências, a fim de que a região possa ser incluída no plano de auxílios.

Art. 19.º – O Conselho Nacional de Assistência Hospitalar fixará as épocas em que os órgãos estaduais deverão remeter os seus planos e pedidos de auxílios, não sendo tomados em consideração os que forem recebidos depois dêsses prazos.

Art. 20.º – Os recursos pela União destinados à Assistência Hospitalar, inclusive o Fundo de Assistência Hospitalar criado pelo Decreto-Lei n.º 9.846 de 12-9-46 e juros de financiamento, por ela mantido, serão englobados em uma só dotação orçamentária, consignada ao Departamento Nacional de Assistência Hospitalar, para a distribuição e aplicação prescritas nesta lei.

§ 1.º – Os duodécimos da dotação prevista neste artigo, serão depositados no Banco do Brasil em nome do Departamento Nacional de Assistência Hospitalar, para serem movimentados pelo seu Diretor, conjuntamente com um representante do Conselho Nacional, eleito por seus pares, para êsse fim;

§ 2.º – o auxílio financeiro da União à assistência hospitalar só terá concedido quando as Unidades Federadas satisfizerem as condições previstas nesta lei;

§ 3.º – a cooperação acima prevista terá carácter supletivo e far-se-á sob a forma de auxílio direto ou de financiamento, cujas condições serão fixadas em cada caso, observadas as preferências estabelecidas pelo Art. 17.º e as instruções baixadas pelo Departamento Nacional de Assistência Hospitalar.

Art. 21.º – O “auxílio” direto poderá ser de ordem financeira, ou técnico profissional ou ainda para ensino e aperfeiçoamento de pessoal hospitalar, ficando a sua concessão na dependência de regulamentação.

Art. 22.º – O “financiamento” deverá ser concedido na forma de empréstimo hipotecário às instituições classificadas no inciso II da letra A do Art. 4.º.

Art. 23.º – O pagamento de parcelas de auxílio-direto ou de financiamento poderá ser suspenso, a juízo dos órgãos estaduais, ou do C.N.A.H. se interessada a União, nos seguintes casos:

- a) irregularidade praticada pelo beneficiário em prejuízo do conjunto dos planos em vigor;
- b) desobediência às normas técnicas, instruções, posturas ou regulamentos pertinentes à matéria.

Art. 24.º – Os órgãos estaduais deverão submeter à aprovação do Conselho Nacional de Assistência Hospitalar, para fazerem jus ao auxílio do Governo Federal, planos estudados para um mínimo de 5 anos, nos quais constem, detalhadamente:

- a) um capítulo referente à melhoria do padrão assistencial da rede hospitalar existente;
- b) um capítulo referente à manutenção das instituições existentes que prestam assistência a pacientes não contribuintes;
- c) um capítulo que trate da construção de novas instituições e aplicação das existentes.

CAPÍTULO VI

Disposições Gerais e Transitórias

Art. 25.º – As instituições particulares que se considerarem prejudiciais pela falta de providências dos órgãos estaduais no tocante ao que estipula o Art. 19.º poderão recorrer ao Conselho Nacional de Assistência Hospitalar através do órgão previsto no Art. 5.º.

Art. 26.º – O Departamento Nacional de Assistência Hospitalar poderá delegar poderes aos órgãos estaduais, dentro das suas jurisdições, para o exercício das funções que lhe são atribuídas no Art. 6.º.

Art. 27.º – Para a importação de material destinado à assistência hospitalar, não produzido no país, ou cuja produção seja insuficiente, gozarão os hospitais e instituições para-hospitalares das mesmas regalias atribuídas ao Governo Federal.

Art. 28.º – No prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da publicação desta lei deverá ser instalado o Conselho Nacional de Assistência Hospitalar.

Art. 29.º – Até 24 meses após a publicação referida, os Governos dos Estados tomarão as providências necessárias para se ajustarem às exigências desta lei, se pretenderem continuar a receber os benefícios nela estipulados.

Art. 30.º – Os órgãos estaduais deverão restituir devidamente preenchidos, os questionários que lhes forem enviados pelo Departamento Nacional de Assistência Hospitalar, que compreenderão os seguintes aspectos dos hospitais:

- a) organização do pessoal;
- b) instalação e equipamentos em geral;
- c) condições de construções;
- d) dados estatísticos;
- e) rendimento de trabalho.

Art. 31.º – No prazo de 12 meses após a promulgação desta lei, o Departamento Nacional de Assistência Hospitalar realizará, com a colaboração dos órgãos estaduais, o recenseamento hospitalar do Brasil.

Art. 32.º – Esta lei entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

2.º ANTE-PROJETO DA LEI ORGÂNICA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Substitutivo apresentado em relatório pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria Ministerial n.º 1/6/144, de 14 de agosto de 1961 ("Diário Oficial" de 18-8-1961), para:

"estudar a situação econômico-financeira das SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA, sugerindo processo de amparo efetivo a essas instituições, inclusive através da criação de taxa ou participação em tributo, se conveniente".

Estabelece Bases para a Organização da Assistência Hospitalar no Território Nacional

CAPÍTULO I

Da Finalidade e Definições

Art. 1.º – Esta lei institui normas gerais para a assistência hospitalar no território nacional (art. 5.º, inciso VI, letra “b” da Constituição Federal).

Parágrafo único – A aplicação destas normas envolve, em cooperação material, profissional, técnica e financeira, órgãos do governo e instituições particulares, para a construção, instalação, equipamento, organização e administração de hospitais.

Art. 2.º – Assistência Hospitalar é toda assistência médico-social, que tem por base o “Hospital” e os “Serviços Complementares”, e que concorre para a criação do completo estado de bem estar físico, mental e social dos indivíduos.

§ 1.º – Hospital é a instituição destinada a internar pessoas para diagnóstico ou tratamento médico, incumbindo-lhe ainda atender doentes não necessitados de internação, promover a recuperação social dos pacientes, além da educação sanitária da população, formação e aperfeiçoamento do pessoal hospitalar, inquéritos e pesquisas.

§ 2.º – São Serviços Complementares, as instituições que se destinam ao diagnóstico ou tratamento médico, recuperação profissional em geral, articuladas ou não ao hospital.

CAPÍTULO II

Da Classificação das Instituições da Assistência Hospitalar

Art. 3.º – A Assistência Hospitalar classifica-se em:

A – GERAL – realizada preponderantemente pelas Instituições Particulares, no atendimento a pacientes de várias especialidades médicas.

B – ESPECIALIZADA – é a executada em hospitais em que predomine uma especialidade médica, sendo que a relativa à tuberculose, lepra, doenças nervosas e mentais, deve caber preponderantemente aos governos.

Art. 4.º – Os hospitais e serviços complementares devem classificar-se;

A – do ponto de vista da manutenção:

I – Oficiaria, os mantidos pelos Poderes Públicos;

II – Para-estatais, os mantidos por entidades de que participem os Poderes Públicos;

III – Particulares, os mantidos por Instituições Particulares, de propriedade privada:

a) – de finalidade lucrativa;

b) – de finalidade não lucrativa ou filantrópica.

B – Segundo as características técnicas de construção, instalação, equipamento, hierarquia, organização, administração e população a que se destinam:

I – *HOSPITAIS GERAIS*:

a) – Hospital-Unidade Sanitária.

b) – Hospital Local ou Comunidade.

c) – Hospital Regional ou Distrital

d) – Hospital de Base.

e) – Hospital de Ensino Médio.

II – *HOSPITAIS ESPECIALIZADOS* – (os que realizam assistência especializada).

III – *SERVIÇOS COMPLEMENTARES* – (Gerais e Especializados):

a) – Casa de Convalescentes e de doentes crônicos;

b) – Instituições ou clínicas de diagnóstico;

c) – Ambulatórios, policlínicas e clínicas em geral;

d) – Centros de reabilitação.

CAPÍTULO III

Do Serviço Nacional de Assistência Hospitalar

Art. 5.º – A Divisão de Organização Hospitalar, do Departamento Nacional de Saúde, criada pelo Decreto-lei n.º 3.171, de 2 de abril de 1941, passa a denominar-se Serviço Nacional de Assistência Hospitalar.

Art. 6.º – Ao Serviço Nacional de Assistência Hospitalar, compete:

I – Funcionar como órgão técnico do Conselho Nacional de Assistência Hospitalar, criado no Capítulo IV, desta Lei;

II – Elaborar os planos de cooperação (Art. 1.º – parágrafo único), previstos no Capítulo V e submetê-los à aprovação do Conselho Nacional de Assistência Hospitalar;

III – Estabelecer, em colaboração com a Divisão de Obras do Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Tecnologia, as normas gerais de construção, instalação, equipamento, organização e administração de hospitais e serviços complementares;

IV – Aprovar os projetos e especificações de obras programadas por instituições particulares, que obtenham ou pretendam a cooperação da União;

V – Colaborar com os órgãos regionais de assistência hospitalar na elaboração dos projetos, em construção, equipamento, organização e administração de hospitais, quando solicitado;

VI – Solicitar aos demais órgãos da administração pública, informações e dados estatísticos necessários para a elaboração dos planos de cooperação de que trata 1.º, parágrafo único;

VII – Fiscalizar o funcionamento dos hospitais e serviços complementares;

VIII – Manter atualizado o censo hospitalar, inclusive a estatística de movimento assistencial e nosológico dos hospitais e serviços complementares de todo o país;

IX – Emitir parecer sobre consultas que lhe sejam feitas, por estabelecimentos oficiais ou particulares, com relação à assistência hospitalar ou à aplicação desta Lei;

X – Estabelecer normas para a seleção e aperfeiçoamento de pessoal hospitalar;

XI – Distribuir aos órgãos de Assistência Hospitalar das Unidades Federadas, as importâncias que lhe forem destinadas pela União, previstas nesta lei, fiscalizando a sua aplicação direta ou indiretamente;

XII – Expedir as instruções reguladoras dos financiamentos que forem concedidos às instituições particulares, mantenedoras de hospitais e serviços complementares, depois da homologação pelo Conselho Nacional de Assistência Hospitalar.

XIII – Executar e fazer executar os planos previstos no Capítulo V, desta lei, após homologação pelo Conselho Nacional de Assistência Hospitalar;

XIV – Cumprir e fazer cumprir no seu âmbito de ação o disposto nesta lei.

CAPÍTULO IV

Do Conselho Nacional de Assistência Hospitalar

Art. 7.º – Fica criado no Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Assistência Hospitalar (C.N.A.H.), órgão de parecer e deliberação do Ministro e sob sua presidência, com a função precípua de estabelecer as bases e coordenar a atividade da União, quanto aquela forma de assistência.

Parágrafo único – O C.N.A.H., terá como órgão técnico o Serviço Nacional de Assistência Hospitalar.

Art. 8.º – O C.N.A.H., será constituído:

- a) – do Diretor do Serviço Nacional de Assistência Hospitalar.
- b) – de um representante do Departamento Nacional de Previdência Social;
- c) – de uma representante da Associação Brasileira de Hospitais;
- d) – de um representante das Santas Casas de Misericórdia;
- e) – de um representante da Associação Médica Brasileira, e
- f) – de uma representante das Forças Armadas.

Art. 9.º – Os membros do C.N.A.H., terão mandatos de 3 (três) anos, podendo ser reconduzidos.

Art. 10 – O C.N.A.H., deliberará válidamente por maioria relativa, presentes a metade e mais um dos seus membros, incluindo o presidente.

Art. 11 – Nos seus impedimentos será o Ministro da Saúde substituído na presidência pelo Diretor do Serviço Nacional de Assistência Hospitalar.

Parágrafo único – Ao presidente do C.N.A.H., caberá, ainda, o voto de desempate.

Art. 12 – O C.N.A.H., reunir-se-á, pelo menos, seis vèzes por ano nas primeiras quinzenas de janeiro, março, maio, julho, setembro e novembro.

Parágrafo único – O presidente do C.N.A.H., em casos de urgência, convoca-o extraordinariamente.

Art. 13 – Os membros do C.N.A.H., tomarão posse perante o Ministro da Saúde, e perderão o mandato se faltarem a duas reuniões ordinárias consecutivas, sem justificativa.

Art. 14 – Aos membros do Conselho, que não residirem no local onde se realizarem as sessões, serão concedidas passagens, ajuda de custo e diárias para as despesas de viagem e estadia.

Parágrafo único – Para os membros do Conselho, que sejam servidores públicos civis ou militares, as reuniões do C.N.A.H. terão preferência sôbre suas funções ordinárias, sem prejuízo dos vencimentos e demais vantagens do cargo ou posto efetivo e seus trabalhos serão considerados relevantes.

Art. 15 – O Ministro da Saúde porá à disposição do C.N.A.H., funcionários que constituam a sua secretaria e que nela servirão, sem prejuízo das vantagens dos respectivos cargos.

Art. 16 – Além das atribuições que lhe são expressamente conferidas, cabe ao C.N.A.H.:

I – aprovar os planos de que cogita o Capítulo V, desta Lei;

II – aprovar normas técnicas elaboradas pelo Serviço Nacional de Assistência Hospitalar;

III – aprovar os contratos de prestação de serviços propostos pelo Serviço Nacional de Assistência Hospitalar;

IV – entender-se com os órgãos a que se refere o art. 18, com repartições públicas e autárquicas sôbre o que julgar necessário à execução desta lei, coordenadas as respectivas atividades;

V – propor aos órgãos governamentais encarregados da assistência hospitalar, o que lhe parecer conveniente para a maior eficiência do serviço e opinar sôbre propostas ou consultas, que lhe sejam feitas no mesmo sentido;

VI – promover ou auxiliar tudo que lhe parecer necessário à execução desta lei e à melhoria da assistência hospitalar;

VII – autorizar as transferências entre consignações e subconsignações de verbas orçamentárias, dentro das dotações globais respectivas, por proposta do Serviço Nacional de Assistência Hospitalar;

VIII – elaborar o seu regimento interno:

CAPÍTULO V

*Dos Planos de Cooperação da União com as Unidades
Federadas e Instituições Particulares*

Art. 17.º – A cooperação mencionada no Art. 1.º – parágrafo único, desta lei, será considerada na forma dos seguintes planos:

A – O das realizações diretamente a cargo dos órgãos do Governo e de suas autarquias ou sociedades de economia mista compreendendo:

- I – formação e aperfeiçoamento do pessoal hospitalar;
- II – aquisição, fornecimento e recuperação do material e equipamento;
- III – obras e serviços em geral.

B – O de distribuição de recursos federais, em caráter supletivo, sob a forma e auxílio direto ou financiamento às instituições particulares, por intermédio dos órgãos previstos no art. 18, para:

- I – manutenção dos serviços assistenciais, na base do custo do doente-dia;
- II – formação e aperfeiçoamento do pessoal hospitalar;
- III – aquisição de material hospitalar;
- IV – obras e serviços em geral.

§ 1.º) – Na distribuição dos recursos às instituições particulares de assistência hospitalar, será seguida como ordem de preferência, a seriação estabelecida nos itens da letra “B”, dêste artigo.

§ 2.º) – Para efeito do disposto no parágrafo anterior, serão fixadas anualmente, pelo Conselho Nacional de Assistência Hospitalar, as Respectivas percentagens, correspondentes a cada item supra mencionado.

Art. 18 – Os Governos estaduais deverão possuir órgãos capazes de, pela sua estrutura, desempenhar no âmbito estadual, as funções que competem ao Conselho Nacional de Assistência Hospitalar.

§ 1.º) – A categoria, as características e a denominação dos órgãos a que se refere êste artigo, ficarão condicionadas à estrutura administrativa e jurídica e à situação financeira de cada Unidade da Federação.

§ 2.º) – A administração estadual que não dispuser de recursos técnicos ou financeiros para cumprimento do disposto neste artigo, poderá solicitar ao Conselho Nacional de Assistência Hospitalar, providências que supram essas deficiências, a fim de que a região possa ser incluída no plano de auxílio.

Art. 19 – O Conselho Nacional de Assistência Hospitalar fixará as épocas em que os órgãos estaduais deverão remeter os seus planos e pedidos de auxílio, não sendo tomados em consideração os que forem recebidos depois desses prazos.

Art. 20 – Os recursos pela União destinados à Assistência Hospitalar, criados pelo Decreto-lei n.º 9.846, de 12-9-46 e os juros de financiamento, desde que não constituam renda por qualquer título vinculado ao hospital ou serviço complementar por ela mantido, serão englobados em uma só dotação orçamentária, consignada ao Serviço Nacional de Assistência Hospitalar, para a distribuição e aplicação prescrita nesta lei.

§ 1.º) – Os duodécimos da dotação prevista neste artigo, serão depositados no Banco do Brasil, em nome do Serviço Nacional de Assistência Hospitalar, para serem movimentados pelo seu Diretor, conjuntamente com um representante do Conselho Nacional, credenciado para esse fim.

§ 2.º) – O auxílio financeiro da União à assistência hospitalar só será concedido quando as Unidades Federadas satisfizerem as condições previstas nesta lei.

§ 3.º) – A cooperação acima prevista terá caráter supletivo e far-se-á sob as formas de auxílio direto ou de financiamento, cujas condições serão fixadas em cada caso, observadas as preferências estabelecidas pelo art. 17 e as instruções baixadas pelo Serviço Nacional de Assistência Hospitalar.

Art. 21 – O “auxílio direto” poderá ser de ordem financeira ou técnico profissional ou ainda para ensino e aperfeiçoamento de pessoal hospitalar, ficando a sua concessão na dependência de regulamentação.

Art. 22 – O “financiamento” deverá ser concedido na forma de empréstimo hipotecário às instituições classificadas no inciso II da letra A do artigo 4.º.

Art. 23 – O pagamento de parcelas do auxílio-direto ou de financiamento, poderá ser suspenso, a juízo dos órgãos estaduais, ou do C.N.A.H., se interessada a União, nos seguintes casos:

a) – irregularidades praticadas pelo beneficiário em prejuízo do conjunto dos planos em vigor;

b) – desobediência às normas técnicas, instruções, posturas ou regulamentos pertencentes à matéria.

Os órgãos estaduais deverão submeter à aprovação do Conselho Nacional de Assistência Hospitalar, para fazerem jus ao auxílio do Governo Federal, planos estudados para um mínimo de 5 anos, nos quais constem, detalhadamente:

- a) – Um capítulo referente à melhoria do padrão assistencial da rede hospital existente;
- b) – um capítulo referente à manutenção das instituições existentes que prestam assistência a pacientes não contribuintes;
- c) – um capítulo que trate da construção de novas instituições e ampliação das existentes.

CAPÍTULO VI

Do Fundo Nacional de Assistência Hospitalar

Art. 25 – Fica instituído o FUNDO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR, destinado a auxiliar o custeio, a manutenção e as ampliações da rede hospitalar e para-hospitalar, do país.

Art. 26 – O Fundo Nacional de Assistência Hospitalar, será constituído:

- a) – da taxa prevista na lei n.º 7.404, de 22-3-945, elevada por esta lei, para 10%.
- b) – da totalidade do imposto sobre os lucros dos prêmios em dinheiro, obtidos em loterias, concursos desportivos e sorteios de qualquer espécie;
- c) – de 50% do produto do imposto do selo sobre os prêmios e seguros;
- d) – do Lucro da Loteria Federal;
- e) – de 50% do imposto de consumo arrecadado da rubrica de produtos farmacêuticos.

Parágrafo único – Os recursos, a que se refere este artigo, serão recolhidos ao Banco do Brasil, em conta especial, à disposição do C.N.A.H., e serão movimentados pelo Serviço Nacional de Assistência Hospitalar, de acordo com o artigo 6.º – XV da presente lei.

Art. 27 – Na última reunião do exercício, o C.N.A.H., fixará o montante do auxílio a ser distribuído no exercício seguinte, tendo em vista a estimativa dos recursos à disposição do Fundo.

Art. 28 – Os auxílios serão classificados em 3 (três) grupos:

- a) manutenção na base do doente-dia;
- b) melhoria do equipamento;
- c) obras novas e ampliações.

Parágrafo único – Os auxílios para melhoria de equipamento, obras novas e ampliações, não poderão exceder de (30%), trinta por cento da dotação anual a ser distribuída pelo Fundo.

Art. 29 – A concessão de auxílios será sempre precedida de convênio onde conste:

I – A obrigação da entidade filantrópica de manter os serviços assistenciais previstos em seus estatutos;

II – O respeito integral da personalidade jurídica da instituição, de sua orientação religiosa ou filosófica.

Art. 30 – O auxílio terá caráter supletivo e não será superior a (50%) cinquenta por cento do custo do doente-dia.

Parágrafo único – A critério do Conselho, o custo do doente-dia, para os efeitos do presente artigo, poderá ser apurado através dos elementos da contabilidade das instituições ou mediante estimativas, onde se levará em conta o padrão hospitalar, os níveis salariais e o custo médio das utilidades, respeitadas as peculiaridades regionais.

Art. 31 – O C. N. A. H., classificará os hospitais filantrópicos, em várias classes, tendo em vista suas instalações, regulamentos, habilitação de pessoal, número de médicos remunerados, taxas de permanência de doentes, coeficientes de mortalidade hospitalar e outros elementos que possam servir de base para melhor julgamento do respectivo padrão hospitalar.

Parágrafo único – A classificação dos hospitais será, obrigatoriamente, revista de três em três anos.

Art. 32 – O pagamento dos auxílios por doente-dia será feito, parcelada e, de preferência, bi-mensalmente.

Art. 33 – São entidades filantrópicas para os efeitos desta lei as instituições que:

a) destinarem a totalidade das rendas apuradas no atendimento gratuito de suas finalidades;

b) que os diretores, sócios, irmãos ou patronos não percebam remuneração e não usufruam vantagens ou benefícios sobre qualquer título;

c) que estejam registradas no Conselho Nacional de Assistência Hospitalar.

CAPÍTULO VII

Das Santas Casas de Misericórdia

Art. 34 – As Santas Casas de Misericórdia, devidamente registradas no Serviço Nacional de Assistência Hospitalar, gozam da imunidade fiscal, “ex-vi” do disposto no artigo 31 – capítulo V – letra b, da Constituição Federal.

§ 1.º – O Serviço Nacional de Assistência Hospitalar fornecerá, válidos por 3 (três) anos, os certificados de imunidade fiscal, a que se refere êste artigo.

§ 2.º – A imunidade fiscal é extensiva às atividades comerciais, industriais ou agrícolas da instituição, desde que todo o seu rendimento seja destinado ao atendimento das finalidades filantrópicas da instituição.

Art. 35 – Aos doentes e internados nos hospitais e instituições filantrópicas, mantidas pelas Misericórdias, sujeitos à terapia ocupacional, não se aplicarão as Leis Trabalhistas.

Art. 36 – Nas localidades onde os Institutos de Previdência não possuem serviços de assistência médica, hospitalar, para-hospitalar, odontológica ou farmacêutica próprios, a prestação local dessa assistência será preferencialmente adjudicada aos Hospitais e organizações mantidas pelas Santas Casas de Misericórdia.

Art. 37 – Para fiscalizar a execução das medidas preconizadas no artigo anterior, assim como para fixar as tabelas de preços unitários dos serviços, a serem adjudicados, será constituída, no Ministério da Saúde, uma Comissão Permanente, composta de:

- a) – um representante do Serviço Nacional de Assistência Hospitalar;
- b) – um representante do Departamento Nacional da Previdência Social, do Ministério do Trabalho;
- c) – um representante das Santas Casas de Misericórdia.

§ 1.º – A presidência da comissão caberá ao representante do Serviço Nacional de Assistência Hospitalar, do Ministério da Saúde.

§ 2.º – O representante das Santas Casas de Misericórdia, será escolhido pelo Ministro da Saúde, de uma lista tríplice, fornecida por um mínimo de dez (10) Santas Casas de Misericórdia ou suas Federações.

§ 3.º – As tabelas do preços unitários, serão revistas de dois em dois anos, salvo se durante a sua vigência forem alterados os níveis de salário-mínimo.

Art. 38 – Não sendo aceitos pela Santa Casa do local, os preços unitários aprovados pela Comissão, a que se refere o artigo anterior, os Institutos realizarão, obrigatoriamente, concorrências públicas, mediante convocação, em editais publicados pela imprensa local, com 15 dias de antecedência, para prestação dos serviços médico-hospitalares, pelo prazo máximo de dois anos.

Parágrafo único – As propostas serão abertas na presença dos interessados, na Agência local do Instituto correspondente, em hora prevista no edital de convocação.

Art. 39 – Os débitos das Santas Casas de Misericórdia, provenientes da contribuição em atraso aos Institutos de Previdência, regularmente verificados ou ajuizados, poderão ser objeto do acôrdo para pagamento parcelado até o prazo máximo de cento e vinte meses, sem juros, multas ou mórás.

Art. 40 – É competente para autorizar o parcelamento do débito, Diretor Geral do Departamento Nacional de Previdência Social, do Ministério do Trabalho.

Art. 41 – As Santas Casas de Misericórdia, juntando a prova que tiverem, deverão requerer o parcelamento à autoridade a que se refere o artigo anterior, entregando os respectivos requerimentos na Delegacia Regional do Trabalho, mais próximo, mediante recibo.

Parágrafo único – Enquanto não for o assunto decidido, fica suspensa qualquer cobrança administrativa ou judicial.

Art. 42 – Se o pedido não fôr atendido no prazo de 60 dias, é lícito à administração da Santa Casa requerer ao Juiz competente da comarca da sede da instituição, o parcelamento da dívida declarada pela instituição.

§ 1.º Recebendo o requerimento, o Juiz determinará a citação do Instituto na pessoa do respectivo agente e, se houver protesto, por depoimento de testemunhas, marcará dia e hora para a realização da audiência.

§ 2.º – Terminada a fase da prova, as partes terão, em comum, o prazo de 48 horas para as alegações, findo o qual, os autos serão enviados ao Juiz, que decidirá em cinco dias.

Art. 43 – Do despacho do Juiz caberá agravo de instrumento para o Tribunal Superior, na forma do processo comum.

Art. 44 – O despacho que conceder o parcelamento fará coisa julgada; o que negar, não impedirá a discussão do assunto no Executivo ou outra ação.

Art. 45 – A Caixa Econômica destinará no mínimo 10% das suas aplicações, na Carteira competente, para o financiamento das obras e aquisições, que venham aumentar a rentabilidade do Patrimônio das Misericórdias.

Art. 46 – Compete ao Serviço Nacional de Assistência Hospitalar:

a) – O registo a que se refere a Lei 1.493, de 13-12-1951, das instituições filantrópicas, que mantenham organizações médico-hospitalares ou para-hospitalares;

b) – Certificar a condição de entidade filantrópica, para servir de prova no Instituto de Previdência a que estiver sujeita a instituição beneficiária, da isenção prevista na Lei n.º 3.577, de 4-7-1959;

c) – O julgamento dos títulos necessários à declaração de utilidade pública das Santas Casas de Misericórdia.

Art. 47 – Fica concedido o prazo de dois (2) anos, para que as Santas Casas obtenham os Decretos de Utilidade Pública, a que se refere o artigo anterior.

Parágrafo único – Enquanto não forem lavrados os decretos, serão válidas, para todos os efeitos, as declarações de Utilidade Pública, já expedidas ou que venham a ser expedidas pelos Governos e Câmaras Estaduais e Municipais.

Art. 48 – O Serviço Nacional de Assistência Hospitalar, expedirá um certificado provisório de “Entidade de Fins Filantrópicos”, válido por dois (2) anos, às Santas Casas, que se encontrarem registradas na Divisão de Organização Hospitalar do Ministério da Saúde, ou que venham a se registrar.

Art. 49 – Para todos os efeitos de direito, são impenhoráveis os bens e rendas das Santas Casas de Misericórdia.

Art. 50 – Às instituições filantrópicas que mantenham organizações hospitalares ou para-hospitalares, desde que preencham as exigências estabelecidas pelo Conselho Nacional de Assistência Hospitalar, aplicam-se, para todos os efeitos, as disposições da presente lei.

CAPÍTULO VIII

Disposições Gerais e Transitórias

Art. 51 – As instituições particulares, que se considerarem prejudicadas pela falta de providências dos órgãos estaduais no tocante ao que estipula o artigo 19, poderão recorrer ao Conselho Nacional de Assistência Hospitalar, através do órgão previsto no artigo 5.º.

Art. 52 – O Serviço Nacional de Assistência Hospitalar poderá delegar poderes aos órgãos estaduais, dentro das suas jurisdições, para o exercício das funções que lhe são atribuídas no art. 6.º.

Art. 53 – Para a importação de material destinado à assistência hospitalar, não produzido no país, ou cuja produção seja insuficiente, gozarão os hospitais e serviços complementares das mesmas regalias atribuídas ao Governo Federal.

Art. 54 – No prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da publicação desta lei, deverá ser instalado o Conselho Nacional de Assistência Hospitalar.

Art. 55 – Até 24 meses, após a publicação referida, os Governos dos Estados tomarão as providências necessárias para se ajustarem as exigências desta lei, se pretenderem continuar a receber os benefícios nela estipulados.

Art. 56 – Os órgãos estaduais deverão restituir devidamente preenchidos, os questionários que lhes forem enviados pelo Serviço Nacional de Assistência Hospitalar, que compreenderão os seguintes aspectos dos hospitais:

- a) – organização do pessoal;
- b) – instalações e equipamentos em geral;
- c) – condições de construções;
- d) – dados estatísticos;
- e) – rendimento de trabalho.

Art. 57 – No prazo de 12 meses, após a promulgação desta lei, o Serviço Nacional de Assistência Hospitalar, realizará, com a colaboração dos órgãos estaduais, o recenseamento hospitalar do Brasil.

Art. 58 – Esta lei entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

3.º ANTE-PROJETO DA LEI ORGÂNICA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR (*)

Estabelece bases para a organização da assistência hospitalar e para-hospitalar no Território Nacional, cria o Conselho Nacional de Assistência Hospitalar e dá outras providências.

CAPÍTULO I

Da Finalidade e Definições

Art. 1.º – Esta Lei institui normas gerais para a assistência hospitalar no Território Nacional, em conformidade com o que estabelece o art. 5.º, inciso XV, letra B, da Constituição Federal.

Parágrafo único – A aplicação destas normas envolve, em cooperação material, profissional, técnica e financeira, órgãos do Governo e instituições particulares, para a construção, instalação, equipamento, organização e administração de hospitais.

Art. 2.º – Assistência hospitalar é aquela que têm por base o hospital e a instituição para-hospitalar e que concorre para a criação do completo estado de bem estar físico, mental e social do indivíduo.

§ 1.º – Hospital — é a instituição convenientemente aparelhada em pessoal e material, destinada a atender pessoas, em regime de internação, para diagnóstico, tratamento e reabilitação, incumbindo-lhe, ainda, proporcionar meios para a promoção da educação sanitária, da prevenção, do ensino e da pesquisa.

§ 2.º – Para-hospitalar — é a instituição com as mesmas finalidades do hospital e que atende a pessoas em regime de não internação.

(*) Estudo realizado por iniciativa do Ministro da Saúde, Dr. Raymundo de Britto, no período de 20 a 20-6-1964, pela Comissão Especial integrada pelo Marechal Emanuel Marques Pôrto, Prof. Odair Pacheco Pedroso, Drs. Alcides Baumgratz, Oberdan Revel Perrone, Nelson Moraes, Gastão Hugo Teixeira Lobão, Virgílio Augusto Bezerra, Dirceu Eulálio (Diretor da D.O.H.) e Mathias Joaquim da Gama e Silva, sub-chefe do Gabinete do Ministro da Saúde.

CAPÍTULO II

Da Classificação das Instituições de Assistência Hospitalar

Art. 3.º – A assistência hospitalar classifica-se em:

A – GERAL – é aquela prestada por hospitais gerais ou especializados, com exceção dos que se destinam à tuberculose, moléstias mentais e lepra.

B – ESPECIALIZADA – é aquela prestada por hospitais de tuberculose, moléstias mentais e lepra.

Parágrafo único – A Assistência Hospitalar Geral deve ser prestada preponderantemente pelas instituições particulares; e a especializada, preponderantemente pelas entidades governamentais.

Art. 4.º – Os hospitais e as instituições para-hospitalares classificam-se em:

A – do ponto de vista da manutenção:

I – OFICIAIS – aquêles cujo provimento cabe direta ou indiretamente a administração pública:

a) da administração central – os estabelecimentos mantidos por órgãos da administração central, federal, estadual ou municipal.

b) da administração descentralizada ou para-estatais os estabelecimentos mantidos por entidades da administração descentralizada, federal, estadual ou municipal, inclusive pelas fundações instituídas pelo Govêrno e pelas sociedades de economia mista, controladas pelo Govêrno.

II – PARTICULARES – aquêles mantidos por instituições particulares ou de direito privado:

- a) de finalidade lucrativa;
- b) de finalidade não lucrativa;
- c) de finalidade filantrópica.

B – Segundo as características técnicas de construção, instalação, equipamento, hierarquia, organização, administração e população a que se destinam:

I – HOSPITAIS:

a) *Hospital Geral* — é aquêle destinado à internação de pacientes portadores de doenças das várias especialidades médicas, podendo ter sua

ação limitada a determinado grupo etário, grupo de comunidade ou preponderantemente ao ensino médico:

- 1 – Hospital-Unidade Sanitária;
- 2 – Hospital Local ou de Comunidade;
- 3 – Hospital Regional ou Distrital;
- 4 – Hospital de Base;
- 5 – Hospital de Ensino Médico.

b) *Hospital Especializado* – é aquele destinado à internação de pacientes portadores de doença preponderantemente de determinada especialidade médica.

II – INSTITUIÇÕES PARA-HOSPITALARES.

CAPÍTULO III

Do Departamento Nacional de Assistência Hospitalar

Art. 5.º – A Divisão de Organização Hospitalar, do Departamento Nacional de Saúde, criada pelo Decreto-Lei n.º 3.711, de 2 de abril de 1941, passa a denominar-se Departamento Nacional de Assistência Hospitalar, com estruturação a ser fixada em regulamentação própria.

Art. 6.º – Ao Departamento Nacional de Assistência Hospitalar (D.N.A.H.) compete:

I – funcionar como órgão normativo e executivo do Conselho Nacional de Assistência Hospitalar, criado no Capítulo IV desta Lei;

II – elaborar os planos de cooperação (Art. 1.º, parágrafo único), previstos no Capítulo V, e submetê-los à aprovação do Conselho Nacional de Assistência Hospitalar;

III – estabelecer, em colaboração com órgãos técnicos que julgar conveniente, as normas gerais de construção, instalação, equipamento, organização e administração de hospitais e instituições para-hospitalares;

IV – aprovar os projetos e especificações de obras programadas por instituições particulares que obtenham ou pretendam obter a cooperação da União;

V – colaborar, quando solicitado, com órgãos regionais de assistência hospitalar, na elaboração dos projetos de construção, equipamento, organização e administração de hospitais.

VI – requisitar aos demais órgãos da administração pública e entidades privadas, informações e dados estatísticos necessários à elaboração dos planos de cooperação de que trata o Parágrafo único, do Art. 1.º, desta Lei;

VII – fiscalizar o funcionamento dos hospitais e instituições para-hospitales;

VIII – manter atualizado o cadastro hospitalar, inclusive a estatística do movimento assistencial e nosológico dos hospitais e instituições para-hospitales do País;

IX – emitir parecer sobre consultas que lhes sejam feitas por estabelecimentos oficiais ou particulares, com relação à assistência hospitalar ou à aplicação desta Lei;

X – estabelecer normal para seleção e aperfeiçoamento de pessoal hospitalar;

XI – distribuir aos órgãos de assistência hospitalar das Unidades Federadas as importâncias que lhes forem destinadas pela União, previstas nesta Lei, fiscalizando, direta ou indiretamente, sua aplicação;

XII – expedir instruções reguladoras dos financiamentos que forem concedidos às instituições particulares, depois da homologação pelo Ministro da Saúde;

XIII – executar e fazer executar os planos previstos no Capítulo V, desta Lei, após homologação pelo Conselho Nacional de Assistência Hospitalar;

XIV – propor transferências entre consignações e subconsignações de verbas orçamentárias, dentro das dotações globais, respectivas;

XV – cumprir e fazer cumprir, no seu âmbito de ação, o disposto nesta Lei.

CAPÍTULO IV

Do Conselho Nacional de Assistência Hospitalar

Art. 7.º – Fica criado, no Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Assistência Hospitalar (C.N.A.H.), órgão de parecer e deliberação do Ministro e sob sua Presidência, com a função precípua de estabelecer as bases e coordenar a atuação da União, quanto àquela forma de assistência.

Parágrafo único – O C.N.A.H. terá como órgão normativo e executivo o Departamento Nacional de Assistência Hospitalar.

Art. 8.º – O C.N.A.H. será constituído:

I – do Diretor do Departamento Nacional de Assistência Hospitalar;

II – de um representante:

- a) do Ministério da Saúde;
- b) da Associação Brasileira de Hospitais;
- c) da Academia Nacional de Medicina;
- d) da Associação Médica Brasileira;
- e) da Confederação Nacional das Indústrias;
- f) da Confederação Nacional do Comércio;
- g) da Associação Brasileira de Municípios;

III – de um oficial-médico, indicado pelo Estado Maior das Forças Armadas;

IV – de um representante médico da Previdência Social.

V – de 3 (três) técnicos em Administração Hospitalar.

§ 1.º – É da competência do Ministro da Saúde a escolha e nomeação dos técnicos referidos no item V, deste Artigo, os quais não poderão pertencer aos quadros do funcionalismo federal, devendo preferentemente ser escolhido nos meios profissionais dos Estados;

§ 2.º – Cada membro do C.N.A.H., terá um suplente, que será seu substituto em casos de eventual impedimento.

Art. 9.º – Os membros do C.N.A.H. terão mandato de 3 (três) anos, podendo ser reconduzidos.

Art. 10 – O C.N.A.H. deliberará válidamente por maioria relativa, presentes a metade e mais um dos seus membros, incluindo a Presidente.

Art. 11 – Nos seus impedimentos, o Ministro da Saúde será substituído na Presidência pelo Diretor do Departamento Nacional de Assistência Hospitalar.

Parágrafo único – Ao Presidente do C.N.A.H. caberá, ainda, o voto de desempate.

Art. 12 – O C.N.A.H. reunir-se-á ordinariamente, 4 (quatro) vezes por ano, nas primeiras quinzenas de março, junho e setembro, e na segunda quinzena de novembro; e, extraordinariamente, por convocação de seu Presidente ou de 2/3 (dois terços) de seus membros.

Art. 13 – Os membros do C.N.A.H. tomarão posse perante o Ministro da Saúde e perderão o mandato se faltarem a duas reuniões consecutivas.

Art. 14 – Aos membros do C.N.A.H. que lido residirem no local onde se realizarem as sessões serão concedidas passagens, ajuda de custo e diárias, para as despesas de viagem e estada.

Parágrafo único – Para os membros do C.N.A.H. que sejam servidores públicos, civis ou militares, as reuniões do C.N.A.H. terão preferência sobre suas funções normais, sem prejuízo dos vencimentos e demais vantagens de cargo ou posto efetivo, e seus trabalhos serão considerados relevantes.

Art. 15 – O Ministro da Saúde porá à disposição do C.N.A.H. Funcionários que constituam a sua Secretaria e que nela servirão sem prejuízo das vantagens dos respectivos cargos.

Art. 16 – Além de outras atribuições que lhe sejam expressamente conferidas, cabe ao C.N.A.H.:

I – aprovar os planos de que trata o Capítulo V, desta Lei;

II – aprovar as normas técnicas elaboradas pelo Departamento Nacional de Assistência Hospitalar;

III – aprovar os contratos de prestação de serviços propostos pelo Departamento Nacional de Assistência Hospitalar;

IV – entender-se com os órgãos a que se refere o art. 18 e com órgãos da administração central e para-estatais, sobre o que julgar necessário à execução desta Lei, coordenando as respectivas atividades;

V – propor aos órgãos governamentais encarregados da assistência hospitalar o que lhe parecer conveniente para a maior eficiência do serviço e opinar sobre propostas ou consultas que lhe sejam feitas no mesmo sentido;

VI – promover ou auxiliar tudo o que lhe parecer necessário à execução desta Lei e à melhoria da assistência hospitalar;

VII – autorizar as transferências entre consignações e subconsignações de verbas orçamentárias, dentro das dotações globais respectivas, por proposta do Departamento Nacional de Assistência Hospitalar;

VIII – elaborar o seu Regimento Interno;

IX – coordenar a política hospitalar brasileira, inclusive no que se refere a instituições particulares.

CAPITULO V

Dos Planos de Cooperação da União com as Unidades Federadas e Instituições Particulares

Art. 17 – A cooperação mencionada no Parágrafo único, do Art. 1.º, desta Lei, será considerada na forma dos seguintes planos:

A – o das realizações, diretamente a cargo dos órgãos oficiais da administração central e para-estatais, inclusive fundações instituídas pelo

Governo e pelas sociedades de economia mista, controladas pelo Governo, compreendendo:

- 1 – formação e aperfeiçoamento do pessoal hospitalar;
- 2 – aquisição, fornecimento e recuperação do material médico-hospitalar;
- 3 – obras e serviços, em geral.

B – o de distribuição de recursos federais, em caráter supletivo, sob a forma de auxílio direto ou financiamento às instituições particulares, por intermédio dos órgãos previstos no Art. 18, para:

- 1 – formação e aperfeiçoamento de pessoal hospitalar;
- 2 – manutenção dos serviços assistenciais, na base do custo do doente-dia;
- 3 – aquisição de material médico-hospitalar;
- 4 – obras e serviços, em geral.

§ 1º – Na distribuição dos recursos às instituições particulares de assistência hospitalar, será seguida, como ordem de preferência, a seriação estabelecida nos itens da letra B, deste artigo;

§ 2º – para efeito do disposto no parágrafo anterior, serão fixadas anualmente pelo Conselho Nacional de Assistência Hospitalar, as percentagens correspondentes a cada item supra mencionado;

Art. 18 – Os governos estaduais deverão possuir órgãos capazes de, pela sua estrutura, desempenhar no âmbito estadual, as funções que competem ao Conselho Nacional de Assistência Hospitalar, e ao Departamento Nacional de Assistência Hospitalar.

§ 1.º – A categoria, as características e a denominação dos órgãos a que se refere este Artigo ficarão condicionados à estrutura administrativa e jurídica e à situação financeira de cada Unidade da Federação.

§ 2.º – A administração estadual que não dispuser de recursos técnicos ou financeiros para cumprimento do disposto neste Artigo poderá solicitar ao Conselho Nacional de Assistência Hospitalar providências que supram essas deficiências, a fim de que a região possa ser incluída no plano de auxílios.

Art. 19 – O Conselho Nacional de Assistência Hospitalar fixará as épocas em que os órgãos estaduais deverão remeter os seus planos e pedidos de auxílios.

Art. 20 – Os recursos pela União destinados à assistência hospitalar serão englobados em uma só dotação orçamentária, consignada ao D.N.A.H., para distribuição e aplicação previstas nesta Lei.

§ 1.º – Os recursos referidos neste Artigo serão constituídos:

- a) pela taxa prevista na Lei n.º 7.404, de 22 de março de 1945, elevada por esta Lei para 10% (dez por cento);
- b) pela totalidade do imposto sobre os lucros dos prêmios em dinheiro, obtidos em loterias, concursos desportivos e sorteios de qualquer espécie;
- c) de 50% (cinquenta por cento) do produto do imposto de selos sobre os prêmios de seguros;
- d) pelo lucro da Loteria Federal;
- e) por 50% (cinquenta por cento) do imposto de consumo arrecadado da rubrica de produtos farmacêuticos;
- f) pelas verbas orçamentárias destinadas à assistência hospitalar que não forem aplicadas durante o exercício financeiro, as quais serão automaticamente incluídas na discriminação constante do § 1.º deste Artigo.

§ 2.º – Além dos recursos acima discriminados, poderá o D.N.A.H. receber doações, legados e auxílios de entidades oficiais ou particulares, nacionais ou estrangeiras.

§ 3.º – Os recursos a que se refere este Artigo serão recolhidos no Banco do Brasil, em conta especial à disposição do C.N.A.H., a ser movimentada pelo Diretor do D.N.A.O., de acordo com o Art. 6.º, item XI, da presente Lei.

§ 4.º – Na última reunião do exercício, o C.N.A.H. fixará o montante do auxílio a ser distribuído no exercício seguinte, tendo em vista a estimativa dos recursos então disponíveis.

§ 5.º – A concessão dos auxílios a que se refere este artigo, será objeto de regulamentação desta Lei.

Art. 21 – Os recursos pela União destinados à Assistência Hospitalar, inclusive o Fundo de Assistência Hospitalar, criado pelo Decreto-Lei n.º 9.846, de 12-9-1946, e juros de financiamento por ela mantidos, serão englobados em uma só dotação orçamentária, consignada ao Departamento Nacional de Assistência Hospitalar, para a distribuição e aplicação prescritas nesta Lei.

§ 1.º – O auxílio direto poderá ser de ordem financeira ou técnico-profissional ou ainda para ensino e aperfeiçoamento de pessoal hospitalar, ficando sua concessão na dependência de regulamentação.

§ 2.º – O financiamento deverá ser concedido às instituições classificadas no Inciso II, letra A, do Artigo 4.º, sob a forma de empréstimos hipotecários e/ou para aquisição de material médico-hospitalar.

Art. 22 – O pagamento de parcelas de auxílio direto ou de financiamento poderá ser suspenso, a juízo dos órgãos estaduais ou do C.N.A.H., se interessada a União, nos seguintes casos:

a) irregularidade praticada pelo beneficiário, em prejuízo do conjunto dos planos em vigor;

b) desobediência às normas técnicas, instruções, posturas ou regulamentos pertinentes à matéria.

Art. 23 – Os órgãos estaduais, para fazerem jus ao auxílio do Governo Federal, deverão submeter à aprovação do C.N.A.H. planos estudados para um mínimo de 5 (cinco) anos, dos quais, constem, detalhadamente;

a) um capítulo referente à melhoria do padrão assistencial da rede hospitalar existente;

b) um capítulo referente à manutenção das instituições existentes, que prestam assistência a pacientes não contribuintes;

c) um capítulo que trate da construção de novas instituições e ampliação da existente.

CAPITULO VI

Disposições Gerais

Art. 24 – As instituições filantrópicas, devidamente registradas no D.N.A.H., gozam de imunidade fiscal “ex-vi” do disposto no Art. 21, Cap. V, letra “b”, da Constituição Federal.

Art. 25 – Ficam isentas da taxa de contribuição de Previdência dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões, as entidades de fins filantrópicos, reconhecidas de utilidade pública e devidamente registradas no D.N.A.H.

Art. 26 – As entidades beneficiadas pela isenção instituída no Artigo anterior ficam obrigadas a recolher, aos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões, apenas a parte devida pelos seus empregados, sem prejuízo dos direitos aos mesmos conferidos pela Legislação Previdenciária.

Art. 27 – As instituições particulares que se considerarem prejudicadas pela falta de providências dos órgãos estaduais, no tocante ao que estipula o Artigo 19, poderão recorrer ao C.N.A.H., através do D.N.A.H.

Art. 28 – O D.N.A.H. poderá delegar poderes aos órgãos estaduais para o exercício, dentro de suas jurisdições, das funções que lhe são atribuídas no Art. 6.º, desta Lei.

Art. 29 – Para a importação de material médico-hospitalar, não produzido no País, ou cuja produção seja insuficiente, gozarão os hospitais e instituições para-hospitalares das mesmas regalias atribuídas ao Governo Federal.

Art. 30 – Os órgãos estaduais deverão restituir, devidamente preenchidos, os questionários que lhes forem enviados pelo D.N.A.H., os quais compreenderão os seguintes aspectos dos hospitais:

- a) organização de pessoal;
- b) instalações e equipamentos, em geral;
- c) condições de construção;
- d) dados estatísticos;
- e) rendimento de trabalho.

CAPITULO VII

Disposições Transitórias

Art. 31 – Os débitos das instituições filantrópicas, provenientes da contribuição de Previdência em atraso aos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões, regularmente verificados ou ajuizados, poderão ser objeto de acordo, para pagamento parcelado, até o prazo de 120 (cento e vinte) meses sem juros, multas ou mora.

Art. 32 – Todas as instituições hospitalares e para-hospitalares, atualmente em funcionamento ou que venham a ser inauguradas, no Território Nacional, deverão ser registradas no D.N.A.H.

§ 1.º – Para efeito de registro no D.N.A.H., será incorporado a esse Departamento o atual acervo de registros existentes no Conselho Nacional de Serviço Social do Ministério da Educação e Cultura, no que se refere a instituições de assistência médico-social.

§ 2.º – Até que se regule a presente Lei, terá validade o registro concedido pelo Conselho Nacional de Serviço Social.

Art. 33 – No prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da publicação desta Lei, deverá ser instalado o Conselho Nacional de Assistência Hospitalar.

Art. 34 – Art. 18 (dezoito) meses após a referida publicação, os Governos dos Estados tomarão as providências necessárias para se ajustarem às vigências desta Lei, se pretenderem continuar a receber os benefícios nela estipulados.

Art. 35 – Os recursos orçamentários dos exercícios de 1964 e 1965 serão distribuídos de acordo com os dispositivos legais vigentes.

Art. 36 – No prazo de 12 (doze) meses após a publicação desta Lei, o D.N.A.H. realizará, com a colaboração de órgãos estaduais, o levantamento da situação hospitalar do Brasil.

Art. 37 – A presente Lei será regulamentada dentro do prazo de 90 (noventa) dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 38 – Os casos omissos nesta Lei, serão resolvidos pelo Diretor do D.N.A.H., “ad referendum” do C.N.A.H.

Art. 39 – Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação revogadas as disposições em contrário.

LEGISLAÇÃO

LEIS

LEI N.º 1.493, DE 13 DE DEZEMBRO DE 1951

Dispõe sobre o pagamento de auxílios e subvenções.

NOTA – Com as alterações da Lei n.º 2.266, de 12 de julho de 1954 e da Lei n.º 4.762, de 30 de agosto de 1965.

"O Presidente da República:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPITULO I

Da cooperação financeira da União

Art. 1.º – A cooperação financeira proporcionada pela União às instituições públicas, autárquicas, semi-estatais ou privadas, far-se-á mediante auxílios e subvenções, para o que haverá consignação própria no Orçamento Geral da República.

Art. 2.º – Os auxílios serão concedidos em virtude de Lei, decreto tratado ou convênio, para atender a ônus ou encargos assumidos pela União para com instituições públicas, autárquicas ou semi-estatais.

Art. 3.º – As subvenções ordinárias ou extraordinárias serão concedidas, independente de legislação especial, a instituições públicas ou privadas de caráter assistencial e cultural, regularmente organizadas.(*)

Parágrafo único – As entidades públicas, beneficiadas com dotações referidas neste artigo, apresentarão programa de aplicação dos recursos ao Ministério a que estiver consignado o respectivo crédito.(*)

CAPITULO II

Normas orçamentárias

Art. 4.º – Para atender à despesa com o pagamento de subvenções ordinárias e extraordinárias, o Orçamento Geral da República, no Anexo do Ministério da Educação e Saúde, destinará anualmente, sob a consignação “Auxílios e Subvenções”, importância não inferior à estimativa da renda de loterias especificadas no anexo da Receita.

§ 1.º – A dotação correspondente à subconsignação “Subvenções Ordinárias” não poderá ser inferior a 20% (vinte por cento) do total estabelecido com base neste artigo e será discriminada por unidades federativas e por instituições.

§ 2.º – A dotação correspondente à subconsignação “Subvenções Extraordinárias” será dividida em duas partes: uma, atribuída ao Conselho Nacional de Serviço Social, e não inferior a 4% (quatro por cento) do total a que se refere o parágrafo anterior, para atender as necessidades ocorrentes, mediante solicitação de entidades não contempladas na discriminação orçamentária; outra, discriminada por unidades federativas e por instituições para atender, a juízo do legislador, ao disposto no parágrafo único do art. 3.º.

§ 3.º – Excepcionalmente, e para atender a necessidade inadiável, poderá ser beneficiada pela cota atribuída no § 2.º ao C.N.S.S., entidade já contemplada na discriminação do orçamento.

§ 4.º – Vetado.

§ 5.º – Vetado.

CAPITULO III

Das entidades que podem ser beneficiadas.

Art. 5.º – Somente poderão ser beneficiadas, com subvenções, entidades que visem especificamente aos seguintes fins:

- I – Promover a educação e desenvolver a cultura;
- II – Promover a defesa da saúde e a assistência médico social;
- III – Promover o amparo social da coletividade.

Art. 6.º – Não se concederá subvenção:

I – À Instituição que:

- a) vise à distribuição de lucros ou dividendos a seus participantes;
- b) constitua patrimônio de indivíduos ou de sociedade sem caráter filantrópico;

- c) tenha finalidade precípua recreativas, esportivas ou comerciais;
- d) revogada; (*)
- e) não tenha sido fundada até 31 de dezembro do ano anterior ao da elaboração da lei orçamentária;
- f) não esteja regularmente organizada até 31 de dezembro do ano da elaboração da lei orçamentária;
- g) não tenha pedido registro no Conselho Nacional de Serviço, Social ou cujo registro tenha sido negado definitivamente.

II – À Caixa de Aposentadoria e Pensão, Sociedade de Montepio e Congêneres.

CAPÍTULO IV

Do registro das instituições

Art. 7.º – O registro das instituições, no Conselho Nacional de Serviço Social, será feito mediante requerimento, instruído com os seguintes elementos:

I – Certidão do inteiro teor dos estatutos, regulamentos ou compromissos da instituição, fornecida pelo Registro Público das Pessoas Jurídicas;

II – Prova de mandato da diretoria em exercício;

III – Preenchimento do questionário adotado pelo C. N. S. S.

Art. 8.º – O Conselho Nacional de Serviço Social, à vista da documentação apresentada, concederá ou não o registro, de cujo indeferimento haverá recurso para o Ministro da Educação e Saúde.

Parágrafo único – Se o requerimento de registro não fôr despachado dentro de 3 (três) meses de sua apresentação considerar-se-á como registrada a instituição, provisoriamente, até que se dê o despacho.

Art. 9.º – Sempre que fôr feita qualquer alteração nos estatutos, regulamentos ou compromissos das entidades registradas, deve ser comunicada ao C. N.S.S. com a remessa da certidão do respectivo registro.

Art. 10.º – Terá seu registro cancelado e perderá o direito ao recebimento de subvenção a instituição:

I – Que infringir qualquer disposição desta Lei;

II – Que possua diretoria com mandato irregular;

III – Cujo funcionamento tenha sofrido solução de continuidade;

IV – Cuja prestação de contas contenha vício insanável.

§ 1.º – Do cancelamento do registro pelo C.N.S.S., caberá recurso para o Ministro da Educação e Saúde;

§ 2.º – No caso previsto no n.º III dêste artigo, restabelecido o funcionamento da entidade, poderá esta requerer a renovação do registro.

CAPITULO V

Do pagamento de subvenções

Art. 11 – Os créditos orçamentários referentes à subvenções ordinárias e extraordinárias, de que trata esta Lei, serão automaticamente registrados pelo Tribunal de Contas da União, e distribuídos ao Tesouro Nacional que os depositará no Banco do BrasilVetado à disposição do Ministério competente. (**)

§ 1.º – O pagamento das subvenções ordinárias será feito pelo Banco do Brasil, por solicitação do Ministério, independente de requerimento e à conta dos créditos postos à sua disposição, através de sua agência situada na localidade que fôr sede da instituição beneficiada ou na agência que dela fôr mais próxima. (**)

§ 2.º – O pagamento da subvenção extraordinária, precedido de processamento de acôrdo com o disposto no art. 13 desta Lei, será feito pela forma prevista no parágrafo anterior. (**)

§ 3.º – As subvenções e auxílios não pagos no exercício serão inscritos em "restos a pagar".

Art. 12.º – O pagamento de subvenção ordinária não depende de requerimento, mas, na ocasião de recebê-la, a entidade interessada deverá fazer, perante a repartição pagadora, prova do mandato de sua diretoria e do seu regular funcionamento, em atendimento à sua finalidade, atestado êste firmado pelo juiz da Comarca, promotor público, coletor federal da respectiva jurisdição, prefeito ou coletor estadual.

Art. 13.º – O pagamento de subvenção extraordinária, consignada no Orçamento, depende do requerimento da instituição ao Ministério, instruído com os seguintes documentos:

I – Prova do mandato de sua diretoria;

II – Plano de Aplicação de subvenção extraordinária;

III – Projeto, especificações e orçamentos dos serviços a serem realizados, se se tratar de início de obras;

IV – Prova de estado em que se encontram as obras, se se tratar de prosseguimento ou conclusão de serviços;

V – Relação do material a ser adquirido, se se tratar de equipamento.

§ 1.º – Na ocasião do recebimento da subvenção extraordinária, a entidade interessada deverá fazer, perante a agência do Banco do Brasil, as mesmas provas a que se refere o art. 12.º.

§ 2.º – O pagamento de subvenção extraordinária concedida por conta da dotação atribuída ao Conselho Nacional do Serviço Social, a que se refere o § 2.º, do art. 4.º, obedecerá ao disposto nas Instruções que forem baixadas a respeito e que deverão observar, no que fôr aplicável, às exigências e disposições dêste capítulo.

CAPITULO VI

Da prestação de contas

Art. 14.º – As instituições contempladas com subvenções extraordinárias são obrigadas a remeter ao Ministério da Educação e Saúde os comprovantes das despesas efetuadas por conta das mesmas, devidamente autenticados.

§ 1.º – A prestação de contas será examinada pelo órgão competente do Ministério, que julgando-a com vício ou defeito sanável, providenciará junto à entidade para que a mesma promova sua regularização.

§ 2.º – Após o seu pronunciamento sôbre a prestação de contas, o órgão a que se refere o artigo anterior submetê-la-á à apreciação definitiva do Tribunal de Contas.

§ 3.º – As instituições contempladas com subvenções ordinárias são obrigadas a remeter ao Ministério da Educação e Saúde o relatório de suas atividades, inclusive o balanço financeiro.

Art. 15.º – As subvenções serão aplicadas rigorosamente aos fins a que se destinam, não podendo correr à conta das mesmas, em nenhuma hipótese, o pagamento de qualquer tipo de remuneração pelo exercício dos cargos de dirigentes superiores da instituição, gratificação, representações, festas e homenagens.

Parágrafo único – Entendem-se como dirigentes superiores, para fins dêste artigo, o Presidente, o Provedor, os membros da Diretoria e demais ocupantes de cargos eletivos.

Art. 16.º – O Ministério da Educação e Saúde não expedirá ordem de pagamento enquanto a instituição interessada não houver apresentado a prestação de contas de subvenção ordinária recebida no primeiro semestre do exercício anterior ou da última subvenção extraordinária, recebida, até êsse exercício.

CAPÍTULO VII

Disposições gerais

Art. 17.º – São isentos de sêlo os requerimentos previstos nos Capítulos IV e V desta Lei e bem assim os documentos destinados à sua instrução e demais papéis referidos nos citados capítulos.

Art. 18.º – As instituições já registradas no C. N. S. S., à data desta Lei, são dispensados de nôvo registro, devendo apenas fornecer os elementos necessários à sua atualização, na conformidade das Instruções que forem baixadas a respeito.

Art. 19.º – O Orçamento não poderá consignar mais de uma subvenção ordinária, nem mais de uma extraordinária a uma mesma instituição.

Parágrafo único – Poderá haver, entretanto, mais de uma subvenção atribuída à mesma entidade mantenedora, desde que se destinem a instituições ou departamentos diferentes por ela custeados.

Art. 20.º – O pagamento de subvenções e auxílios constantes no Orçamento de 1951, regular-se-á, no que fôr aplicável pelas disposições desta Lei, inclusive pelo disposto no § único do artigo 3.º, e excluída a condição estabelecida no artigo 6.º, n.º I, letra *e*.

§ 1.º – Não é obrigatório, para os efeitos dêste artigo, o registro estabelecido no art. 7.º. Exigir-se-á, entretanto, para o pagamento de subvenções e auxílios a entidades que ainda não hajam apresentado seus Estatutos ao Ministério da Educação e Saúde, o preenchimento dessa formalidade.

§ 2.º – Serão baixadas, se preciso, novas instruções para o cumprimento do disposto neste artigo.

Art. 21.º – Enquanto a matéria não fôr regulada em legislação especial, estendem-se, no que forem aplicáveis, as disposições desta Lei, inclusive o artigo 11 e seus parágrafos, aos pagamentos de subvenções ordinárias e extraordinárias consignadas nos orçamentos dos Ministérios da Aeronáutica, Agricultura, Justiça e Negócios Interiores, e bem assim,

ao Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos, para prosseguimento de obras, mediante acôrdo com estabelecimentos de ensino médio e ao Serviço Nacional de Tuberculose para custeio de leitos destinados a tuberculosos ou construção no Distrito Federal e no interior do país. (*)

§ 1.º – Não se concederá subvenção ordinária nem extraordinária no Anexo do Ministério da Justiça e Negócios Interiores senão a instituições de assistência ou proteção a menores, desde que não estejam compreendidas na proibição do art. 6.º, n.º 1, desta Lei. (***)

§ 2.º – É extensivo às subvenções ordinárias consignadas nos Anexos dos Ministérios da Aeronáutica, Agricultura e Negócios Interiores, o caráter continuado no parágrafo único do art. 3.º da mesma Lei. (*)

Art. 22.º – As restrições contidas no art. 19 não se aplicam aos auxílios e subvenções consignadas no Orçamento de 1952.

Art. 23.º – Enquanto não fôr adotada à Lei orçamentária a nomenclatura estabelecida nesta Lei, entendem-se como auxílios, subvenções ordinárias e subvenções extraordinárias, respectivamente e para todos os efeitos, as contribuições, subvenções e auxílios consignados no orçamento para 1952 e anteriores.

Art. 24.º – Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 13 de dezembro de 1951, 130.º da Independência e 68.º da República.

GETÚLIO VARGAS
E. Simões Filho
Francisco Negrão de Lima
Horácio Láfer
João Cleofas
Nero Moura

(*) Alteração feita pela Lei n.º 2.266/45 – D.O. de 17/7/54.

(**) Idem, ídem, pela Lei n.º 4.762/65 – D.O. de 31/8/65.

(***) Parágrafo Único do art. 21 da mesma Lei n.º 1.493/51 que se transformou no § 1.º.

LEI N.º 4.677 DE 16 DE JUNHO DE 1965

Isenta de impostos de importação e outras contribuições fiscais os bens adquiridos, mediante doação, pelas instituições que se dedicam, sem finalidade lucrativa, à prestação de assistência médico-hospitalar.

O Presidente da República.

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1.º – São isentos dos impostos de importação e de consumo, dos enclausamentos consulares, da taxa de despacho aduaneiro, das taxas de melhoramentos de portos e de renovação da Marinha Mercante, de despesas de armazenagem e capatazias e de quaisquer outras contribuições fiscais, os bens adquiridos no exterior, mediante doação pelas instituições em funcionamento no País, que se dediquem, sem finalidade lucrativa, a prestar assistência médico-hospitalar.

Parágrafo único – A importação dos Bens a que se refere êste artigo não fica sujeita à certificação de cobertura cambial, nem à licença prévia da Carteira de Comércio Exterior.

Art. 2.º – Antes da importação, a entidade beneficiada apresentará à Divisão de Organização Hospitalar, em 3 (três) vias a relação do material a ser importado, acompanhada das provas da doação.

Art. 3.º – Com o parecer daquela Divisão, quanto à essencialidade do material ou equipamento a ser importado e habilitação da entidade para obtenção do favor, o Ministério da Saúde encaminhará em 2 (duas) vias, devidamente autenticadas, ao Ministério da Fazenda, para exame dos demais documentos relativos à doação.

Art. 4.º – Verificada a regularidade dos documentos, o Ministério da Fazenda expedirá ordem de desembaraço do material ou dos equipamentos à estação aduaneira de destino.

Art. 5.º – O material e equipamento, entrados no País na forma desta Lei, sòmente poderão ser utilizados pela própria entidade beneficiada, nos seus serviços médico-hospitalares ou ambulatoriais, vedada a cessão ou alienação, sem expressa permissão da autoridade aduaneira competente, ouvido o Ministério da Saúde, sob as penas da Lei e observadas as normas gerais da legislação específica que rege a espécie.

Parágrafo único – Na conformidade da mesma legislação, o correto uso e emprêgo do material ou equipamentos ficam sujeitos à fiscalização aduaneira, sem prejuízo da que fôr exercida pelo Ministério da Saúde.

Art. 6.º –vetado

Art. 7.º – Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 8.º – Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 16 de junho de 1965; 144.º da Independência e 77.º da República.

H. CASTELLO BRANCO
Octávio Gouveia de Bulhões
Juarez Távora
Raymundo de Britto

(D.O. de 21-6-65)

LEI N.º 4.762, DE 30 DE AGÔSTO DE 1965

Modifica o art. 11 e seus parágrafos da Lei n.º 1.493, de 13 de dezembro de 1951, alterados pela Lei n.º 2.266, de 12 de julho de 1954, e dá outras providências.

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1.º – O art. 11 e seus parágrafos, da Lei n.º 1.493, de 13 de dezembro de 1951, alterado pelo art. 3.º da Lei n.º 2.266, de 12 de julho de 1954, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 11. Os créditos orçamentários referentes à subvenções ordinárias e extraordinárias, de que trata esta Lei, serão automaticamente registrados pelo Tribunal de Contas da União, e distribuídos ao Tesouro Nacional, que os depositará, no Banco do Brasil... Vetado ... à disposição do Ministério competente.

§ 1.º – O pagamento das subvenções ordinárias será feito pelo Banco do Brasil, por solicitação do Ministério, independente de requerimento e à conta dos créditos postos à sua disposição, através de sua agência situada na localidade que fôr sede da instituição beneficiada ou na agência que dela fôr mais próxima.

§ 2.º – O pagamento da subvenção extraordinária, precedido de processamento de acôrdo com o disposto no art. 13 desta Lei, será feito pela forma prevista no parágrafo anterior".

Art. 2.º – As despesas bancárias correrão por conta da instituição beneficiada VETADO

Art. 3.º – As entidades não registradas no Conselho Nacional de Serviço Social, e não compreendidas neste artigo, poderão receber as subvenções ordinárias e extraordinárias que constem do orçamento, em

seu favor, desde que requeiram o registro até 30 (trinta) de novembro do corrente ano, apresentando todos os documentos exigidos.

Parágrafo único. Às associações rurais, que se registram perante o Serviço de Economia Rural, aplica-se no que couber, o disposto neste artigo.

Art. 4.º – Ficam revogados o art. 7.º da Lei n.º 2.266, de 12 de julho de 1954, e demais disposições em contrário.

Art. 5.º – Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 30 de agosto de 1954; 144.º da Independência e 77.º da República.

H. CASTELLO BRANCO
Octavio Bulhões

(D. O. de 31/8/65)

LEGISLAÇÃO

DECRETOS - LEI

DECRETO-LEI N.º 3.171, DE 2 DE ABRIL DE 1941

Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde, e dá outras providências.

O Presidente da República usando da atribuição que lhe confere o art. 180 da Constituição, decreta:

Art. 1.º – Ao Departamento Nacional de Saúde, subordinado ao Ministério da Educação e Saúde, compete:

a) promover a realização de inquéritos, pesquisas e estudos sobre as condições da saúde, sobre as questões de saneamento e higiene, e bem assim sobre a epidemiologia das doenças existentes no país e os métodos de sua profilaxia e tratamento;

b) superintender a administração dos serviços federais destinados a realização das atividades mencionadas na alínea anterior, e ainda das que tenham por objetivo promover, de qualquer maneira, medidas de conservação e melhoria de saúde, assim como, especificamente, de prevenção ou tratamento das doenças;

c) estabelecer a coordenação das repartições estaduais e municipais e das instituições de iniciativa particular, que se destinem à realização de quaisquer atividades concernentes ao problema da saúde, animá-las, fiscalizá-las, orientá-las e assisti-las tecnicamente, e ainda estudar os critérios a serem adotados para a concessão de auxílios e subvenções federais para a realização dessas atividades, e controlar a aplicação dos recursos concedidos;

d) organizar cursos de aperfeiçoamento sobre assuntos médicos e sanitários.

Art. 2.º – O Departamento Nacional de Saúde compor-se-á dos seguintes órgãos:

- I – Serviço de Administração.
- II – Divisão de Organização Sanitária.
- III – Divisão de Organização Hospitalar.
- IV – Instituto Oswaldo Cruz.
- V – Serviço Nacional de Lepra.
- VI – Serviço Nacional de Tuberculose.
- VII – Serviço Nacional de Febre Amarela.
- VIII – Serviço Nacional de Malária.
- IX – Serviço Nacional de Peste.
- X – Serviço Nacional de Doenças Mentais.
- XI – Serviço Nacional de Educação Sanitária.
- XII – Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina.
- XIII – Serviço de Saúde dos Portos.
- XIV – Serviço Federal de Águas e Esgotos.
- XV – Serviço Federal de Bioestatística.
- XVI – Sete Delegacias Federais de Saúde.

Art. 3.º – São feitas nas repartições ora existentes e incluídas no âmbito do Departamento Nacional de Saúde as seguintes modificações:

1) Ficam extintos o Gabinete do Diretor Geral e o Serviço de Expediente, passando suas atribuições a ser executadas pelo Serviço de Administração, ora criado.

2) Ficam extintas a Divisão de Saúde Pública e a Divisão de Assistência Hospitalar, passando as funções que ora lhes cabem a ser desempenhadas pelos seguintes órgãos ora criados: Divisão de Organização Sanitária, Divisão de Organização Hospitalar, Serviço Nacional de Lepra, Serviço Nacional de Tuberculose, Serviço Nacional de Peste, Serviço Nacional de Malária e Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina. A Divisão de Organização Sanitária e a Divisão de Organização Hospitalar ficarão afetas, respectivamente, além do problema da organização geral dos serviços sanitários e hospitalares do país, as atividades de superintendência de quaisquer serviços incluídos na ação federal e para cuja realização não exista o competente órgão especializado.

3) Ficam incorporados e fundidos no Serviço Nacional de Malária, o Serviço de Malária da Baixada Fluminense e o Serviço de Malária do Nordeste. Este último terá todavia, organização separada do Serviço Nacional de Malária, enquanto permanecer sob a administração contratada da Fundação Rockefeller.

4) Ao Instituto Oswaldo Cruz, competirá, além da realização dos trabalhos de pesquisa pura e de ciência aplicada e da fabricação de produtos de aplicação na medicina preventiva e curativa, a execução dos exames de laboratórios necessários às exigências dos serviços federais de saúde e à ação em geral do Departamento Nacional de Saúde.

5) Ficam extintas a Divisão de Assistência a Psicopatas e o Serviço de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal, passando as suas atribuições e atividades a ser exercidas pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais, ora criado.

6) O Serviço de Propaganda e Educação Sanitária passa a denominar-se Serviço Nacional de Educação Sanitária.

7) Ao Serviço Federal de Águas e Esgotos caberá, além das atribuições de caráter nacional que lhe forem fixadas em regimento, a execução das atividades reservadas à administração federal quanto aos serviços de Águas e de esgotos do Distrito Federal.

8) A Seção de Bioestatística, a que se refere o art. 134 da Lei n.º 378, de 13 de Janeiro de 1937, passa a constituir o Serviço Federal de Bioestatística.

9) É o território nacional, para efeito da administração das atividades gerais do Departamento Nacional de Saúde, dividido em oito regiões a saber: 1.ª região, constituída pelo Distrito Federal e pelos Estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo; 2.ª região, constituída pelo Território do Acre e pelo Estado do Amazonas; 3.ª região, constituída pelos Estados do Pará e Maranhão; 4.ª região, constituída pelos Estados do Piauí, Ceará e Rio Grande do Norte; 5.ª região, constituída pelos Estados de Sergipe, Bahia e Espírito Santo; 6.ª região, constituída pelos Estados de Pernambuco, Paraíba e Alagoas; 7.ª região, constituída pelos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul; e 8.ª região, constituída pelos Estados de Goiás e Mato Grosso.

A sede da 1.ª região e o Distrito Federal e nela operarão diretamente as Divisões de Organização Sanitária e de Organização Hospitalar. As sedes das outras regiões serão respectivamente, Manaus, Belém, Fortaleza, Recife, São Salvador, Pôrto Alegre e Cuiabá. Às delegacias federais de saúde competirá fazer, na medida em que isto for julgado conveniente pela direção geral do Departamento Nacional de Saúde, inspeção sôbre o funcionamento das atividades executadas diretamente pelos órgãos especiais a que se refere o art. 2.º ns. IV e XV e bem assim executar as atividades que se tornarem necessárias a efetivação do disposto no art. 1.º, alínea “c”.

10) Ficam extintas a Inspetoria dos Serviços Especiais e a Inspetoria de Engenharia Sanitária do antigo Serviço de Saúde Pública do Distrito Federal, transferido à administração municipal.

Art. 4.º – Passarão a ser executadas, a partir de 1.º de janeiro de 1942, pelo Estado do Rio Grande do Sul, as atividades ora a cargo do Serviço Anti-venéreo das Fronteiras.

Parágrafo único – O Presidente da República, ouvido o govêrno estadual, fixará anualmente, para o ano seguinte, a contribuição financeira federal para a execução das atividades sanitárias de que trata o presente artigo.

Art. 5.º – O Departamento Nacional de Saúde terá um diretor geral, padrão R, nomeado em comissão. Os Serviços Nacionais de Malária, de Peste, de Tuberculose e de Lepra e o Serviço Federal de Águas e Esgotos serão dirigidos por diretores, padrão P, nomeados em comissão. As divisões competentes do Departamento Nacional de Saúde, o Serviço Nacional de Doenças Mentais, o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, o Serviço de Saúde dos Portos e o Serviço Federal de Bioestatística serão dirigidos por diretores, padrão N, nomeados em comissão. Os estabelecimentos hospitalares constitutivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais serão dirigidos por diretores, padrão L, nomeados em comissão.

§ 1.º – Ficam criados os seguintes cargos em comissão: 1 diretor geral do padrão R, 4 diretores do padrão P, 6 diretores do padrão N e 1 diretor do padrão L.

§ 2.º – Fica criada a função de chefe do Serviço de Administração com a gratificação anual de 6.000\$000 (seis contos de réis).

Art. 6.º – Ficam extintos os seguintes cargos em comissão: o de diretor geral do Departamento Nacional de Saúde (do padrão P), os de diretores do Serviço de Malária do Nordeste (do padrão O), das Divisões de Saúde Pública, de Assistência Hospitalar e de Assistência a Psicopatas, do Serviço Nacional de Saúde Pública do Distrito Federal, do Serviço de Malária da Baixada Fluminense (todos do padrão N), do Laboratório de Saúde Pública (padrão M), e o de inspetor da Inspeção dos Serviços Especiais (do padrão M).

Art. 7.º – Fica aberto o crédito especial de 381.600\$000 (trezentos e oitenta e um contos e seiscentos mil réis) para atender, no corrente exercício, às despesas de pessoal, correspondentes aos cargos e à função criados no presente decreto-lei.

Art. 8.º – Êste decreto-lei entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 2 de abril de 1941, 120.º da Independência e 53.º da República.

GETÚLIO VARGAS
Gustavo Capanema
Francisco Campos
A. de Souza Costa

DECRETO-LEI N.º 8.674, DE 4 DE FEVEREIRO DE 1942

Aprova o Regimento do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde.

O Presidente da República usando da atribuição que lhe confere o art. 74, letra “a”, da Constituição, decreta:

Art. 1.º – Fica aprovado o Regimento do Departamento Nacional de Saúde, D.N.S., que, assinado pelo Ministro de Estado da Educação e Saúde, com êste baixa.

Art. 2.º – Este decreto entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, em 4 de fevereiro de 1942, 121.º da Independência, e 54.º da República.

GETÚLIO VARGAS
Gustavo Capanema

REGIMENTO DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE,
COMPREENDENDO O SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO, A DIVISÃO DE
ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA, A DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO
HOSPITALAR E AS DELEGACIAS FEDERAIS DE SAÚDE

CAPÍTULO I

Das Finalidades

Art. 1.º – O Departamento Nacional de Saúde (D.N.S.), criado pela Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, e reorganizado pelo decreto-lei n.º 3.171, de 2 de abril de 1941, é diretamente subordinado ao Ministro de Estado e tem por finalidade:

a) promover a realização de inquérito, pesquisas e estudos sôbre as condições da saúde, sôbre as questões de saneamento e higiene, e bem assim sôbre a epidemiologia das doenças existentes no país e os métodos de sua profilaxia e tratamento;

b) superintender a administração dos serviços federais destinados à realização das atividades mencionadas na alínea anterior, e ainda as que tenham por objetivo promover, de qualquer maneira, medidas de conservação e melhoria da saúde, assim como, especificamente, de prevenção ou tratamento das doenças;

c) estabelecer a coordenação das repartições estaduais e municipais e das instituições de iniciativa particular, que se destinem à realização de quaisquer atividades concernentes ao problema da saúde, animá-las, fiscalizá-las, orientá-las e assisti-las tecnicamente, e ainda estudar os critérios a serem adotados para a concessão de auxílios e subvenções federais para a realização dessas atividades e controlar a aplicação dos recursos concedidos;

d) organizar cursos de aperfeiçoamento sôbre assuntos médicos e sanitários.

CAPÍTULO II

Da organização

Art. 2.º – O D.N.S. compõe-se de: Serviço de Administração (S.A.); Divisão de Organização Sanitária (D.O.S.), Divisão de Organização Hospitalar (D.O.H.); Instituto Oswaldo Cruz (I.O.C.); Serviço Nacional de Lepra (S.N.L.); Serviço Nacional de Tuberculose (S.N.T.); Serviço Nacional de Febre Amarela (S.N.F.A.), Serviço Nacional de Malária (S.N.M.); Serviço Nacional de Peste (S.N.P.), Serviço Nacional de Câncer (S.N.C.); Serviço Nacional de Doenças Mentais (S.N.D.M.); Serviço Nacional de Educação Sanitária (S.N.E.S.); Serviço de Saúde dos Portos (S.S.P.); Serviço Federal de Águas e Esgotos (S.F.A.E.); Serviço Federal de Bioestatística (S.F.B.); Sete Delegacias Federais de Saúde (D.F.S.).

Parágrafo único – O Instituto Oswaldo Cruz, os Serviços Nacionais de Lepra, Tuberculose, Febre Amarela, Malária, Peste, Câncer, Doenças Mentais, Educação Sanitária e Fiscalização da Medicina; os Serviços Federais de Águas e Esgotos e Bioestatística e o Serviço de Saúde dos Portos, terão regimentos próprios, isolados ou em grupos, visante a natureza das suas atividades.

Art. 3.º – O S.A. compreende: Seção de Pessoal (S.P.); Seção de Material (S.M.); Seção de Orçamento (S.O.); Seção de Comunicações (S.C.); Biblioteca (B.) e Portaria (P.).

Art. 4.º – A D.O.S. compreende: Seção de Administração Sanitária (S.A.S.); Seção de Doenças Transmissíveis (S.D.T.); Seção de Engenharia Sanitária (S.E.S.); Seção de Nutrição (S.N.) e Seção de Enfermagem (S.E.).

Art. 5.º – A D.O.H. compreende:

Seção de Edificações e Instalações (S.E.I.);

Seção de Organização e Administração (S.O.A.);

Seção de Assistência e Seguro de Saúde (S.A.S.S.).

Art. 6.º – O Diretor Geral do D.N.S. terá um Secretário e um Auxiliar por êle designados.

Art. 7.º – Cada Diretor de Divisão terá um Secretário, por êle designado.

Art. 8.º – O S.A. terá um Chefe designado pelo Diretor-Geral.

§ 1.º – As Seções do S.A. terão Chefes, designados pelo Chefe do S.A., mediante aprovação do Diretor-Geral.

§ 2.º – A Portaria terá um Chefe, designado pelo Chefe do S.A.; mediante aprovação do Diretor-Geral, dentre funcionários das carreiras de Contínuo e Servente, lotados no D.N.S.

Art. 9.º – As Seções que integram as Divisões, terão Chefes, funcionários ou extra-numerários especialmente contratados, designados pelo respectivo Diretor, mediante aprovação do Diretor-Geral.

Art. 10 – Os Delegados Federais de Saúde serão nomeados em comissão entre funcionários integrantes da carreira de Médico Sanitarista, e não poderão permanecer na mesma Região por mais de dois anos.

Art. 11 – Os órgãos que integram o D.N.S. funcionarão perfeitamente coordenados, em regime de mútua colaboração, sôbre a orientação do Diretor-Geral.

CAPITULO III

Da Competência

Art. 12 – O S.A. terá a seu cargo atividades referentes a pessoal, material, orçamento, comunicações, biblioteca e portaria, dos órgãos que funcionem no edifício em que tenha sede o D.N.S.

§ 1.º – À S.P. compete:

a) – encaminhar à D.P. do D.A. devidamente instruídas, as questões referentes aos funcionários e extra-numerários do D.N.S.;

b) – manter fichário completo e atualizado dos funcionários e extra-numerários lotados no D.N.S.;

c) – manter atualizado o ementário da legislação e dos atos referentes a pessoal;

d) preparar e remeter a Divisão do Pessoal do Departamento de Administração o boletim de frequência do pessoal lotado nos órgãos que funcionem no edifício em que tem a sede o D.N.S.;

e) coligir e remeter à Divisão do Pessoal do Departamento de Administração todos os dados referentes a funcionários e extra-numerários lotados no D.N.S.

§ 2.º – À S. M. compete:

a) – preparar e encaminhar à Divisão do Material do Departamento de Administração as requisições do material necessário às atividades dos órgãos que funcionem no edifício em que tem a sede o D.N.S.;

b) – distribuir o material recebido pelos diversos órgãos que funcionem na sede do D.N.S.;

c) – auxiliar a D.M. do D.A. no levantamento estatístico, bem como, do mesmo modo, manter conta-corrente do gasto do material pelos diferentes órgãos do D.N.S., inclusive os que funcionem fora da sede do Departamento, os quais, para isso, enviarão ao S.A. cópia do mapa mensal remetido à Divisão do Material do Departamento de Administração;

d) – anotar as verbas orçamentárias e de créditos adicionais destinadas à material dos diferentes órgãos do D.N.S.;

e) – fornecer dados para o orçamento do material necessário a todos os órgãos do D.N.S.;

f) – providenciar sobre a reparação e a substituição do material em uso nos órgãos que funcionem no edifício em que tem a sede o D.N.S.;

g) – preparar as contas apresentadas, mediante expediente.

§ 3.º – À S.O. compete:

a) – manter em dia a escrituração das verbas respectivas consignadas no orçamento ou proveniente de créditos especiais ou adicionais a favor dos órgãos integrantes do D.N.S.;

b) – examinar a aplicação das verbas destinadas aos diferentes órgãos do D.N.S.;

c) – colaborar com a Divisão de Orçamento do Departamento de Administração na elaboração da proposta orçamentária relativa aos órgãos do D.N.S.

§ 4.º – À S.C. compete:

a) – receber e distribuir os papéis a serem encaminhados pelos órgãos do D.N.S. que funcionem no edifício da sede e expedir os dêles provenientes;

b) – Orientar os trabalhos de protocolo e arquivo dos demais órgãos do D.N.S., mantendo com êles estreita colaboração;

c) – atender as partes e prestar informações sôbre o andamento e despacho de papéis;

d) – promover a publicação, no “Diário Oficial”, dos atos e decisões relativos às atividades específicas do D.N.S.;

e) – passar certidões referentes às atividades específicas do D.N.S.;

f) – atender às despesas de pronto-pagamento dos órgãos que funcionem no edifício em que tenha sede o D.N.S.

§ 5º – À Biblioteca compete:

a) – guardar e conservar todos os livros e publicações adquiridos pelos órgãos do D.N.S. que não tenham Biblioteca própria, mantendo em dia catálogos e fichários;

b) – manter completas as coleções de publicações periódicas recebidas pelos órgãos do D.N.S. que não tenham biblioteca própria;

c) – manter os serviços de consulta e empréstimo na forma que fôr determinada pelo Chefe do S.A.;

d) – manter em dia a relação de instituições científicas nacionais e estrangeiras para o fim de remessa e permuta de publicações de interesse do D.N.S.;

e) – manter atualizado um fichário geográfico de livros e publicações que interessem ao D.N.S.

§ 6º – À Portaria compete:

a) – executar os trabalhos de limpeza na sede do D.N.S.;

b) – executar os trabalhos de vigilância interna dos órgãos do D.N.S. que funcionem no edifício em que tem sede o mesmo;

c) – zelar pela conservação do material em uso no edifício-sede do D.N.S.

Art. 13 – O S. A. Funcionará perfeitamente articulado com o D.A. do Ministério, cuja orientação deverá observar.

Art. 14 – Ficam entrosados com o S. A. as Seções de Administração dos diversos órgãos integrantes do D.N.S.

Parágrafo único – As Seções de Administração obedecerão às normas e métodos de trabalho prescritos pelo S. A. do D.N.S.

Art. 15 – À D.O.S. compete:

a) encarregar-se do estudo e solução do problema de saúde pública para os quais não haja órgãos especializados no D.N.S.;

b) orientar e estimular por si ou por intermédio das Delegacias Federais de Saúde, a organização e o aprimoramento dos serviços de saúde pública do País, fiscalizar a sua execução e prestar-lhe, quando possível, assistência material e técnica;

c) – cooperar com as repartições estaduais de saúde pública para a instituição de unidades sanitárias que funcionem como tipos-padrões para demonstração e estudo de problemas de organização e administração sanitárias e de treinamento de pessoal;

d) opinar obrigatoriamente sobre quaisquer projetos de ampliação ou reforma dos serviços de saúde pública e respectivos códigos e regulamentos;

e) – padronizar as atividades de saúde pública no País, uniformizando as respectivas técnicas, respeitadas as características regionais;

f) – cooperar em cursos regionais intensivos de saúde pública, para aperfeiçoamento de técnicos e auxiliares de serviços estaduais;

g) – levantar os “índices sanitários” de cidades brasileiras, de acordo com os padrões estabelecidos pela Repartição Panamericana de Washington;

h) – fazer em todo o território nacional, avaliação do trabalho de saúde pública, como fator decisivo para seu impulso e aprimoramento;

i) – encarregar-se da publicação dos Arquivos de Higiene;

j) – elaborar resenhas técnicas, sempre atualizadas, com respeito à execução de tarefa de saúde pública, divulgando com a precisa exatidão e documentadamente, novas aquisições científicas, tornando claras as possibilidades de sua aplicação prática e dando notícia dos resultados com essas publicações;

l) – cooperar com a Divisão de Obras do Ministério da Educação e Saúde, na organização de projetos de plantas para unidades sanitárias – padrões de diversos tipos;

m) – ocupar-se do estudo de problemas de saneamento, relativos à coleta e tratamento do lixo, higiene das habitações e locais de trabalho, saneamento rural, instalações para beneficiamento de produtos alimentícios, luta contra ruídos, controle de poluição atmosférica;

n) – fazer a articulação de entidades administrativas interessadas nos assuntos de nutrição, para fixação e execução de uma política de alimentação dirigida indispensável ao equilíbrio econômico e à valorização fisiológica do elemento humano;

o) – planejar inquéritos econômicos-sanitários para conhecer os hábitos e verdadeiras condições alimentares nas diversas regiões do país, apurando seus principais defeitos, a extensão do estado de má nutrição das doenças de carência e estados pré-carenciais, nas várias classes de população;

p) – promover medidas tendentes a fomentar a produção e o consumo de alimentos de real valor nutritivo;

q) – organizar padrões de alimentação balanceada para diversas classes da população, de acordo com os climas e hábitos regionais;

r) – incentivar a criação e auxiliar a instalação de novas escolas de enfermeiras no país.

§ 1º – À S.A.S. compete, no que lhe disser respeito, a execução das atribuições referidas nos itens b, c, d, e, f, g, h, j e l deste artigo.

§ 2º – À S.D.T compete a realização das atribuições do item “a” e, no que lhe disser respeito, as dos itens c, d, e, g, h e j dêste artigo.

§ 3º – À S.E.S. compete a realização das atividades dos itens “m” e, no que lhe disser respeito, aos dos itens b, c, d, e, f, g, h, j e l dêste artigo.

§ 4º – À S.N. compete a realização das atividades dos itens n, o, p e q, e no que lhe disser respeito, as dos itens f, g e j dêste artigo.

§ 5º – À S.E. compete a realização das atividades do item r, e no que lhe disser respeito, as dos itens b, c, d, e, f, g, h e j dêste artigo.

Art. 16 – À D.O.H. compete:

a) – encarregar-se do estudo e solução dos problemas referentes à assistência médico-social a doentes, deficientes físicos e desamparados;

b) – organizar o plano geral dessa assistência, aí compreendida a rede de hospitais para todo o território nacional.

c) – incentivar o desenvolvimento e melhoria de instituições e serviços de assistência, incumbindo-se da fiscalização direta dos situados na 1ª região;

d) – cooperar com a Divisão de Obras do Ministério da Educação e Saúde na organização de projetos e plantas-padrões, com as necessárias especificações, para hospitais, ambulatórios e outros estabelecimentos de assistência, opinar sobre localização, construção, remodelação, adaptações destes estabelecimentos e instalações dos respectivos serviços, exercendo a precisa fiscalização ao serem eles executados;

e) – estabelecer normas e padrões para instalação, organização e funcionamento dos vários serviços técnicos e administrativos de hospitais de diversos tipos, casas de saúde e outras unidades de assistência, inclusive sanitários, estabelecimentos para convalescença ou repouso, colônias de férias, estâncias climáticas e hidro-minerais;

f) – organizar e manter atualizados o cadastro dos estabelecimentos hospitalares e demais órgãos de assistência, existentes no país;

g) – opinar nos processos de subvenção federal a instituições de assistência, no que respeita às obrigações que devam assumir, e fiscalizar para as situadas na 1ª região, o cumprimento das exigências estabelecidas pelo poder competente;

h) – cooperar com o S.F.B na regularização da estatística hospitalar;

i) – planejar e orientar, em todo o país, no tocante à parte assistencial, a luta contra doenças degenerativas e outras entidades mórbidas para as quais não haja serviços especializados no D.N.S.;

j) – cuidar dos problemas relativos à assistência médico-social a cegos e surdos-mudos, indigentes, velhos, abandonados, aleijados e outros anormais e deficientes físicos;

l) – organizar o plano nacional de seguro contra a doença e promover, em cooperação com a D.O.S., a instituição sistemática dos exames periódicos de saúde.

§ 1º – À S.E.I. compete a realização das atividades compreendidas nos itens a, c, d, f, g e l deste artigo.

§ 2º – À S.O.A. compete a realização das atividades compreendidas nos itens a, b, c, e, f, g, h e l deste artigo.

§ 3º – À S.A.S.S compete a realização das atividades compreendidas nos itens a, b, c, h, i, j e l deste artigo.

Art. 17 – Às Delegacias Federais de Saúde compete:

a) – constituir, nas respectivas regiões, o centro auxiliar de administração das atividades federais de saúde, de acordo com as normas planejadas pelos órgãos componentes do D.N.S. e fazer a necessária fiscalização das atividades atribuídas aos diversos serviços, quando assim fôr determinado pelo Diretor Geral.

b) – manter, de acôrdo com instruções aprovadas pelo Diretor Geral, entendimento estreito e permanente com organizações oficiais e particulares, sanitárias e assistenciais da respectiva Região, para desempenho dos encargos do D.N.S. de coordenação, orientação e fiscalização de todos os serviços de saúde no país, sugerindo e incentivando a sua criação, modificação ou ampliação;

c) – realizar inquéritos e estudos sobre problemas locais de saúde, que interessem ao D.N.S., obedecendo as instruções elaboradas pelos órgãos competentes e aprovadas pelo Diretor Geral;

d) – colher dados em cooperação com as repartições estaduais de saúde, para o levantamento dos “índices sanitários” das cidades brasileiras;

e) – fornecer às organizações de saúde estaduais, municipais e particulares a necessária cooperação técnica;

f) – fornecer às organizações de saúde estaduais, municipais e particulares o material disponível de que precisem para o bom andamento dos serviços, quando devidamente autorizado em lei e desde que haja dotação orçamentária própria;

g) – promover e estimular o desenvolvimento de organizações particulares com atividades sanitárias ou de assistência médico-social, articulando-as com as já existentes, oficiais ou particulares;

h) – informar com esclarecimentos verificados “in loco”, os processos de subvenção federal a quaisquer estabelecimentos de assistência e fiscalizar a aplicação dessa subvenção;

i) – coletar dados de estatística vital e administrativa dos serviços de saúde e instituições particulares, inclusive os elementos necessários à avaliação do trabalho de saúde pública;

j) – cooperar nos cursos regionais de aperfeiçoamento organizados pelo D.N.S.

CAPITULO IV

Das atribuições dos funcionários e extranumerários

Art. 18 – Ao Diretor Geral do D.N.S. incumbe:

a) – dirigir, coordenar e fiscalizar os trabalhos do D.N.S. e representa-lo em suas relações externas;

b) – assegurar a estreita colaboração dos diversos órgãos do D.N.S. entre si e com os serviços estaduais, municipais e instituições privadas, que tenham a seu cargo atividade de saúde, coordenando-os, fiscalizando-os e auxiliando-os;

c) – entender-se diretamente e autorizar entendimentos com autoridades da União, dos Estados e Municípios para o exato cumprimento das finalidades do D.N.S.;

d) – representar ao Ministro de Estado, sugerindo providências do Governo Federal, toda a vez que julgar improficuos os seus esforços junto às repartições e instituições de saúde para que tenham cumprimento as atribuições do D.N.S.;

e) – colaborar com a Comissão de Estudos dos Negócios Estaduais na solução de problemas de saúde;

f) opinar em todos os assuntos que, dizendo respeito às atividades dos órgãos do D.N.S. devam ser solucionados pelas autoridades superiores e resolver os demais, ouvidos os referidos órgãos;

g) – aprovar os planos de pesquisas, estudos, inquéritos e investigações sobre assuntos a serem realizados pelos diferentes órgãos do D.N.S.;

h) – despachar pessoalmente com o Ministro da Educação e Saúde;

i) – despachar semanalmente com os diretores e chefes dos diversos órgãos do D.N.S., determinando as providências necessárias à boa marcha dos serviços a eles cometidos;

j) – inspecionar as atividades dos diversos órgãos do D.N.S. ou mandar fazê-lo quando parecer conveniente pelos respectivos diretores e chefes e pelos delegados federais de saúde;

l) – colaborar na organização e realização dos cursos de aperfeiçoamento e especialização a cargo do D.N.S.;

m) – apresentar, anualmente, ao Ministro de Estado, o relatório dos trabalhos realizados pelos diversos órgãos do D.N.S.;

n) – solicitar a distribuição de créditos orçamentários e fazer verificar a sua aplicação;

o) – designar o seu secretário e auxiliar, o chefe do S.A. e os inspectores de Saúde dos Portos; aprovar as designações de chefes dos diversos órgãos do D.N.S.; opinar nas propostas de designação do dirigente e professores do curso de Saúde Pública e propor a designação dos professôres e coordenador dos cursos de Aperfeiçoamento do D.N.S.;

p) – movimentar o pessoal de um para outro órgão do D.N.S., respeitada a lotação;

q) – propor a designação de técnico dos diversos órgãos do D.N.S. para servirem em caráter transitório junto às repartições sanitárias estaduais e instituições privadas;

r) – propor, admitir ou dispensar, na forma da legislação em vigor o pessoal extranumerário;

s) – conceder férias aos diretores do I.O.C., Divisões e Serviços, aos Delegados Federais de Saúde e ao Chefe do S.A.;

t) – impor penas disciplinares ao pessoal do D.N.S., inclusive a de suspensão até 30 dias e representar ao Ministro de Estado quando a penalidade não couber na sua alçada;

u) – determinar a instauração de processo administrativo;

v) – baixar instruções de serviço para o fiel cumprimento das atribuições e encargos dos diversos órgãos do D.N.S.;

x) – executar quaisquer outras atribuições que lhe forem legalmente cometidas.

Art. 19 – Ao Chefe do S.A. incumbe:

a) – dirigir, coordenar e fiscalizar os trabalhos a cargo do S.A.;

b) – manter a mais estreita colaboração entre o S.A. e demais órgãos do D.N.S.;

c) – designar os chefes das seções do S.A. e o da Portaria;

d) – reunir periódicamente os chefes de seção e comparecer às reuniões promovidas pelo Diretor Geral;

e) – submeter ao Diretor Geral a proposta orçamentária elaborada pela S.O.;

f) – apresentar mensalmente ao Diretor Geral um boletim dos trabalhos realizados pelo S.A. e, anualmente, o respectivo relatório;

g) – propor a admissão e a dispensa do pessoal extranumerário;

h) – prorrogar ou antecipar o expediente;

i) – impor penas disciplinares ao pessoal subordinado, inclusive a de suspensão até 15 dias e representar ao Diretor Geral quando a penalidade não couber à sua alçada;

j) – aprovar a escola de férias do pessoal do S.A.;

l) – movimentar o pessoal do S.A. de acôrdo com as necessidades do serviço, respeitada a lotação;

m) – baixar ordens de serviço par ao fiel cumprimento das atribuições constantes dêste Regimento, no que lhe disser respeito.

Art. 20 – Aos Diretores de Divisão incumbe:

a) – dirigir, coordenar e fiscalizar os trabalhos a cargo da Divisão;

b) – manter a mais estreita colaboração entre a Divisão e os demais órgãos do D.N.S.;

c) – encarregar-se das publicações a cargo da Divisão, previstas neste Regimento;

d) – designar os Chefes das Seções;

e) – reunir periódicamente os Chefes de Seção e comparecer às reuniões promovidas pelo Diretor Geral;

f) – apresentar mensalmente ao Diretor Geral um boletim dos trabalhos realizados pela Divisão e, anualmente, o respectivo relatório;

g) – propor admissão e dispensa do pessoal extranumerário;

h) – prorrogar ou antecipar o expediente;

i) – impor penas disciplinares ao pessoal subordinado, inclusive a de suspensão até 15 dias, e representar ao Diretor Geral quando a penalidade não couber na sua alçada;

j) – aprovar a escala de férias do pessoal da Divisão;

l) – movimentar o pessoal da Divisão de acôrdo com as necessidades do serviço, respeitada a lotação;

m) – baixar ordens de serviço para o fiel cumprimento das atribuições constantes dêste Regimento.

Art. 21 – Aos Chefes de Seção incumbe:

a) – dirigir e fiscalizar a execução dos trabalhos a cargo da Seção, distribuindo-os pelo pessoal subordinado e informando o seu superior hierárquico sobre o andamento dos mesmos;

b) – aplicar penas disciplinares de advertência e repreensão, e representar ao superior hierárquico quando a penalidade não couber na sua alçada;

c) – organizar escalas de férias do pessoal subordinado, submetendo-a à aprovação do Diretor da Divisão ou ao Chefe do Serviço, conforme o caso.

Art. 22 – Aos Delegados Federais de Saúde incumbe:

a) – dirigir, coordenar e fiscalizar o trabalho da Delegacia sob sua direção;
b) – comunicar-se, por intermédio do Diretor Geral, ou diretamente quando por êle autorizado, com autoridades da União, Estados ou Municípios, sempre que o exigir o interesse do serviço, requisitando delas as providências necessárias ao fiel desempenho de suas funções;

c) – manter estreita colaboração com os demais órgãos do D.N.S.;

d) – inspecionar ou mandar inspecionar, sempre de acôrdo com instruções do Diretor Geral, as atividades sanitárias ou assistenciais da respectiva Região;

e) – fornecer à S.O. dados para a proposta orçamentária;

f) – enviar semanalmente e com rigorosa pontualidade os diários pormenorizados das atividades desempenhadas na semana anterior, por si e pelo pessoal técnico lotado na respectiva Delegacia;

g) – propor, admitir e dispensar o pessoal extraordinário, na forma da legislação em vigor;

h) – movimentar o pessoal da Delegacia, de acôrdo com as necessidades de serviço, respeitada a lotação;

i) – prorrogar ou antecipar o expediente;

j) – impor penas disciplinares, inclusive a de suspensão até 15 dias, e representar ao Diretor Geral quando a penalidade não couber na sua alçada;

l) – aprovar a escala de férias do pessoal da Delegacia;

m) – baixar ordem de serviço para o fiel cumprimento do disposto neste Regimento.

Art. 23 – Aos Secretários do Diretor Geral e dos Diretores de Divisão incumbe:

a) – atender ás pessoas que procurarem o Diretor respectivo dando a êste conhecimento do assunto a tratar;

b) – representar o Diretor respectivo quando para isso fôr designado;

c) – redigir a correspondência pessoa do Diretor respectivo.

Art. 24 – Aos demais funcionários e extranumerários em exercício nos órgãos do D.N.S., de que trata êste Regimento e com atribuições nêle não especificadas, incumbe executar as atribuições que lhes forem cometidas pelos seus superiores.

CAPÍTULO V

Da lotação

Art. 25 – Os órgãos do D.N.S. de que trata este Regulamento, terão a lotação que fôr oportunamente baixada em decreto.

Parágrafo único – Além dos funcionários, poderão os órgãos do D.N.S. de que trata êste Regimento, ter pessoal extranumerário admitido na forma da legislação vigente.

CAPÍTULO VI

Do horário

Art.26 – O período de trabalho dos órgãos do D.N.S. a que se refere este Regimento será no mínimo, de trinta e trinta e três horas semanais.

Art.27 – A freqüência do pessoal em serviço fora da sede das D.O.S., D.O.H. e D.F.S., será verificada por meio de boletins diários de produção, controlados pelo Diretor da Divisão respectiva ou Delegado

Art.28 – Não ficam sujeitos a ponto o Diretor Geral e os Diretores de Divisão.

CAPÍTULO VII

Das Substituições

Art.29 – Serão substituídos, automaticamente, em suas faltas e impedimentos eventuais:

- a) o Diretor Geral pelo Diretor da Divisão ou Serviço, por êle prèviamente designado;
- b) os Diretores de Divisão e o Chefe do S.A. pelos Chefes de Seção por eles prèviamente designados;
- c) os Delegados Federais de Saúde por Médicos Sanitaristas por eles prèviamente designados;
- d) os Chefes de Seção por funcionários prèviamente designados pelo superior imediato.

Rio de Janeiro, em 4 de fevereiro de 1942. – *Gustavo Capanema.*

(“Diário Oficial”, de 10-2-1942).

DECRETO-LEI Nº 9.846, DE 12 DE SETEMBRO DE 1946

Cria o Fundo de Assistência Hospitalar e dá outras providências.

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o artigo 180 da Constituição, decreta:

Art. 1.º – Fica instituído o Fundo de Assistência Hospitalar destinado a auxiliar o custeio, manutenção e desenvolvimento do serviço hospitalar no Brasil.

Art. 2.º – Fica elevado a dez por cento (10%) o adicional de que trata o Decreto-lei nº 6.785, de 11 de agosto de 1944 incidente sobre as taxas do Imposto de Consumo de bebidas (alínea XIX, Tabela C, do Decreto-lei nº 7.404, de 22 de março de 1945).

Parágrafo único – Metade da arrecadação do adicional a que se refere este artigo continuará a constituir o Fundo Nacional do Ensino Primário, de que trata o Decreto-lei nº 4.958, de 14 de novembro de 1942, e a outra metade será destinada a atender a despesa com o Fundo de Assistência Hospitalar, criado pelo artigo 1.º deste Decreto-lei.

Art. 3.º – Os recursos e a aplicação do Fundo de Assistência Hospitalar deverão figurar no Orçamento da Receita e da Despesa da União.

Art. 4.º – A dotação consignada no Orçamento para o Fundo de Assistência Hospitalar será rateada entre todas as Santas Casas do país, de acordo com a quantidade de leitos gratuitos que cada uma tiver em suas enfermarias.

Art. 5.º – As Santas Casas, para recebimento do auxílio estabelecido no artigo anterior, deverão habilitar-se até 31 de março de cada ano, perante o Ministério da Educação e Saúde feitas as provas que a lei exigir.

Art. 6.º – A dotação orçamentária, que for inscrita no Orçamento da Despesa do Ministério da Educação e Saúde, com base na estimativa da Receita correspondente, será automaticamente distribuída ao Tesouro Nacional.

Parágrafo único – No período adicional de cada exercício, serão ajustadas as diferenças que houver entre a arrecadação e os pagamentos realizados, abrindo-se, nêsse período, quando fôr o caso, o crédito suplementar necessário para a regularização da despesa.

Art. 7.º – O Ministro da Educação e Saúde, no prazo de sessenta dias (60) a contar da publicação dêste Decreto-lei, apresentará ao Presidente da República o projeto de Regulamento do Fundo de Assistência Hospitalar.

Art. 8.º – Êste Decreto-lei entrará em vigor no dia 1.º de janeiro de 1947.

Art. 9.º – Revogam-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 12 de setembro de 1946; 125º da Independência e 58º da República.

EURICO G. DUTRA
Ernesto de Souza Campos
Gastão Vidigal

("Diário Oficial", de 14-9-1946).

LEGISLAÇÃO

DECRETOS

DECRETO Nº 16.571, DE 11 SETEMBRO DE 1944

*Modifica o Regimento do
Departamento Nacional de Saúde, do
Ministério da Educação e Saúde.*

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o art. 74, letra *a*, da Constituição, decreta:

Art. 1.º – Ao Regimento do Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde, aprovado pelo Decreto n.º 8.674, de 4 de fevereiro de 1942, fica acrescentado o seguinte capítulo:

"Capítulo VIII – Das disposições gerais.

Art. 30 – O Diretor Geral providenciará no sentido de serem realizadas inspeções de sanidade, em quaisquer pessoas, para quaisquer fins, por determinação ou solicitação de autoridade competente, nos casos em que essas inspeções não tenham sido atribuídas, por lei, a qualquer outro órgão da Administração.

Parágrafos único – Para os fins deste artigo, o Diretor Geral designará juntas de médicos, escolhendo-se entre os dos serviços que lhes são subordinados ou também, se fôr necessário mediante entendimento com os órgãos interessados, os de serviços sanitários estaduais, municipais ou territoriais".

Art. 2.º – O presente Decreto entra em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 11 de setembro de 1944, 123.º da Independência e 56.º da República.

("Diário Oficial", de 13-9-1944).

DECRETO Nº 37.764, DE 18 DE AGOSTO DE 1955

*Regulamenta a aplicação dos recursos do
FUNDO DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.*

O Presidente da República, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 87, item I da Constituição, e á vista do disposto no art. 7º do Decreto-lei nº 9.846, de 12 de setembro de 1946, decreta:

Art. 1.º – Os auxílios de que trata o Decreto-lei nº 9.846, de 12 de setembro de 1946, serão deferidos anualmente, na forma dêste Regulamento, aos estabelecimento de natureza hospitalar que prestam assistência médica gratuita á população em geral.

Art. 2.º – Os auxílios a que se refere o artigo anterior serão de preferência concedidos em espécie, constando, neste caso, de medicamentos e material médico, inclusive aparelhagem destinada ao desenvolvimento dos serviços hospitalares, de acôrdo com as necessidades de cada instituição.

Parágrafo único – A Divisão de Organização Hospitalar (D.O.H.), do Departamento Nacional de Saúde, arbitrará o montante e a composição de cada auxílio após o exame dos pedidos das instituições interessadas, face aos recursos disponíveis, observadas as normas deste Regulamento.

Art. 3.º – O auxílio será proporcional ao número de leitos gratuitos que comprovadamente cada estabelecimento houver mantido no ano anterior nos seus diversos serviços e clínicas.

Art. 4.º – Não se concederá auxílio á instituição que:

- a) não esteja registrada na D.O.H
- b) distribua benefícios ou preste assistência apenas aos próprios membros e respectivas famílias;
- c) não satisfaça as exigências previstas nêste Regulamento.

Art. 5.º – O registro das instituições na D.O.H. será feito mediante requerimento, instruído com os seguintes documentos:

I – certidão de inteiro teor dos estatutos ou regulamento da instituição, fornecida pelo Registro Público de Pessoas Jurídicas;

II – prova de regularidade do mandato da diretoria em exercicio;

III – prova de que dispõe de patrimônio ou renda regular;

IV – preenchimento dos questionários adotados pelo D.O.H.

Parágrafo único – Qualquer alteração nos estatutos ou regulamento das entidades registradas na D.O.H., deve ser comunicada á mesma com a remessa da certidão do respectivo registro em cartório.

Art. 6.º – Para candidatar-se ao auxílio de que trata êste Regulamento a instituição interessada deverá dirigir, até 31 de março de cada ano, ao Diretor da D.O.H., requerimento instruído dos seguintes documentos:

I – prova do número de leitos gratuitos mantidos em funcionamento no ano anterior feita por atestado firmado pelo Prefeito do Município em que fôr localizado o estabelecimento em causa, ou pelo Juiz de Direito, ou pelo Coletor Federal, ou pela autoridade sanitária, sem prejuízo de verificação direta pela própria D.O.H., a critério de seu Diretor;

II – prova da regularidade do mandato da diretoria em exercício;

III – dados estatísticos referentes ao ano anterior, de acôrdo com os padrões da D.O.H.;

IV – justificativa da aplicação do auxílio a qual poderá constar de relação do material de que precisa a instituição.

Art. 7.º – A D.O.H. pelos meios ao seu alcance, fiscalizará a aplicação dos auxílios concedidos.

Art. 8.º – O fornecimento de informações inverídicas importará na impossibilidade de recebimento de quaisquer auxílios, até prova satisfatória da idoneidade da instituição, a juízo do Diretor da D.O.H.

Art. 9.º – Na concessão do auxílio, cada ano, será considerada a boa aplicação do auxílio anterior, pela instituição beneficiária.

Art. 10 – Fica revogado o Regulamento de que tratam os decretos números 22.099, de 18 de novembro de 1946, e 28.936, de 6 de dezembro de 1950.

Art. 11 – Êste decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, em 18 de agosto de 1955; 134.º da Independência e 67.º da República.

JOÃO CAFÉ FILHO
Aramis Athayde

DECRETO N.º 38.520, DE 5 DE JANEIRO DE 1956

Altera a redação do art. 2.º e seu parágrafo único de Decreto n.º 37.764 de 18 de agosto de 1955.

O Vice- Presidente do Senado Federal, no exercício do cargo de Presidente da República usando da atribuição que lhe confere o art. 87, inciso I da Constituição decreta:

Art. 1.º O art. 2.º e seu parágrafo único do Decreto n.º 37.764 de 18 de agosto de 1955 passam a ter a seguinte redação:

"Art. 2.º Os auxílios a que se refere a artigo anterior serão concedidos em medicamentos, equipamentos, inclusive aparelhagem médica, ou em dinheiros, conforme tiver expressamente solicitado a instituição beneficiada no momento em que candidatar-se ao auxílio no forma do art. 6.º deste Decreto.

Parágrafo único. A Divisão de Organização Hospitalar do Departamento Nacional de Saúde arbitrará o valor de cada auxílio face aos recursos disponíveis e observadas as normas deste Regulamento".

Art. 2.º O presente Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, em 5 de janeiro de 1956; 135.º da Independência e 68.º da República.

NEREU RAMOS

Maurício de Medeiros

DECRETO N.º 1.116, DE 1.º DE JUNHO DE 1962

Regula a concessão do parcelamento a que se refere o art. 260, do Regulamento Geral da Previdência Social, dos débitos das Santas Casas de Misericórdia.

O Presidente do Conselho de Ministros, usando das atribuições que lhe confere o art. 18, ítem III do Ato Adicional á Constituição Federal, decreta:

Art. 1.º – débitos das Santas Casas de Misericórdia, provenientes da contribuição em atraso aos Institutos de Previdência, regularmente verificados ou ajuizados, poderão ser objeto de acôrdo para pagamento parcelado até prazo de 12 meses, sem juros, multas ou moras.

Art. 2.º – É competente para autorizar o parcelamento do débito o Diretor-Geral do Departamento Nacional de Previdência Social, do Ministério do Trabalho.

Art. 3.º – As entidades a que se refere a art. 1.º juntando a prova que tiverem, deverão requerer o parcelamento á autoridade a que se refere o artigo 2.º.

Parágrafo único. Enquanto não fôr assunto decidido, ficará suspensa qualquer cobrança administrativa ou judicial.

Art. 4.º – Se o pedido não fôr atendido, no prazo de 30 dias, é lícito á administração da Santa Casa, requerer ao juiz competente do fôro do devedor, o parcelamento da dívida declarada pela Instituição.

§ 1.º – Recebendo o requerimento, o Juiz determinará a citação e, se houver protesto por depoimento de testemunhas, marcará dia e hora para sua realização, não podendo demorar mais de dez dias.

§ 2.º – Terminada a fase da prova, as partes terão, em comum, o prazo de 48 horas para alegações, findo o qual, os autos serão enviados ao Juiz que decidirá em cinco dias.

Art. 5.º – Do despacho do Juiz caberá agravo de instrumento para Tribunal Superior, na forma do processo comum.

Art. 6.º – O despacho que conceder o parcelamento, fará coisa julgada; o que negar, não impedirá a discussão do assunto no Executivo ou outra ação.

Art. 7.º – Êste decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, D. F., em 1.º de junho de 1962; 141.º da Independência e 74.º da República.

TANCREDO NEVES
Souto Maior

DECRETO N.º 1.117, DE 1.º DE JUNHO DE 1962

Regulamenta a Lei n.º 3.577, de 4 de julho de 1959, que isenta da taxa de contribuição de Previdência dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, as entidades filantrópicas.

O Presidente do Conselho de Ministros, usando das atribuições que lhe confere o art. 18, item III do Alto Adicional à Constituição Federal, decreta:

Art. 1.º – Compete ao Conselho Nacional do Serviço Social, certificar a condição de entidade filantrópica para servir de prova no Instituto de Previdência a que estiver a Instituição beneficiária da isenção, prevista na Lei n.º 3.577, de 4 de julho de 1959.

Parágrafo único – Cabe ao mesmo Conselho o julgamento dos títulos necessários à declaração de Utilidade Pública.

Art. 2.º – São entidades filantrópicas, para os efeitos deste decreto, as Instituições que:

- a) Destinarem a totalidade das rendas apuradas ao atendimento gratuito das suas finalidades;
- b) que os diretores, sócios ou irmãos, não percebam remuneração e não usufruam vantagens ou benefícios, sob qualquer título;
- c) que estejam registradas no Conselho Nacional do Serviço Social.

Art. 3.º – Fica concedido o prazo de dois anos, para que as Instituições filantrópicas obtenham os decretos de Utilidade Pública a que se refere o artigo anterior.

Parágrafo único – Enquanto não forem lavrados os citados Decretos serão válidos para os efeitos do artigo 1.º da lei n.º 3.577 as "declarações de Utilidade Pública", já expedidas ou que venham a ser expedidas pelo Governo e Câmaras Estaduais e Municipais.

Art. 4.º – O Conselho Nacional do Serviço Social expedirá um certificado provisório de "Entidade de Fins Filantrópicos", válido por dois anos, às Instituições que se encontrarem registradas ou que venham a se registrar no Conselho.

Parágrafo único – Às Instituições filantrópicas, que mantiverem organizações hospitalares ou para-hospitalares, registradas na Divisão de Organização Hospitalar, do Ministério da Saúde, o Conselho fornecerá o certificado, a que se refere o presente artigo, independente de qualquer outra formalidade ou exigência.

Art. 5.º – Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 1.º de junho de 1962; 141.º da Independência e 74.º da República.

TANCREDO NEVES
Souto Maior

DECRETO N.º 1.118, DE 1.º DE JUNHO DE 1962

Regulamenta a Lei n.º 3.933, de 4 de agosto de 1961, que concede anistia às instituições caritativas, quanto ao recolhimento de contribuições atrasadas aos Institutos de Previdência.

O presidente do conselho de Ministros, usando das atribuições que lhe confere o art. 18, item III do Ato Adicional à Constituição Federal, decreta:

Art. 1.º – Compete ao Conselho Nacional do Serviço Social, certificar a condição de entidade filantrópica para servir de prova no Instituto de Previdência, a que estiver sujeita a Instituição beneficiária da anistia prevista na Lei n.º 3.933, de 4 de agosto de 1961.

Parágrafo único – Cabe ao mesmo Conselho o julgamento dos títulos necessários à declaração de Utilidade Pública.

Art. 2.º – São entidades filantrópicas, para os efeitos dêste decreto, as instituições que:

- a) Destinarem a totalidade das rendas apuradas ao atendimento gratuito das suas finalidades;
- b) que os diretores, sócios ou irmãos, não percebam remuneração e não usufruam vantagens ou benefícios, sob qualquer título;
- c) que estejam registradas no Conselho Nacional do Serviço Social.

Art. 3.º – Fica concedido o prazo de dois anos, para que as Instituições filantrópicas obtenham os decretos de Utilidade Pública a que se refere o artigo anterior.

Parágrafo único – Enquanto não forem lavrados os citados Decretos serão válidos para os efeitos do artigo 1.º da Lei n.º 3.577 as “declarações de Utilidade Pública”, já expedidas ou que venham a ser expedidas pelo Govêrno e Câmaras Estaduais e Municipais.

Art. 4.º – O Conselho Nacional do Serviço Social expedirá um certificado provisório de “Entidade de Fins Filantrópicos”, válido por dois anos, às Instituições que se encontrarem registradas ou que venham a se registrar no Conselho.

Parágrafo único – Às Instituições filantrópicas, que mantiverem organizações hospitalares ou para-hospitalares, registradas na Divisão de Organização Hospitalar, do Ministério da Saúde, o Conselho fornecerá o certificado, a que se refere o presente artigo, independente de qualquer outra formalidade ou exigência.

Art. 5.º – Êste Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 1.º de junho de 1962; 141.º da Independência e 74.º da República.

TANCREDO NEVES
Souto Maior

DECRETO N.º 1.119, DE 1.º DE JUNHO DE 1962

Regulamenta o art. 121 do Decreto n.º 48.959-A, de 19 de setembro de 1960.

O presidente do conselho de Ministros, usando das atribuições que lhe confere o art. 18, item III do Ato Adicional à Constituição Federal, decreta:

Art. 1.º – Nas localidades onde os Institutos de Previdência não possuírem serviços de assistência médico-hospitalar, para-hospitalar, complementar, odontológica e farmacêutica, próprios à prestação igual dessa assistência, será preferencialmente adjudicada, nos termos do inciso VI, do Decreto n.º 48.959, de 19 de setembro de 1960, aos Hospitais e organizações mantidas pelas Santas Casas de Misericórdia.

Art. 2.º – Para fiscalizar a execução da medida preconizada no artigo anterior, assim como, para fixar as tabelas de preços unitários dos serviços a serem adjudicados, será constituída uma comissão permanente, no Ministério da Saúde, composta de:

- a) um representante da Divisão de Organização Hospitalar do Ministério da Saúde;
- b) um representante do Departamento da Previdência Social do Ministério do Trabalho;
- c) um representante das Santas Casas de Misericórdia.

§ 1.º – A Presidência da Comissão caberá ao representante da Divisão de Organização Hospitalar do Ministério da Saúde.

§ 2.º – O representante das Santas Casas de Misericórdia será escolhido pelo Ministro da Saúde, de uma lista tríplice, fornecida por um mínimo de dez instituições ou por suas Federações.

§ 3.º – Na organização das tabelas de preços unitários, serão levados em consideração, o padrão hospitalar e as tabelas de serviços médicos, aprovadas pela Associação Médica Brasileira, guardadas as peculiaridades regionais.

§ 4.º – As tabelas de preços unitários a que se refere o parágrafo 3.º, serão revistas de dois em dois anos, salvo se durante a sua vigência, forem alterados os níveis do salário-mínimo.

§ 5.º – A Comissão apresentará, dentro de 60 dias, o seu regimento interno, para aprovação do Ministro da Saúde.

Art. 3.º – Não sendo aceitos pela Santa Casa do local, os preços unitários, aprovados pela Comissão, os Institutos realizarão, obrigatoriamente, concorrências públicas, mediante convocação, em editais publicados pela imprensa local, com quinze dias de antecedência, para prestação dos serviços médico-hospitalares, pelo prazo máximo de dois anos.

Parágrafo único – As propostas serão abertas na presença dos interessados, na Agência do Instituto, em hora previamente anunciada no edital de convocação.

Art. 4.º – Êste Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 1.º de junho de 1962; 141.º da Independência e 74.º da República.

TANCREDO NEVES
André Franco Montoro
Souto Maior

DECRETO N.º 52.464, DE 12 DE SETEMBRO DE 1963

*Baixa Normas Técnicas Especiais para
Orientação, Organização, Funcionamento e a
Fiscalização de Instituições Médico-Social no País.*

O presidente da República usando das atribuições que lhe confere o artigo 87 item I da Constituição Federal, resolve:

Baixar as seguintes Normas Técnicas Especiais de acordo com os artigos 94 e 131 do Decreto n.º 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961 e obedecendo o disposto no artigo 8.º do mesmo decreto:

Art. 1.º – O Ministério da Saúde, através de seu órgão técnico especializado orientará, coordenará e fiscalizará as atividades de Assistência Médico-Social do País, tendo como principais objetivos:

- a) melhoria de suas condições técnicas e administrativas;
- b) extensão a áreas ainda não beneficiadas;
- c) reajustamento das organizações assistenciais às necessidades locais;
- d) providências para que as despesas de construção, instalação, equipamento, conservação e manutenção estejam em conformidade com os serviços que devem prestar junto às comunidades;
- e) padronização, tanto quanto possível, nos sistemas de contabilidade, estatística, relatórios e estatutos;
- f) avaliação do padrão de serviços prestados pela rede assistencial;
- g) censo hospitalar;
- h) planejamento de novas unidades assistenciais e reformas nas existentes;
- i) incentivo ao melhor aproveitamento da rede hospitalar existente.

Art. 2.º – O Órgão Técnico do Ministério da Saúde disciplinará:

- a) a concessão de auxílios para custeio de manutenção da assistência médico-social;
- b) a concessão de auxílios para formação, treinamento e aperfeiçoamento de pessoal médico e para-médico;
- c) a concessão de auxílios para reformar, ampliação e novas construções;

d) o estabelecimento de padrões aplicáveis à construção, instalação e equipamento de unidades de assistência médico-social;

e) orientação quanto à organização administrativa.

Art. 3.º – Serão adotados, nas instituições de assistência médico-social, para fins de uniformidade, os seguintes conceitos:

1) Assistência Hospitalar é toda assistência médico-social que tem por base o Hospital, qualquer que seja sua especialização ou denominação.

2) Hospital é a instituição destinada a internar pacientes para diagnóstico e tratamento médico, incumbindo-lhe, ainda atender aqueles não necessitados de internação.

3) Hospital Geral é aquele destinado a atender pacientes necessitados de recursos clínicos gerais ou especializados.

4) Hospital Especializado é aquele destinado a atender pacientes de uma ou mais especialidades correlatas.

5) Hospital-Unidade Sanitária (Unidade Médico-sanitária. Unidade Mista, Unidade integrada de Saúde) é aquela que compreende em seu programa as atividades de assistência médica inclusive hospitalização para clínica e cirurgia de urgência, obstétrica e as de saúde pública.

6) Hospital Local ou de Comunidade é aquele que em seu programa de atividades de assistência médica, clínica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica, integra as de saúde pública, de acordo com as possibilidades de pessoal e equipamento.

7) Hospital Distrital ou Regional, é aquele que, mantendo articulação com os Hospitais-Unidades-Sanitárias e Hospitais locais tem atividades de saúde pública, e presta assistência médica de maior amplitude.

8) Hospital de Base, é aquele que se destina a executar atividades médico-sanitária e constitui o centro de coordenação e integração de serviço médico hospitalar de uma zona, devendo estar capacitado a prestar também assistência especializada mais diferenciada, bem como a formar e aperfeiçoar pessoal hospitalar.

9) Ambulatório é um serviço destinado a diagnóstico ou tratamento de pacientes sem internação.

10) Quarto hospitalar é um compartimento do hospital destinado a alojar um ou dois pacientes.

11) Enfermaria é um compartimento do hospital destinado ao alojamento de três ou mais pacientes.

12) Leito é a cama destinada ao paciente hospitalizado adulto ou criança.

13) Bêrço é a cama para recém-nascido sadio, do parto ocorrido no hospital.

14) Internação é a entrada no hospital do paciente que nêle permaneça ao menos 24 horas.

15) Matrícula é o registro do paciente no Hospital para consulta ao internamento.

16) Lotação é o número de leitos efetivamente existentes no Hospital, respeitadas as instruções baixadas pelo órgão técnico especializado.

Art. 4.º – Os auxílios serão concedidos às instituições médico-sociais filantrópicas que se enquadrem no programa a que se refere o artigo 2.º dêste decreto.

Parágrafo único – A instituição filantrópica devem preencher os seguintes requisitos:

a) destinar a totalidade de suas rendas às atividades de assistência médico-social gratuita;

b) não conceder remuneração, gratificação, vantagens ou benefícios de nenhuma espécie e a qualquer título, a dirigentes, superiores, diretores, sócios, irmãos ou outras pessoas, salvo aquelas com as quais mantenha vínculo legais de empregadora;

c) manter um têrço dos leitos hospitalares, no mínimo, para atendimento gratuito do público em geral.

Art. 5.º – O órgão técnico especializado do Ministério da Saúde baixará instruções no prazo de cento e oitenta (180) dias definindo e conceituando as unidades estatísticas de utilização nos hospitais e nas entidades para-hospitais, tais como os relativos a doentes, leitos, instalações, admissão, alta, transferência e outros que se tornarem necessários ao desenvolvimento do trabalho da rotina assistencial.

Art. 6.º – O auxílios e subvenções concedidas pela União, para fins de manutenção, instalação, conservação, equipamento e obras para assistência médico-hospitalar, à conta de verbas globais sômente serão distribuídas após parecer do órgão técnico especializado do Ministério da Saúde, tendo em vista o que dispõem as Normas técnicas baixadas por êste decreto.

Parágrafo único – Ficam excluídas desta exigência as instituições e estabelecimentos dependentes de outros órgãos especializados do Ministério da Saúde aos quais, no entanto, se aplicam os princípios gerais constantes dêste decreto.

Art. 7.º – Para concessão das subvenções e auxílios será necessária a apresentação em cada processo do respectivo plano de aplicações e sua devida aprovação pelo órgão técnico próprio do Ministério da Saúde.

Art. 8.º – O órgão do Ministério da Saúde promoverá, quando conveniente o estabelecimento de convênios com o governos estaduais, municipais, entidades autárquicas, para-estatais e privadas, visando a assegurar a construção, instalação, equipamento, e funcionamento e a manutenção de instituições hospitalares e para-hospitalares.

Art. 9.º – Na distribuição de auxílios e subvenções à conta de dotações globais, deverão ser atendidas as seguintes exigências:

- a) existência legal da entidade e registro da mesma no órgão técnico do Ministério da Saúde, cumpridas as formalidades regulamentares;
- b) apresentação do projeto da obra ou plano de aplicação que obedeça às especificações técnicas do órgão próprio do Ministério da Saúde e que indique as fontes de recursos previstas para manutenção das entidades depois de instaladas;
- c) comprovação da correta utilização de recursos anteriormente recebidos;
- d) inexistência de dotações orçamentárias específicas que beneficiem diretamente a entidade.

Art. 10 – Atendidas as exigências formuladas no artigo anterior, a concessão de auxílios e subvenções deverá obedecer aos seguintes critérios:

- a) uma distribuição geral entre os Estados tendo por finalidade promover a efetiva redistribuição da renda sem abandono do número de brasileiros.

1 – 40% do total de recursos será distribuídos na base do número de habitantes;

2 – 40% será distribuído de modo inversamente proporcional à renda per-capita da população de cada Estado de conformidade com os levantamentos da Fundação Getúlio Vargas;

3 – 20% será devido de modo inversamente proporcional à situação sanitária da população de cada Estado. Na avaliação da situação sanitária serão tomadas em consideração a mortalidade geral, a mortalidade proporcional e a mortalidade infantil.

- b) A distribuição pelas instituições de cada Estado bem assim como as cotas para os diversos itens de despesas:

1 – da manutenção e conservação;

2 – melhoria de equipamento;

3 – aperfeiçoamento com instruções de serviço a serem baixadas pelo órgão técnico especializado e atendidas as condições particulares de cada Estado.

Art. 11 – Para aplicação dos critérios prefixados no artigo anterior, o órgão técnico especializado do Ministério da Saúde promoverá no prazo de cento e oitenta (180) dias, um levantamento global dos recursos assistenciais existentes no país, de acordo com a sua localização geográfica, condições de funcionamento e grau de aproveitamento, com vistas à elaboração de um projeto de zoneamento que permitirá a aplicação dos diversos requisitos técnicos previstos nos critérios anteriormente definidos.

Art. 12 – Quando os auxílios específicos consignados a instituições assistenciais forem considerados vultosos, o Diretor do órgão técnico do Ministério da Saúde, sob pena de responsabilidade deverá designar comissão especial integrada preferentemente por técnicos do Ministério que atuam na área e outros de reconhecida idoneidade, ainda que estranhos aos seus quadros, a fim de inspecionar a instituição e dar parecer sobre o real aproveitamento dos recursos a serem entregues.

§ 1.º – Para os fins previstos neste artigo, o Ministério da Saúde fixará, em portaria, no início, de cada exercício, o teto das importâncias não sujeitas, normalmente, à inspeção de comissão especial.

§ 2.º – Será considerado serviço relevante a cooperação prestada às referidas Comissões por pessoas estranhas ao quadro de funcionários do Ministério.

Art. 13 – O órgão técnico especializado do Ministério da Saúde baixará instruções aprovadas pelo Ministro da Saúde, contendo normas e especificações sobre padrões mínimos médico-hospitalares, aplicáveis às várias regiões do País.

Art. 14 – Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 12 de setembro de 1963; 142.º da Independência e 75.º da República.

JOÃO GOULART
Wilson Fadul

DECRETO N.º 55.643, DE 27 DE JANEIRO DE 1965

Institui o Censo Hospitalar Brasileiro

O Presidente da República, usando das atribuições que lhe confere o artigo 87, item I, da Constituição Federal, DECRETA:

Art. 1.º – Fica instituído o Censo Hospitalar, a cargo do Ministério da Saúde, por intermédio da Divisão de Organização Hospitalar, do Departamento Nacional de Saúde.

Art. 2.º – As instituições hospitalares existentes no país, públicas e privadas, da administração centralizada ou autárquica, ficam obrigadas a prestar, até o dia 20 de abril do corrente ano, as informações solicitadas, em questionário, pela Divisão de Organização Hospitalar, facilitando aos seus representantes credenciados, quando em inspeções e visitas, todos os elementos necessários à coleta de dados.

Art. 3.º – A falta de prestação das informações solicitadas, naquêle prazo, ou o fornecimento de dados inexatos, ou ainda, as dificuldades opostas à ação dos representantes daquêlê órgão determinarão:

a) – a responsabilidade administrativa dos dirigentes dos estabelecimentos à administração federal, centralizada e autárquica e a aplicação das sanções disciplinares cabíveis;

b) – a suspensão do pagamento de auxílios, subvenções ou de qualquer outra ajuda supletiva à entidade, bem como sua eventual inabilitação para receber qualquer auxílio do Governo Federal;

c) – a rescisão de convênios ou acôrdos com os Governos Estaduais e Municipais ou com entidades auxiliadas pela União;

d) – a cassação do registro do funcionamento de entidades privadas.

Art. 4.º – Os órgãos do Ministério da Saúde darão a colaboração indispensável à Divisão de Organização Hospitalar na execução dêste decreto.

Art. 5.º – Êste decreto entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, D.F., em 27 de janeiro de 1965, 144.º da Independência e 77.º da República.

H. CASTELLO BRANCO
Raymundo de Britto

(D.O. de 29-1-65)

DECRETO N.º 55.823, DE 10 DE MARÇO DE 1965

Institui Grupo de Trabalho para estudo e execução de medidas tendentes ao reequipamento Hospitalar, mediante financiamento.

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o artigo 87, item I, da Constituição Federal, decreta:

Art. 1.º – Fica instituído, no Ministério da Saúde, um Grupo de Trabalho sob a Presidência do Ministro de Estado e composto de 7 (sete) membros, sendo 2 (dois) do Ministério da Saúde; um representante do Ministério da Fazenda; um do Ministério Extraordinário de Planejamento e Coordenação Econômica; um do Banco do Brasil S.A.; um da Superintendência da Moeda e do Crédito e de um de empresas financiadoras de operações para aquisição de material, equipamento e aparelhamento médico-hospitalar.

§ 1.º – Os membros do Grupo de Trabalho serão designados pelo Ministro da Saúde, mediante indicação dos órgãos que representam.

§ 2.º – Para as sessões do Grupo de Trabalho a que não puder comparecer, o Ministro da Saúde designará um delegado que o representará, presidindo os trabalhos.

Art. 2.º – Compete ao Grupo de Trabalho a que se refere êste Decreto:

1.º) estabelecer as condições de prioridade a que devem satisfazer as entidades públicas e privadas de assistência-médica, para obtenção de financiamentos destinados à aquisição de material, equipamento e aparelhagem médico-hospitalar;

2.º) determinar, dentro dos limites de operações de financiamento que forem negociados, as quotas a serem atribuídas, regionalmente a Estados e Municípios e, particularmente, às entidades de direito público e de direito privado e às pessoas físicas, ficando estabelecido, desde logo, quanto a essas últimas, que, além das demais condições de idoneidade e prioridade fixadas pelo Grupo de Trabalho, não será concedido financiamento total para a aquisição, devendo os interessados apresentar garantia bastante de participação direta na transação, mediante depósito de, pelo menos, 10% do total a ser financiado;

3.º) fixar os tetos mínimo e máximo dos financiamentos a serem concedidos a cada entidade, e bem assim, os prazos de cada um;

4.º) indicar os tipos de equipamento, material e aparelhagem cuja aquisição deva ser considerada prioritária;

5.º) indicar as condições a que devem atender entidades beneficentes, de fins não lucrativos, para obter dispensa da responsabilidade integral de resgate do financiamento, assumindo a União o compromisso parcial do débito, à conta de dedução de auxílios e subvenções à entidade;

6.º) estudar as medidas legais e administrativas que devam ser adotadas:

- a) para facilitação do processo de importação e de liberação aduaneira dos materiais, equipamentos e aparelhos;
- b) para redução ou, quando couber, a isenção de impostos, taxas e demais tributos ou contribuições;
- c) para abreviamento das formalidades de concessão de licença de importação e de certificado de cobertura cambial.

Parágrafo único – O Grupo de Trabalho deverá concluir, no prazo de 30 dias, o desempenho das atribuições que lhe são conferidas neste artigo, apresentando proposta objetiva das medidas mencionadas no item 6.º e baixando normas e instruções sobre a matéria dos demais itens.

Art. 3.º – Encerradas as atividades previstas no artigo anterior, o Grupo de Trabalho continuará a funcionar para:

1 – rever, periodicamente, as normas e instruções sobre o assunto, nelas introduzindo as modificações necessárias, bem como sugerindo outras providências que se tornarem indicadas e excederem a órbita de sua competência;

2 – atuar como órgão de assessoramento do Ministério da Saúde, emitindo parecer sobre os pedidos de financiamento formulados pelas entidades interessadas, bem como sobre novas operações a serem negociadas ou sobre a reformulação das que estiverem em curso;

3 – acompanhar a execução das operações de financiamento realizadas.

Art. 4.º – O Grupo de Trabalho fica autorizado a solicitar, diretamente, assessoramento técnico e administrativo de todos os órgãos vinculados à administração pública centralizada e descentralizada, bem como sociedades de economia mista de que participe a União.

Parágrafo único – As solicitações do Grupo de Trabalho serão consideradas prioritárias, devendo ser atendidas em regime de absoluta urgência, sob pena de responsabilidade pela demora ou procrastinação.

Art. 5.º – Mediante requisição por intermédio do Ministério da Saúde e autorização do Presidente da República poderão ser postos à disposição do Grupo de Trabalho servidores federais e autárquicos, sem prejuízo dos vencimentos e demais vantagens dos seus cargos.

Parágrafo único – O número de servidores requisitados, na forma dêste artigo, será limitado ao mínimo indispensável para os serviços de Secretaria.

Art. 6.º – A entidade financiadora, responsável por determinada operação, realizada ou em negociação, poderá solicitar representação direta no Grupo de Trabalho, além do representante geral das entidades dessa natureza que nêle funcionará.

Parágrafo único – O representante especial de determinada entidade, admitido na forma dêste artigo, só participará, com direito a voto, das reuniões em que se tratar de matéria relativa à operação de financiamento do seu respectivo interêsse.

Art. 7.º – O presente Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 10 de março de 1965; 144.º da Independência e 77.º da República.

H. CASTELLO BRANCO
Raymundo de Britto
Octavio Gouveia de Bulhões
Roberto de Oliveira Campos

(D.O. de 11-3-65)

DECRETO N.º 56.120, DE 27 DE ABRIL DE 1965

Altera dispositivos do Decreto número 52.464 de 12 de setembro de 1963.

O Presidente da República, no uso de suas atribuições decreta:

Art. 1.º – Os artigos 9.º e 10.º do Decreto n.º 52.464, de 12 de setembro de 1963, passam a vigorar com a seguinte redação:

Art. 9.º – A distribuição de auxílios e subvenções à conta de dotações globais, será feita sob a direta supervisão e imediata responsabilidade do Ministro de Estado, ouvidos os órgãos técnicos competentes e tendo em vista:

- a) idoneidade da entidade beneficiada;
- b) a comprovação de condições para prestação de serviços gratuitos a indigentes, sem prejuízo da manutenção paralela de serviços sujeitos a pagamentos;
- c) a apresentação de plano de obras ou de aplicação dos recursos pleiteados.

Art. 10.º – Os recursos de verbas globais serão distribuídos com observância da respectiva ementa orçamentária e para os seguintes fins:

- a) contribuição para custeio de serviços médicos a indigentes ou de trabalhos de pesquisa;
- b) aquisição ou melhoria de equipamento;
- c) reformas, ampliação, prosseguimento e conclusão de obras;
- d) formação de pessoal técnico ou administrativo.

Art. 2.º – Êste decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 27 de abril de 1965; 144.º da Independência e 77.º da República.

H. CASTELLO BRANCO
Raymundo de Britto

DECRETO N.º 56.280, DE 5 DE MAIO DE 1965

Dá nova redação ao art. 2.º do Decreto n.º 55.643, de 27 janeiro de 1965.

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o artigo 87, item I, da Constituição Federal, decreta:

Art. 1.º – O art. 2.º do Decreto n.º 55.643, de 27 de janeiro de 1965, publicado no Diário Oficial de 29 subsequente, passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 2.º – As instituições hospitalares existentes no país, públicas e privadas, da administração centralizada ou autárquica, ficam obrigadas a prestar, no prazo que fôr estabelecido para cada Censo pela Divisão de Organização Hospitalar, as informações solicitadas, em questionário, pelo referido órgão, facilitando aos seus representantes credenciados, quando em inspeções e visitas, todos os elementos necessários à coleta de dados.

Art. 2.º – Fica acrescentado ao artigo 2.º o seguinte parágrafo único.

Parágrafo único – Para o Censo a ser realizado no corrente ano, fica fixado o prazo de fornecimento de informação até 30 de junho.

Art. 3.º – O presente decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 5 de maio de 1965; 144.º da Independência e 77.º da República.

H. CASTELLO BRANCO
Luiz Vicente Belfort de Ouro Preto

(D.O. de 24-5-65)

LEGISLAÇÃO

ÍNDICE CRONOLÓGICO

ÍNDICE CRONOLÓGICO E EMENTÁRIO DA LEGISLAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

LEIS:

- N.º 378, de 13 de janeiro de 1937 – Dá nova organização ao Ministério da Educação e Cultura (D.O. de 15-1-37).
- N.º 282, de 24 de maio de 1948 – Reorganiza o Departamento Nacional da Criança do Ministério da Educação e Saúde (D.O. de 11-8-48).
- N.º 970, de 16 de dezembro de 1949 – Dispõe sobre as atribuições, organização e funcionamento do Conselho Nacional de Economia – Art. 14, alínea “a”: transfere a Comissão para o M.E.S. (D.O. de 19-12-49).
- N.º 1.045, de 2 de janeiro de 1950 – Dispõe sobre a concessão de altas aos doentes de lepra (D.O. de 23-1-50).
- N.º 1.426, de 6 de setembro de 1951 – Denomina sanatórios e sanatórios colônias os leprocômios do Brasil (D.O. de 23-1-50).
- N.º 1.493, de 13 de dezembro de 1951 – Dispõe sobre o pagamento de auxílios e subvenções.
- N.º 1.920, de 25 de julho de 1953 – Cria o Ministério da Saúde (D.O. de 29-7-53).
- N.º 1.944, de 14 de agosto de 1953 – Torna obrigatória a iodetação do sal de cozinha destinado a consumo alimentar nas regiões bocígenas do país.
- N.º 2.161, de 2 de janeiro de 1954 – Institui a Campanha Nacional contra a Esquistosomose e dá outras providências.
- N.º 2.187, de 16 de fevereiro de 1954 – Cria o Laboratório Central de Contrôlo de Drogas e Medicamentos (D.O. de 17-2-54).
- N.º 2.266, de 12 de julho de 1954 – Modifica os artigos 3.º, 21 e os §§ 1.º e 2.º do art. 11, revoga a letra “d” do item I do art. 6.º da Lei n.º 1.493, de 13-12-51 e dá outras providências (D.O. de 14-7-54).
- N.º 2.288, de 19 de agosto de 1954 – Revoga o decreto-lei n.º 9.267, de 20-5-46, que considerou malarígena a zona de Barra Bonita, no Estado de São Paulo (D.O. de 21-8-54).
- N.º 2.312, de 3 setembro de 1954 – Normas gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde (D.O. de 9-9-54).
- N.º 2.604, de 13 de setembro de 1955 – Regula o exercício da enfermagem profissional (D.O. de 21-9-55, pág. 17.738).

- N.º 3.577, de 4 de julho de 1959 – Isenta da taxa de contribuição de Previdência as entidades filantrópicas.
- N.º 3.780, de 12 de julho de 1960 – Dispõe sobre a Classificação de Cargos do Serviço Civil do Poder Executivo, estabelece vencimentos correspondentes e dá outras providências.
- N.º 3.933, de 4 de agosto de 1962 – Concede anistia às instituições caritativas.
- N.º 3.967, de 5 de outubro de 1961 – Estende aos servidores do DNER e da Campanha contra a Tuberculose os benefícios da Lei n.º 3.483, de 8-12-58.
- N.º 4.069, de 11 de junho de 1962 – Fixa novos valores para os servidores da União e dá outras providências.
- N.º 4.305, de 23 de dezembro de 1963 – Institui normas especiais para aplicação de créditos orçamentários e adicionais destinados aos programas e projetos vinculados ao Ponto IV, do Governo dos Estados Unidos da América (D.O. de 14-4-64).
- N.º 4.621, de 30 de abril de 1965 (D.O. de 30-4-1965) – Dispõe sobre subscrição compulsória de Obrigações Reajustáveis do Tesouro Nacional pelas pessoas que recebem remuneração classificáveis na cédula “C” de rendimentos e dá outras providências.
- N.º 4.660, de 2 de junho de 1965 (D.O. de 7-6-1965) – Isenta de impostos de importação e outras contribuições fiscais os gêneros, mercadorias e equipamentos doados ou importados para a Comissão Nacional de Alimentação quer por organizações internacionais, quer por estrangeiras.
- N.º 4.677, de 16 de junho de 1965 (D.O. de 21-6-1965) – Isenta de impostos de importação e outras contribuições fiscais os bens adquiridos, mediante doação, pelas instituições que se dedicam, sem finalidade lucrativa, à prestação de assistência médico-hospitalar.
- N.º 4.701, de 28 de junho de 1965 (D.O. de 1-7-1965) – Dispõe sobre o exercício da atividade hemoterápica no Brasil e dá outras providências.
- N.º 4.709, de 28 de junho de 1965 (D.O. de 6-7-1965) – Altera a Lei n.º 2.743, de 6 de março de 1956, e cria a Campanha de Erradicação da Malária.
- N.º 4.737, de 15 de julho de 1965 (D.O. de 19-7-1965) – Institui o Código Eleitoral.
- N.º 4.738, de 15 de julho de 1965 (D.O. de 19-7-65) – Estabelece novos casos de inelegibilidades, com fundamento no artigo 2.º da Emenda Constitucional n.º 14.
- N.º 4.758, de 19 de agosto de 1965 (D.O. de 24-8-1965) – Altera dispositivo da Lei n.º 4.539, de 10 de dezembro de 1964 que aprova o Orçamento Geral da União para o Exercício de 1965.
- N.º 4.762, de 30 de agosto de 1965 (D.O. de 31-8-1965) – Modifica o Art. 11 e seus parágrafos da Lei n.º 1.493 de 13 de dezembro de 1951, alterados pela Lei n.º 2.266, de 12 de julho de 1954, e dá outras providências.
- N.º 4.769, de 9 de setembro de 1965 (D.O. de 13-9-1965) – Dispõe sobre o exercício da profissão de Técnico de Administração, e dá outras providências.

- N.º 4.776, de 22 de setembro de 1965 (D.O. de 28-9-1965) – Abre, pelo Ministério da Saúde, o crédito especial de Cr\$ 2.500.000.000 (dois bilhões e quinhentos milhões de cruzeiros), destinado ao combate à Malária.
- N.º 4.800, de 20 de outubro de 1965 (D.O. de 25-10-1965) – Autoriza o Poder Executivo a abrir, pelo Ministério da Saúde, o crédito suplementar de Cr\$ 8.700.000.000 à categoria econômica 3.2.00 – Transferências Correntes do Anexo 4.21.00 – Ministério da Saúde – 06 – Departamento de Administração (Lei n.º 4.539, de 10 de dezembro de 1964).

DECRETOS-LEI:

- N.º 82, de 18 de dezembro de 1937 – Incorpora o Instituto Nacional de Higiene e Saúde Pública (D.O. de 31-5-40).
- N.º 891, de 25 de novembro de 1938 – Aprova a lei de fiscalização de entorpecentes (D.O. de 28-11-38).
- N.º 2.024, de 17 de fevereiro de 1940 – Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o país. (D.O. de 23-2-40).
- N.º 2.243, de 29 de maio de 1940 – Anexa ao Instituto Osvaldo Cruz o Curso de Higiene e Saúde Pública (D.O. de 31-5-40).
- N.º 2.375, de 8 de julho de 1940 – Altera o D.L. 891-38, art. 9, parágrafo único, alínea “b” e art. 38, parágrafo único (D.O. 10-7-40).
- N.º 3.114 de 13 de março de 1941 – Dispõe sobre a fiscalização de entorpecentes (D.O. de 15-3-41).
- N.º 3.171, de 2 de abril de 1941 – Reorganiza o D.N.S. (D.O. de 4-4-41).
- N.º 3.333, de 6 de junho de 1941 – Dá nova organização ao Curso de S.P. (D.O. de 9-6-41).
- N.º 3.643, de 23 de setembro de 1941 – Institui do D.N.S. o Serviço Nacional do Câncer (D.O. de 25-9-41).
- N.º 3.672, de 1 de outubro de 1941 – Regula o regime de combate à malária em todo o país (D.O. de 3-10-41).
- N.º 4.113, de 14 de fevereiro de 1942 – Regula a propaganda de médicos, cirurgiões-dentistas, parteiras, massagistas, enfermeiros, de casas de saúde e de estabelecimento congêneres e o de preparados farmacêuticos (D.O. de 18-2-42).
- N.º 4.275, de 17 de abril de 1942 – Autoriza o M.E.S. a organizar um Serviço de Saúde Pública em cooperação com o "Institute of Inter-American Affairs of the United States of América" (D.O. de 20-4-42).
- N.º 4.296, de 13 de maio de 1942 – Cria, no D.N.S., cursos de aperfeiçoamento e especialização (D.O. de 15-5-42).
- N.º 4.321, de 21 de maio de 1942 – Aprova o Acordo sobre saúde e saneamento do Vale do Amazonas, entre o Brasil e os E.U.A., firmado em Washington a 11-3-42 (D.O. DE 23-5-42).
- N.º 4.646, de 2 de agosto de 1942 – Altera disposições dos D.L. ns. 3.333-41 e 4 296-42 (D.O. de 4-9-42).

- N.º 4.720, de 21 de setembro de 1942 – Fixa normas gerais para o cultivo de plantas entorpecentes e para a extração, transformação e purificação dos seus princípios ativo-terapêuticos (D.O. de 23-9-42) .
- N.º 4.725, de 22 de setembro de 1942 – Reorganiza a Escola Profissional de Enfermeiros criada pelo Decreto n.º 791-1890 (D.O. de 24-9-42).
- N.º 4.730, de 23 de setembro de 1942 – Dispõe sobre a organização, no DNCr., de um Curso de Puericultura e de Administração de Serviços de Amparo à maternidade, à infância e à adolescência (D.O. de 25-9-42).
- N.º 5.559, de 8 de junho de 1943 – Estende ao S.E.S.P. o regime estabelecido pelo D.L. n.º 3.672-41.
- N.º 5.592, de 18 de junho de 1943 – Aprova o contrato sobre o saneamento do Vale do Rio Dôce (D.O. de 21-6-43).
- N.º 5.646, de 5 de julho de 1943 – Dá nova redação ao art. 2.º do D.L. n.º 3.672-41 (D.O. de 7-7-43).
- N.º 5.848, de 23 de setembro de 1943 – Dispõe sobre a realização de exames de sanidade e capacidade física (D.O. de 1-10-43).
- N.º 5.912, de 25 de outubro de 1943 – Transforma o Curso de Puericultura e Administração de Serviços de amparo à maternidade, à infância e à adolescência a que se refere o D.L. n.º 4.730, de 1942 (D.O. de 27-10-43).
- N.º 6.260 de 11 de fevereiro de 1944 – Aprova o contrato relativo ao prosseguimento do programa de cooperação em matéria de saneamento e saúde pública, a cargo do S.E.S.P. (D.O. de 14-2-44).
- N.º 7.055, de 18 de novembro de 1944 – Cria o Centro Psiquiátrico e extingue o Conselho de Proteção aos Psicopatas e a Comissão Inspetora (D.O. de 21-11-44).
- N.º 7.064, de 22 de novembro de 1944 – Aprova as modificações introduzidas no contrato relativo ao prosseguimento do programa de cooperação em matéria de saneamento e saúde pública, a cargo do S.E.S.P. (D.O. de 24-11-44).
- N.º 7.459, de 12 de abril de 1945 – Dispõe sobre a transferência dos serviços públicos de águas e esgotos na Capital Federal, da União para a Prefeitura do Distrito Federal (D.O. de 14-4-45).
- N.º 7.860, de 13 de agosto de 1945 – Aprova as cláusulas do contrato, mediante o qual a União transfere à Prefeitura do Distrito Federal os serviços locais de águas e esgotos (D.O. de 16-8-45).
- N.º 8.343, de 10 de dezembro de 1945 – Transfere a S.B.M. da I.N.E.P. para o D.N.S. (D.O. de 13-12-45).
- N.º 8.584, de 8 de janeiro de 1946 – Cria, sem aumento de despesa, no S.N.L., o Instituto de Leprológia (D.O. de 10-1-46).
- N.º 8.646, de 11 de janeiro de 1946 – Dá nova redação ao art. 4.º do D.L. n.º 891-38, que aprova a lei de fiscalização de entorpecentes (D.O. de 14-1-46)
- N.º 8.674, de 4 de fevereiro de 1942 – Aprova o Regimento do Departamento Nacional de Saúde do M.E.S. (D.O. de 10-2-42).

- N.º 8.938, de 26 de janeiro de 1946 – Regula o regime de combate à peste e das práticas anti e desratização em todo o país (Retificado pelo D.L. n.º 9.342, de 10-6-56).
- N.º 9.023 de 26 de fevereiro de 1946 – Modifica o parágrafo único do art. 1.º do D.L. n.º 4.296-42 (D.O. de 28-2-46) .
- N.º 9.077, de 10-3-46 – Revoga o D.L. n.º 3.686-41 e subordina o I.O.C. diretamente ao Ministro (D.O. de 21-3-46) .
- N.º 9.206, de 27 de abril de 1946 – Incorpora ao S.S.P., sem aumento de despesa, a frota marítima do Serviço de Transporte (D.O. de 30-4-46).
- N.º 9.242, de 7 de maio de 1946 – Dispõe sobre a transferência ao Estado de São Paulo, do Sanatório Miguel Pereira, em Mandaquei, destinado à hospitalização de tuberculosos (D.O. de 10-5-46) .
- N.º 9.342, de 10 de junho de 1946 – Retifica disposições do Decreto-lei n.º 8.938, de 26-1-46, que regula o regime de combate à peste e das práticas de anti e desratização em todo o país.
- N.º 9.387, de 20 de junho de 1946 – Institui a Campanha Nacional contra a Tuberculose e dá outras providências.
- N.º 9.655, de 27 de agosto de 1946 – Cria, sem aumento de despesa, no Serviço Nacional de Malária, o Instituto de Malariologia (D.O. de 29-8-46).
- N.º 9.846 de 12 de setembro de 1946 – Cria o Fundo de Assistência Hospitalar (D.O. de 14-9-46).
- N.º 1, de 13 de novembro de 1965 (D.O. de 17-11-1965) – Institui a Cruzeiro Nôvo e dá outras providências.

DECRETOS:

- N.º 82, de 18 de julho de 1841 – Funda o Hospital Pedro II.
- N.º 206-A, de 15 de fevereiro de 1890 – Cria a assistência médica e legal de alienados.
- N.º 791, de 27 de setembro de 1890 – Cria, no Hospital Nacional de Alienados, uma Escola profissional de enfermeiros e enfermeiras.
- N.º 1.802, de 12 de dezembro de 1907 – Cria o Instituto Oswaldo Cruz.
- N.º 6.891, de 19 de março de 1908 – Modifica a denominação e aprova o regulamento do I.O.C.
- N.º 7.328, de 17 de fevereiro de 1945 – Cria a Comissão de Alimentação (D.O. de 20-2-45).
- N.º 7.341, de 6 de junho de 1941 – Aprova o Regulamento do Curso de Saúde Pública (D.O. de 9-6-41) .
- N.º 8.674, de 4 de fevereiro de 1942 – Aprova o Regimento do D.N.S. (D.O. de 10-2-42).
- N.º 9.302, de 28 de abril de 1942 – Aprova o Regimento do Serviço de Saúde dos Portos (D.O. de 30-4-42).

- N.º 10.013, de 17 de julho de 1942 – Aprova o Regimento do Departamento Nacional de Educação Sanitária (D.O. de 20-7-42).
- N.º 10.252, de 14 de agosto de 1942 – Aprova o Regimento do I.O.C. (D.O. de 17-8-42).
- N.º 10.323, de 26 de agosto de 1942 – Aprova o Regimento do Serviço Federal de Bioestatística (D.O. de 31-8-43).
- N.º 13.701, de 25 de outubro de 1943 – Aprova o Regulamento dos Cursos do D.N.Cr. (D.O. de 27-10-43).
- N.º 14.112, de 29 de novembro de 1943 – Altera disposições do Regulamento do Curso de Saúde Pública (D.O. de 1-12-43).
- N.º 14.254, de 10 de dezembro de 1943 – Aprova o Regimento do Serviço de Biometria Médica (D.O. de 13-12-43).
- N.º 15.971, de 4 de julho de 1944 – Aprova o Regimento do Serviço Nacional do Câncer (D.O. de 6-7-44). 16.571, de 11 de setembro de 1944 – Modifica o Regimento do D.N.S. – Art. 30 (l).O. de 13-9-44).
- N.º 16.572, de 11 de setembro de 1944 – Modifica o Regimento do Serviço de Saúde dos Portos (D.O. de 13-9-44).
- N.º 17.185, de 18 de novembro de 1944 – Aprova o Regimento do Serviço Nacional de doenças Mentais (D.O. de 21-11-44).
- N.º 20.377, de 8 de setembro de 1931 – Aprova a regulamentação do exercício da profissão farmacêutica no Brasil.
- N.º 21.339, de 20 de junho de 1946 – Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina (D.O. de 26-6-46).
- N.º 21.434, de 23 de maio de 1932 – Aprova o Regulamento do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela no Brasil.
- N.º 21.712, de 27 de agosto de 1946 – Aprova o Regimento do Serviço Nacional da Malária, do D.N.S., do M.E.C..
- N.º 22.009, de 18 de novembro de 1946 – Aprova o Regulamento do Fundo de Assistência Hospitalar (D.O. de 20-11-46).
- N.º 24.534, de 3 de julho de 1934 – Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, à fiscalização dos serviços psiquiátricos.
- N.º 24.875, de 26 de abril de 1948 – Dispõe sobre a subordinação da Biblioteca do D.N.S. (D.O. de 28-4-48).
- N.º 26.313, de 4 de fevereiro de 1949 – Altera o Regimento do Serviço Nacional de Câncer (D.O. de 5-2-49).
- N.º 26.690, de 23 de maio de 1949 – Aprova o Regimento do D.N.Cr. (D.O. de 9-6-49).
- N.º 27.160 de 8 de setembro de 1949 – Altera o Regimento do D.N.Cr. (D.O. de 10-9-49).

- N.º 28.936, de 6 de dezembro de 1950 – Acrescenta Dispositivo ao Regulamento do Fundo de Assistência Hospitalar (D.O. de 6-12-50).
- N.º 29.828, de 30 de julho de 1951 – Altera o Regimento do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina (D.O. de 1-8-51).
- N.º 29.850, de 6 de agosto de 1951 – Aprova o Regulamento do Conselho Nacional de Alimentação (D.O. de 9-8-51).
- N.º 31.838, de 25 de novembro de 1952 – Altera o Regimento do Serviço de Saúde dos Portos (D.O. de 26-11-52).
- N.º 34.596, de 16 de novembro de 1953 – Aprova o Regulamento do Ministério da Saúde (D.O. de 19-11-53).
- N.º 35.347, de 8 de abril de 1954 – Aprova o Regimento do Conselho Nacional de Saúde (D. O. de 9-4-54).
- N.º 36.155, de 13 de setembro de 1954 – Promulga o Acôrdio entre o Brasil e a Repartição Sanitária Pan-Americana para o funcionamento do Escritório Regional da Repartição no Rio de Janeiro, assinado nessa cidade, a 27-8-51 (D.O. de 15-9-54).
- N.º 36.503, de 26 de novembro de 1954 – Aprova o Regimento dos Cursos do D.N.S. (D.O. de 7-12-54. Retif. D.O. de 10-12-54).
- N.º 36.599, de 11 de dezembro de 1954 – Retifica o Decreto n.º 35.000, de 3-2-54, que define a composição dos Quadros e Tabelas do Ministério da Saúde e do M.E.C. e dá outras providências (Ret. D.O. de 20-1-61).
- N.º 36.757, de 7 de janeiro de 1955 – Aprova o Regimento-padrão das Seções de Organização dos Ministérios Cíveis (D.O. de 14-1-55 – pág. 603).
- N.º 36.771, de 12 de janeiro de 1955 – Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Lepra (D.O. de 15-1-55, pág. 669).
- N.º 37.152, de 7 de abril de 1955 – Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Tuberculose (D.O. de 13-4-55).
- N.º 37.763 de 18 agosto de 1955 – Modifica o Regimento do Instituto Oswaldo Cruz (D.O. de 22-8-55, pág. 16.041).
- N.º 37.764, de 18 de agosto de 1955 – Regulamenta a aplicação dos recursos do Fundo de Assistência Hospitalar (D.O. de 22-8-55, pág. 18.041).
- N.º 37.990, de 27 de setembro de 1955 – Dá a denominação de Heitor Carrilho ao Manicômio judiciário do Serviço Nacional de Doenças Mentais (D.O. de 27-9-55, pág. 18.122).
- N.º 38.520, de 5 de janeiro de 1956 – Altera a redação do art. 2º e seu parágrafo único do decreto n.º 37.764, de 18-8-55.
- N.º 38.658, de 26 de janeiro de 1956 – Dispõe sobre a criação e funcionamento de um Conselho Técnico no Instituto Oswaldo Cruz (D.O. de 28-1-56, pág. 1.683).
- N.º 38.730, de 30 de janeiro de 1956 – Cria no M.R.B., a Comissão Nacional da ONU para a alimentação e Agricultura (FAO) – art. 8.º; Revoga o Decreto n.º 29. 446, de 6-4-44 (D.O. de 4-2-56, pág. 2.096).
- N.º 39.814, de 17 de agosto de 1956 – Delimita as áreas bocígenas do Brasil, dispõe sobre o uso do sal iodado e dá outras providências.

- N.º 39.971, de 12 de setembro de 1956 – Altera o art. 4.º do Regulamento aprovado pelo Decreto n.º 29.850-51 (D.O. de 17-9-56).
- N.º 40. 870, de 7 de fevereiro de 1957 – Aprova o Regimento do Departamento Nacional de Endemias Rurais, do Ministério da Saúde (D.O. de 12-2-57 pág. 3.267).
- N.º 40.871, de 7 de fevereiro de 1957 – Altera o Decreto n.º 35.447, de 30 de abril de 1954.
- N.º 43.174, de 4 de fevereiro de 1958 – Institui Grupo de Trabalho no Departamento Nacional de Endemias Rurais, do Ministério da Saúde, para erradicação da malária no país (D.O. de 4-2-58).
- N.º 43.620, de 29 de abril de 1958 – Altera a denominação do “Instituto Aggeu Magalhães”, do Departamento Nacional de Endemias Rurais e dá outras providências.
- N.º 44.494, de 23 de setembro de 1958 – Altera o Decreto n.º 43.174, de 4-2-58, que instituiu um Grupo de Trabalho no Departamento Nacional de Endemias Rurais do Ministério da Saúde, para erradicação da malária no país e dá outras providências (D.O. de 23-9-58).
- N.º 44.609, de 8 de outubro de 1958 – Dispõe sobre a isenção, temporária, do pagamento das taxas a que estão sujeitas mercadorias e equipamentos importados nos termos do Acórdo Básico de Cooperação Técnica e do Acórdo sobre Programas de Serviços Técnicos Especiais, concluídos entre o Brasil e os Estados Unidos da América e dá outras providências (D.O. de 8-10-58).
- N.º 47.208, de 9 de novembro de 1959 – Suspende provisoriamente a aquisição de material permanente e de consumo, para o serviço público, e dá outras providências.
- N.º 48.959-A, de 19 de setembro de 1960 – Outarga aos Hospitais das Santas Casas os serviços de Assistência Médico-Hospitalar.
- N.º 49. 159, de 1 de novembro de 1960 – Dispõe sobre a execução do parágrafo único da art. 65 da Lei n.º 3.780, de 12-7-60.
- N.º 49.464, de 7 de dezembro de 1960 – Aprova os Estatutos da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (D.O. de 18-12-60).
- N.º 49.592, de 27 de dezembro de 1960 – Regulamenta a classificação das funções gratificadas do Serviço Civil do Poder Executivo e dá outras providências (D.O. de 29-12-60).
- N.º 49.593, de 27 de dezembro de 1960 – Classifica as funções gratificadas do Serviço Civil do Poder Executivo e dá outras providências (D.O. de 6-1-61).
- N.º 49.974, de 21 de janeiro de 1961 – Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei n.º 2.312, de 3-9-54, de “Normas gerais sobre Defesa e Proteção de saúde” (D.O. de 6-2-61).
- N.º 50.273, de 16 de fevereiro de 1961 – Dispõe sobre o horário de trabalho dos servidores do Serviço Civil do Poder Executivo e das Autarquias e dá outras providências (D.O. de 16-2-61).
- N.º 50.284, de 21 de fevereiro de 1961 – Determina a exoneração ou dispensa de servidores do Serviço Civil do Poder Executivo e das Autarquias Federais e dá outras providências (D.O. de 21-2-61, retif. D.O. de 24-2-61).

- N.º 50.285, de 21 de fevereiro de 1961 – Proíbe a nomeação ou admissão de pessoal no Serviço Civil do Poder Executivo e dá outras providências (D.O. de 21-2-61).
- N.º 50.314, de 4 de março de 1961 – Dispõe sobre o pessoal temporário e de obras de que trata o Capítulo VI da Lei n.º 3.780, de 12-7-80 e dá outras providências (D.O. de 4-3-61).
- N.º 50.319, de 7 de março de 1961 – Determina a sustação do regime de tempo integral para os técnicos dos serviços de saúde (D.O. de 7-3-61).
- N.º 50.337, de 14 de março de 1961 – Revoga os Decretos ns. 43.186, de 6-2-58; 46.131, de 3-6-59 e 47.022, de 14-10-59, relativos à concessão a médicos, engenheiros e dentistas, das gratificações previstas nos itens V e VI da Lei n.º 1.711, de 28 de outubro de 1952.
- N.º 50.346, de 16 de março de 1961 – Dispõe sobre a jornada de trabalho para servidores de repartições situadas em cidades que especifica (D.O. de 16-3-61).
- N.º 50.350, de 17 de março de 1961 – Dispõe sobre o registro de ponto e frequência dos servidores do Serviço Civil do Poder Executivo e das Autarquias e dá outras providências (D.O. de 20-3-61).
- N.º 50.387, de 28 de março de 1961 – Regulamenta o exercício da enfermagem e suas funções auxiliares no território nacional (D.O. de 29-3-61).
- N.º 50.524, de 3 de maio de 1961 – Regulamenta a concessão de diários aos servidores do Serviço Civil do Poder Executivo e outras providências.
- N.º 50.571, de 10 de maio de 1961 – Dá nova redação aos artigos 3.º, 5.º, 7.º e 11 e suprime o artigo 13 do Decreto n.º 48.921 de 8-9-60.
- N.º 50.572, de 10 de maio de 1961 – Altera a disposição do decreto n.º 49.593 de 27-12-60, classifica as funções gratificadas do Serviço Civil do Poder Executivo e dá outras providências.
- N.º 50.925, de 7 de julho de 1961. – Altera o Decreto n.º 43. 174, de 4-2-58, que instituiu o Grupo de Trabalho do Departamento Nacional de Endemias Rurais, do Ministério da Saúde, para erradicação da malária no país.
- N.º 51.320, de 2 de setembro de 1961 – Dispõe sobre o expediente das repartições e o horário de trabalho do funcionalismo.
- N.º 508, de 16 de janeiro de 1962 – Suspende a admissão de pessoal temporário do Ministério da Saúde e dá outras providências.
- N.º 971, de 8 de maio de 1962 – Dispõe sobre a aplicação da Lei n.º 3.967, de 5 de outubro de 1961 e dá outras providências.
- N.º 1.116, de 1.º de junho de 1962 – Regula a concessão de parcelamento a que se refere o art. 260 do Regulamento Geral da Previdência Social, dos débitos das Santas Casas de Misericórdia.
- N.º 1.117, de 1.º de junho de 1962 – Regulamento a Lei n.º 3.577, de 4-7-59, que isenta da taxa de contribuição de Previdência dos Institutos de Aposentadoria e Pensões as entidades filantrópicas.
- N.º 1.118, de 1.º de junho de 1962 – Regulamenta a Lei n.º 3.933, de 4-8-61, que concede anistia às instituições caritativas, quanto ao recolhimento de contribuições atrasadas aos Institutos de Previdência.

- N.º 1.119, de 1.º de junho de 1962 – Regulamenta o art. 121 do Decreto n.º 48.959-A, de 10 de setembro de 1960.
- N.º 52.266, de 17 de julho de 1963 – Proíbe a nomeação ou admissão de Pessoal, na forma que estabelece e dá outras providências.
- N.º 52.301, de 24 de julho de 1963 – Convoca a III Conferência Nacional da Saúde.
- N.º 52.388, de 20 de agosto de 1963 – Dá nova redação ao dispositivo do Decreto n.º 50.524, de 3-5-61 e dá outras providências.
- N.º 52.464, de 12 de setembro de 1963 – Baixa Normas Técnicas Especiais para Orientação, Organização, Funcionamento e a Fiscalização de Instituições Médico-Sociais no País.
- N.º 55.474, de 7 de janeiro de 1965 (D.O. de 8-1-65) – Altera as denominações de órgãos do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Ministério da Saúde e dá outras providências.
- N.º 55.511, de 11 de janeiro de 1965 (D.O. de 20-1-65) – Fixa normas sobre orçamentos analíticos e dá outras providências.
- N.º 55.551, de 12 de janeiro de 1965 (D.O. de 13-1-65) – Regulamenta a Lei n.º 4.440, de 27 de outubro de 1964, que institui o Salário-Educação e dá outras providências.
- N.º 55.623, de 22 de janeiro de 1965 (D.O. de 26-1-65) – Estabelece o Fundo de Reserva nas dotações orçamentárias para o exercício de 1965.
- N.º 55.642, de 27 de janeiro de 1965 (D.O. de 29-1-65) – Altera o Decreto n.º 55.242, de 18 de dezembro de 1964, que reestruturou o Conselho Nacional de Saúde.
- N.º 55.643, de 27 de janeiro de 1965 (D.O. de 29-1-65) – Institui o Censo Hospitalar, a cargo do Ministério da Saúde.
- N.º 55.789, de 24 de fevereiro de 1965 (D.O. de 24-2-65) – Estabelece normas de execução financeira para o exercício de 1965.
- N.º 55.803, de 26 de fevereiro do 1965 (D.O. de 28-2-65) – Altera a tabela de salário mínimo aprovada pelo Decreto n.º 53.578, de 21 de fevereiro de 1964, e dá outras providências.
- N.º 55.814, de 8 de março de 1965 (D.O. de 10-3-65) – Exclui o pessoal em exercício nas Campanhas de Erradicação da Malária e de combate a endemias do Ministério da Saúde, do regime previsto no Decreto n.º 50.524/61, alterado pela de n.º 52.388/63.
- N.º 55.823, de 10 de março de 1965 (D.O. de 11-3-65) – Institui Grupo de Trabalho para estudo e execução de medidas tendentes ao reequipamento hospitalar, mediante financiamento.
- N.º 55.852, de 22 de março de 1965 (D.O. de 29-3-1965) – Aprova o Regulamento do Imposto do Sêlo.
- N.º 55.857, de 24 de março de 1965 (D.O. de 26-3-1965) – Dispõe sobre fichas consulares nas viagens aéreas.
- N.º 55.866, de 25 de março de 1965 (D.O. de 5-4-1965) – Aprova o Regulamento para a cobrança e fiscalização do Imposto de Renda.

- N.º 55.871, de 26 de março de 1965 (D.O. de 9-4-1965) – Modifica o Decreto n.º 50.040, de 24 de janeiro de 1961, referente às normas reguladoras do emprego de aditivos para alimentos, alterado pelo Decreto n.º 691, de 13 de março de 1962.
- N.º 55.877, de 30 de março de 1965 (D.O. de 1-4-1965) – Cria o Serviço de Ginecologia e Cirurgia Pélvica Feminina no Instituto Fernandes Figueiras, de Departamento Nacional da Criança.
- N.º 56.120, de 27 de abril de 1965 (D.O. de 5-5-1965) – Altera dispositivos do Decreto n.º 52.464, de 12 de setembro de 1963. (Baixa normas técnicas especiais de orientação, organização e funcionamento e a fiscalização de Instituições de Assistência Médico-Social no País).
- N.º 56.164, de 28 de abril de 1965 (D.O. de 29-4-1965) – Dispõe sobre a classificação dos órgãos de deliberação coletiva que especifica.
- N.º 56.202 de 30 de abril de 1965 (D.O. de 6-8-1965) – Aprova e manda executar o Regulamento Interno da Seção de Segurança Nacional, do Ministério da Saúde.
- N.º 56.280, de 5 de maio de 1965 (D.O. de 24-5-65) – Dá nova redação ao art. 2.º do Decreto n.º 55.643, de 27-1-65 (Censor Hospitalar).
- N.º 56.288, de 17 de maio de 1965 (D.O. de 14-6-1965) – Aprova o regulamento da Taxa de Serviços Federais.
- N.º 56.304, de 20 de maio de 1965 (D.O. de 24-5-1965) – Declara de utilidade pública, para fins de desapropriação, o imóvel que indica, no Estado da Guanabara, ocupado pelo Laboratório Central de Controle de Drogas, Medicamentos e Alimentos.
- N.º 56.358, de 25 de maio de 1965 (D.O. de 26-5-1965) – Dispõe sobre a execução do Decreto n.º 55.185, de 10 de dezembro de 1964.
- N.º 56.359, de 26 de maio de 1965 (D.O. de 3-6-1965) – Dispõe sobre o parágrafo único do artigo 23 da Lei n.º 4.345, de 26 de junho de 1964.
- N.º 56.544 de 7 de julho de 1965 (D.O. de 9-7-1965) – Dá nova redação ao Art. 8.º e seus parágrafos do Decreto n.º 46.259, de 23 de julho de 1959.
- N.º 56.598, de 21 de julho de 1965 (D.O. de 22-7-1965) – Dispõe sobre a concessão de gratificação pela representação de gabinete.
- N.º 56.619 de 28 de julho de 1965 (D.O. de 29-7-1965) – Dispõe sobre a prestação de assistência médica e a maternidade aos trabalhadores rurais.
- N.º 56.730 de 16 de agosto de 1965 (D.O. de 17-8-1965) – Altera o Decreto n.º 54.061, de 28 de julho de 1964, que regulamenta o Regime de Tempo Integral e dedicação exclusiva.
- N.º 56.759 de 20 de agosto de 1965 (D.O. de 24-8-1965) – Baixa Normas Técnicas Especiais para a Profilaxia da Febre Amarela e dá outras providências.
- N.º 56.790 de 26 de agosto de 1965 (D.O. de 27-8-1965) – Institui normas para a Programação Financeira do Exercício de 1965.
- N.º 56.875 de 15 de setembro de 1965 (D.O. de 17-9-1965) – Altera a redação do artigo 3.º do Decreto n.º 54.003, de 3 de julho de 1964.
- N.º 56.887 de 20 de setembro de 1965 (D.O. de 23-9-1965) – Altera o Regimento da Comissão de Classificação de Cargos.

- N.º 56.899 de 29 de setembro de 1965 (D.O. de 27-9-1965) – Baixa Normas Técnicas Especiais para a Profilaxia da Doença de Chagas e dá outras providências.
- N.º 56.995 de 1.º de outubro de 1965 (D.O. de 13-10-1965) – Dispõe sobre a adaptação do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado – IPASE – ao Sistema Financeiro de Habitação.
- N.º 57.150, de 1.º de novembro de 1965 (D.O. de 4-11-1965) – Dá nova redação ao Art. 1.º do Decreto n.º 54.108, de 7 de agosto de 1964, que estabelece obrigatoriedade de utilização do transporte ferroviário pelas repartições públicas, autárquicas, órgãos da Administração descentralizadas e entidades de Direito Privado beneficiadas pela União.
- N.º 57.151, de 1.º de novembro de 1965 (D.O. de 4-1-1965) – Institui um Grupo de Trabalho para o estudo das normas de execução do Art. 18, da Lei n.º 3.995, de 14 de dezembro de 1951.
- N.º 57.155, de 3 de novembro de 1965 (D.O. de 4-11-1965) – Expede nova regulamentação da Lei n.º 4.090, de 13 de julho de 1962, que institui a gratificação de Natal para os trabalhadores, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 4.749, de 12 de agosto de 1965.
- N.º 57.180, de 8 de novembro de 1965 (D.O. de 9-11-1965) – Retifica a classificação constante do Decreto n. 54.015, de 13 de julho de 1964, na parte referente à série de classes de Enfermeiro.
- N.º 57.187, de 8 de novembro de 1965 (D.O. de 9-11-1965) – Suspende, provisoriamente, a aquisição do material permanente e de consumo para o serviço público, e dá outras providências.
- N.º 57.198, de 9 de novembro de 1965 (D.O. de 11-11-1965) – Dispõe sobre a classificação dos órgãos de deliberação coletiva que se especifica e dá outras providências.
- N.º 57.210, de 10 de novembro de 1965 (D.O. de 12-11-1965) – Institui, no Ministério da Saúde, Grupo de Trabalho para o fim que menciona.
- N.º 57.222, de 11 de Novembro de 1965 (D.O. de 16-11-1965) – Transfere para o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE) o pagamento do salário família dos dependentes dos servidores civis, ex-contribuintes do mesmo, falecidos, em atividades ou já aposentados, bem como a complementação da pensão especial instituída pela Lei n.º 3.738, de 4 de abril de 1960, e dá outras providências.
- N.º 57.243, de 11 de novembro de 1965 (D.O. de 16-11-1965) – Dá nova redação ao Art. 3.º do Decreto n.º 54.015, de 13 de julho de 1964, que dispõe a classificação dos cargos de nível universitário.
- N.º 57.244, de 12 de novembro de 1965 (D.O. de 17-11-1965) – Aprova o Regimento da Campanha de Erradicação da Malária (CEM), criada pela Lei n.º 4.709, de 28 de junho de 1965.

- N.º 57.301, de 22 de novembro de 1965 (D.O. de 22-11-1965) – Abre ao Ministério da Saúde o crédito especial de Cr\$ 2.500.000.000 (dois bilhões e quinhentos milhões de cruzeiros), para o combate à Malária na região dos Vales dos Rios Araguaia e Tocantins e da Estrada Belém-Brasília.
- N.º 57.299, de 22 de novembro de 1965 (D.O. de 23-11-1965) – Altera o Decreto n.º 967, de 7 de maio de 1962.
- N.º 57.307, de 23 de novembro de 1965 (D.O. de 29-11-1965) – Aprova o Regulamento do Cadastro Geral de Contribuintes, em relação às pessoas jurídicas.

* * *

PORTARIAS MINISTERIAIS:

- N.º 260, de 26 de maio de 1944 – Incorpora á D.O.H. os serviços da Comissão de Assistência a Mutilados.
- N.º 359, de 7 de junho de 1943 – Constitui Comissão para ultimar processos de assistência a mutilados.
- N.º GB-447, de 12 de agosto de 1964 – Torna insubsistente a Portaria n.º 260, de 26-5-44.

ÍNDICE GERAL

CAPÍTULO 1

<i>História e Evolução dos Hospitais</i>	1
Apresentação — Dr. Theophilo de Almeida.....	3
Proêmio.....	5
Cap. I — Breve notícia histórica sobre os hospitais em geral.....	7
Cap. II — Evolução dos Hospitais.....	47
Cap. III — Hospitais da América.....	55

CAPÍTULO 2

<i>Evolução e planejamento Hospitalar</i>	61
Evolução hospitalar no Brasil: ontem e hoje.....	64
Classificação geral das instituições.....	84
Acomodações e serviços hospitalares adotados pela D.O.H.....	95
Ficha da instituição.....	107
Ficha única ou prontuário mínimo do doente.....	112
Ficha de estância.....	114
Planejamento técnico de um hospital moderno.....	119
Inspeção de hospitais.....	127
Como se obtêm o custo de "doente-dia ou "per-capita".....	131

CAPÍTULO 3

<i>Especialização na Moderna Organização Hospitalar</i>	135
Introdução.....	137
Assistência hospitalar e um plano nacional para sua organização no Brasil.....	139
Pontos fundamentais no planejamento, localização, instalação e equipamento hospitalares.....	166
Enfermagem técnica.....	213
O problema da enfermagem no Brasil.....	216
Organização e administração do hospital geral de padrão máximo.....	219

CAPÍTULO 4

<i>Aperfeiçoamento Técnico na Administração Hospitalar</i>	227
Apresentação – Dr. Theophilo de Almeida.....	229
História da assistência médico-social até ao hospital moderno	223
Plantas, projetos e construção de hospitais e estabelecimentos para-hospitalares.....	247
Hospitais especializados e suas características.....	255
Organização e funcionamento do Serviço de Dietética no hospital e nas instituições para-hospitalares.....	276
Serviços auxiliares do diagnóstico e tratamento.....	258
Campanhas financeiras e manutenção econômica das instituições hospitalares e para-hospitalares	289
O serviço social no hospital e suas várias assistências.....	299
Estatística hospitalar: Unidades e medidas estatísticas de utilização no hospital.....	303
1.ª parte – Unidades Estatísticas.....	307
2.ª parte – Medidas Estatísticas	317

CAPÍTULO 5

<i>Conceitos Básicos e Planejamento da Moderna Assistência Hospitalar</i>	333
O que contém a publicação n.º 5 - Dr. Theophilo de Almeida.....	335
Postulados fundamentais sobre assistência e organização hospitalar.....	337
Ficha institucional para o primeiro Censo-Cadastro nacional dos hospitais.....	347
O que deve ser sugerido aos hospitais.....	355
Plano da rede nacional de hospitais estudado pela D.O.H.....	360
Sumário do plano geral de organização e assistência hospitalar, inclusive da rede nacional de hospitais.....	367
Sugestões para financiamento por parte da União.....	371
Planejamento e construção de hospitais.....	375

CAPÍTULO 6

<i>Construção e Modernização da Rede Nacional de Hospitais</i>	379
Encerrando a série.....	381
O novo hospital de Poços de Caldas	383
O papel da enfermaria na organização e administração hospitalares.....	391
Organização médico-hospitalar das estâncias hidro-minerais.....	398
Sexto curso anual de organização e administração hospitalares.....	405
Padrão dos hospitais dos E.U.A. e sua relação com alguns pontos do curso de organização hospitalar.....	414
Construção de hospitais e arquitetura especializada	431

CAPÍTULO 7

<i>Legislação</i>	433
Política hospitalar.....	437
Legislação específica de interesse da D.O.H.	443
Sugestões do Diretor da D.O.H. ao Diretor-Geral do D.N.S.....	451
Assistência e recuperação de mutilados: Portarias Ministeriais.....	457
Anteprojetos sobre a Lei Orgânica de Assistência Médico-Hospitalar.....	465
1.º anteprojeto	467
Substitutivo ao 1.º anteprojeto	476
2.º anteprojeto.....	485
3.º anteprojeto.....	498
<i>Leis:</i> Dispõe sobre o pagamento de auxílios e subvenções	511
Isenta de impostos de importação os bens adquiridos pelas instituições sem finalidade lucrativa.....	518
Modifica o art. 11 e seus parágrafos da Lei n.º 1493-51 e dá outras providências.....	520
<i>Decretos-Lei:</i> Reorganiza o D.N.S do M.E.C.....	525
Aprova o Regimento do D.N.S., do M.E.C.....	529
Cria o Fundo de Assistência Hospitalar.....	542

<i>Decretos</i> : Modifica o Regimento do D.N.S., do M.E.C.	547
Regulamenta a aplicação dos recursos do F.A.H.	548
Altera a redação do art. 2.º e seu parágrafo único do Decreto n.º 37.764, de 18-8-55	550
Regula a concessão do parcelamento dos débitos das Santas Casas de Misericórdia	551
Regulamenta a Lei n.º 3.577-59, que isenta a taxa de contribuição de Previdência as entidades filantrópicas	552
Regulamenta a Lei n.º 3.933-61, que concede anistia às instituições caritativas, etc.	554
Regulamenta o art. 121 do Decreto n.º 48.959-A/60	556
Baixa Normas Técnicas Especiais para orientação, organização, funcionamento e fiscalização de instituições médico-social no País.....	558
Institui o Censo Hospitalar Brasileiro	563
Institui Grupo de Trabalho para estudo e execução de medidas tendentes ao reequipamento hospitalar, mediante financiamento	564
Altera dispositivos do Decreto n.º 52.464-63	567
Índice cronológico e ementário da legislação do M.S	573
Índice geral dos Capítulos	585

