

Odair Pacheco Pedroso

HOSPITAL "DONA CAROLINA MALHEIROS" ②

- Um Hospital de Comunidade -

Tese apresentada à Comissão Julgadora do Concurso para provimento do cargo de Professor Catedrático de Administração Hospitalar da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo.



S. Paulo
Junho de 1959

A Memória dos Mestres

Geraldo H. de Paula Souza

e

Luis M. de Rezende Puech

ÍNDICE

Hospital "Dona Carolina Malheiros" - Um Hospital de Comunidade -	I
A Situação Hospitalar no Brasil	1
Uma Comunidade e seu Hospital	9
Determinação do Número de Leitos	23
Planejamento do Novo Hospital	41
Programa Descritivo para o Projeto do Novo Hospital de São João da Boa Vista. Justificativa e Descrição do Programa.	
Segunda Fase Construtiva - Novo Programa	62
Programa Descritivo para a Segunda Fase de Construção do Hospital "Dona Carolina Ma- lheiros".	
Resultados Imediatos da Ação do Hospital	71
Hospital e a Saúde Pública	75
Justificativa de Regulamento	77
Projeto de Regulamento	79
Subsídios para o Regimento Interno	89
Rotinas e Instruções de Serviços	131
Conclusões	193
Bibliografia	199
Anexo - Impressos mais Usuais	203

HOSPITAL "DONA CAROLINA MALHEIROS

- Um Hospital de Comunidade -

Quando nos decidimos a concorrer à Cadeira de Administração Hospitalar da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, tivemos uma dificuldade: a escolha do tema para nossa tese.

Um assunto eminentemente técnico e bastante especializado agradaria muito, porque, dada a limitação do campo, nos permitiria maior concentração de nossos esforços, nos daria maior oportunidade de demonstrar conhecimentos de técnica administrativa especializada e de apresentar contribuição que para nós seria menos árdua e menos árdua.

Entretanto, trabalhando há mais de vinte anos nos problemas de nossa assistência hospitalar, conhecendo-lhe não só as falhas e deficiências como também as necessidades, não podíamos olhar nossa tese como simples prova de concurso. Deveria ser algo geral, que pudesse interessar à coletividade e não somente a um restrito grupo de especialistas.

Um dos aspectos que mais nos entristece, ao examinar o problema hospitalar brasileiro, ao lado de outros também de grande importância, é a falta de um planejamento e organização racionais, por absoluto desconhecimento de que isso é necessário e possível.

Um trabalho que publicamos em Janeiro de 1958 na Revista Paulista de Hospitais - "Regulamento do Corpo Clínico" - (1) teve por finalidade apresentar subsídios para a organização dos grupos de médicos que trabalham nos hospitais brasileiros. Sua aceitação foi grande, a ponto de estar sendo recomendado publicamente pela Associação Paulista de Medicina.

A escolha de nosso tema prendeu-se também ao fato de desejarmos, como aconteceu com o "Regulamento do Corpo Clínico", atrair a atenção daqueles que realmente desejam realizar a assistência hospitalar em bases técnicas.

No estudo do Hospital "Dona Carolina Malheiros", da Santa Casa de Misericórdia de São João da Boa Vista, que iniciamos em 1947, vivemos tôdas as questões ligadas à criação, construção, reforma, instalação e funcionamento de um hospital.

Partimos do levantamento das necessidades da comunidade, trabalho preliminar absolutamente indispensável e ao qual não se tem dado a mínima importância em nosso meio, passando depois à determinação do número de leitos que deveria ter o Hospital, e sua distribuição pelas diferentes especialidades. Foi um trabalho em que procuramos cotejar as nossas idéias e experiências com as dos autores estrangeiros, em especial os americanos, que têm estudado exaustivamente o assunto.

A seguir, verificamos as vantagens do trabalho em equipe - arquiteto-consultor hospitalar - para o planejamento, após a elaboração do programa das necessidades.

Acompanhamos de perto a construção, vivendo integralmente essa experiência.

À medida que o trabalho prosseguia, fomos analisando os nossos êrros, pesquisando-lhes as causas e procurando corrigi-los.

Chegou, então, o momento em que elaboramos um novo programa, que agora se acha, praticamente no final.

Além dos êrros de planejamento, vimos observando falhas de funcionamento, já num prédio bom, com material adequado, e que sômente podem ser atribuídas à deficiência da organização.

Para tentar sua correção, apresentamos um projeto de Regulamento do Hospital, subsídios para o Regimento Interno, bem como algumas normas gerais e exemplos de rotinas e modelos de impressos mais usados.

Tanto o projeto de Regulamento, como os demais subsídios, são simples, quase elementares, visando uma organização relativamente pouco dispendiosa, que se a-

datasse aos atuais recursos humanos e materiais da comunidade.

A medida que o Hospital fôr tendo seu movimento aumentado, bem como seus recursos melhorados, e fôr conseguindo maior número de elementos habilitados para os diferentes serviços, deverá ir burilando essa organização, ajustando-a, tornando-a mais rica de pormenores.

A terminologia usada no Regulamento e nos elementos do Regimento, procurou, tanto quanto possível, adatar-se à linguagem e costumes de nossa organização hospitalar tradicional, não tendo às vezes, as palavras, o significado técnico corrente em administração de serviços públicos. Haja vista "serviço", com o sentido de "atividade" e não de "órgão".

O Hospital "Dona Carolina Malheiros" de São João da Boa Vista, tem sido, para nós, o laboratório onde testamos princípios, normas e regras apresentadas pelos estudiosos da administração hospitalar e onde experimentamos os nossos próprios métodos.

Esta experiência de vários anos nos permitiu algumas conclusões que julgamos de interesse apresentar a esta douta Faculdade.

Possivelmente, nosso trabalho, não terá originalidade em alguns de seus aspectos, porque sôbre êles, alunos nossos e outros técnicos brasileiros já escreveram.

Certamente parecerá também que é muito simples e geral. Entretanto, tantas vezes já fomos solicitados a orientar o planejamento, a instalação e a organização de hospitais de comunidade, tantas vezes temos sido solicitados a apresentar um projeto de regulamento que sirva de ponto de partida para os regulamentos dêsses hospitais, que não tivemos dúvida, embora possamos parecer superficiais, em escolher êste tema, extremamente útil à assistência hospitalar do Estado e de nossa Pátria, nesta fase de sua evolução.

Trabalhando para a melhoria dos hospitais, esta-

remos concorrendo para integrá-los realmente nas comunidades a que servem, despertando nelas o sentimento de orgulho afetivo, da obra que realizam, e possibilitando assim a êstes hospitais atingirem plenamente a sua finalidade, contribuindo para a melhoria do bem estar do povo e para o êxito dos programas de saúde pública.

Foram estas as razões que nos levaram a escolher o tema: "Hospital "Dona Carolina Malheiros" - Um Hospital de Comunidade".

São Paulo, junho de 1959

Odair Pacheco Pedroso

Agradecimento

Ao Departamento de Estatística do Estado de São Paulo, pelo fornecimento dos dados demográficos utilizados neste trabalho.

A SITUAÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL

Em 1955 realizou-se no Rio de Janeiro, o I Congresso Nacional de Hospitais. Os temas ali apresentados e as conclusões trazidas ao conhecimento público, causaram tal impressão, que o Senhor Presidente da República, pelo Decreto nº 37.773 de 18 de agosto de 1955, criou uma Comissão Especial, à qual o autor desta tese se honra de ter pertencido, na qualidade de 2º vice-presidente, para elaborar ante-projeto de Lei Orgânica de Assistência Médico-Hospitalar no País (2).

Formada por técnicos experimentados, praticamente conhecedores de quase todos os hospitais brasileiros e dos problemas hospitalares das diversas regiões do país, aliou a Comissão Especial esses conhecimentos ao estudo pormenorizado da bibliografia existente sobre o assunto e, somente então, iniciou realmente seu exaustivo trabalho, procurando encarar a assistência hospitalar geral brasileira sob os vários aspectos que influenciaram a sua evolução no passado e a sua situação no presente.

Conhecedores, embora, de grande número de hospitais de boa parte dos Estados brasileiros, achamos temerário assumir a responsabilidade de, isoladamente, criticar a assistência hospitalar do país, quando essas mesmas críticas já foram feitas de forma completa e irrefutável por aquela Comissão, retratando a nossa situação real.

Assim, focalizaremos apenas alguns tópicos que, a nosso ver, a tuam perfeitamente bem o problema.

Se é bem verdade que nos dois decênios decorridos de 1935 a 1955, houve aumento sensível do número de leitos hospitalares em nosso país, não foi êle, entretanto, suficiente para permitir a melhoria do coeficiente de leitos por 1.000 habitantes. Por outro lado, êsse crescimento veio agravar indiretamente a situação, pois, não houve o aumento numérico correspondente do pessoal hospitalar habilitado, principalmente de enfermagem.

Continuamos com um coeficiente de dois leitos

por mil habitantes para a assistência hospitalar geral, indiscutivelmente muito aquém das nossas necessidades. Apenas o Distrito Federal, com 5,11 por mil o Território do Rio Branco com 4,36 por mil (3), se aproximam dos coeficientes preconizados pelos técnicos internacionais (4,5,6) e pela própria Comissão Especial (2). Segue-se o Rio Grande do Sul, com 4,13 por mil (3), índice aceito como bom. O Estado de São Paulo possui um coeficiente de 2,70 por mil habitantes (3), o que é sem dúvida, muito baixo.

Os dados apresentados por Perrone em seu magnífico trabalho "Armamento Hospitalar no Brasil" (3), não correspondem, entretanto, aos do nosso "Subsídios para um plano de desenvolvimento da assistência hospitalar no Estado de São Paulo" (7) e a explicação está em ter Perrone se louvado em elementos fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, enquanto os nossos foram obtidos, em grande maioria "in loco" por funcionários do Serviço de Medicina Social do Estado.

Aliás, as divergências entre as duas estatísticas para o Estado de São Paulo, que também devem existir para os outros Estados, não invalidam as conclusões já referidas de que o coeficiente de leitos em nosso país é muito baixo, mas justificam a tese defendida pela Comissão Especial (2), da necessidade da realização de um levantamento completo e perfeito do que existe, em matéria de assistência hospitalar, seguindo-se a técnica adotada em 1935, em São Paulo.

Somente com a realização "in loco" de um censo hospitalar, por técnicos devidamente treinados, é que poderemos obter os elementos necessários para conhecer a real situação da assistência hospitalar. Tivemos, em 1954, oportunidade de apresentar um trabalho (8) em que frisamos essa necessidade, demonstrando que a Divisão de Organização Hospitalar do Ministério da Saúde, em entrosamento com o Serviço de Estatística do Ministério da Educação e Saúde e com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (9), em 1952, publicava um levantamento da rede hospitalar do país, que não refletia a realidade.

Documentávamos nossa assertiva com exemplos do levantamento feito no Estado de São Paulo, que não coincidia com os dados que possuíamos, fornecidos pelo Serviço de Medicina Social do Estado. Estes foram colhidos nas próprias instituições hospitalares, por elementos habituados ao trabalho de levantamento de dados, pois, desde 1935 vem o Serviço de Medicina Social visitando, sem solução de continuidade, todos os hospitais do Estado.

Os dados apresentados pela Divisão de Organização Hospitalar (9) foram obtidos, às vezes, "in loco", outras por correspondência, e o critério de preenchimento dos questionários e de seu julgamento não poderia, portanto, ter sido uniforme.

Um levantamento nas condições que preconizamos, forneceria um quadro verdadeiro da nossa situação e elementos de indiscutível valor para a planificação de qualquer programa de desenvolvimento da assistência Hospitalar. Este vem sendo feito mais ou menos ao acaso, ao sabor, muitas vezes, de interesses políticos; outras vezes, de rivalidades locais, raramente auscultando ou verificando a real necessidade da região, zona ou comunidade onde é construída uma unidade Hospitalar.

Exemplo do que afirmamos, está contido de forma irretorquível no Relatório apresentado pela Comissão Especial (2) (pgs.35):

"Num único Estado, por exemplo, existem mais de 30 hospitais que tiveram suas obras paralizadas ou, após concluídos, não foram dotados de recursos em material para operar. Se considerarmos o vulto dos fundos invertidos em tais obras, vemos quão impressionante é o esbanjamento dos dinheiros públicos.

Esses hospitais, construídos por motivos outros que não a preocupação de bem servir a coletividade, estão parcial ou totalmente construídos, mas, já se arruinando, à falta de conser-

vação. Abusos tais, inconcebíveis mesmo que houvera plethora de recursos econômicos, tornam-se mais chocantes num país como o nosso, parco em dotações para obras assistenciais e onde tantos patricios perecem à mingua de recursos médicos hospitalares."

Outro documento que demonstra a falta de planificação são as estatísticas apresentadas no citado Relatório (2), à fls 19, em que se verifica que, na maioria dos Estados brasileiros, o coeficiente de leitos por mil habitantes é muito superior na Capital, ao do interior. Assim, no Estado do Pará, sua capital possuía 1516 leitos para 245.949 habitantes (5,9 leitos por 1000) enquanto que, para o interior desse Estado, com 868.324 habitantes existiam apenas 291 leitos (0,39 leitos por 1000). Pernambuco, cuja assistência hospitalar geral é quase que integralmente oficial, possuía 3303 leitos para 524.682 habitantes da Capital (6,3 leitos por 1000) contra 1673 leitos para uma população do interior de 287.503 (0,6 leitos por 1000).

Mesmo no Estado de Santa Catarina, que é um dos mais bem dotados em leitos, o contraste é flagrante, para a sua capital com 67.630 habitantes existiam 589 leitos (8,7 leitos por 1000) enquanto que, para o interior, com 1.492.872 habitantes, o número de leitos era de 5216 (3,5 leitos por 1000) apenas.

No que se refere aos edifícios, nossos hospitais apresentam-se geralmente em más condições. Sua construção é antiquada, não se prestando, normalmente, para atender às necessidades da medicina moderna, dando-nos a impressão de que nunca foram realmente planejados para essa finalidade.

Grande número de nosocômios é constituído de edifício ou conjunto de edifícios improvisados, quase sempre deficientes e anti-econômicos ainda que tenham recebido adaptações a fim de se atualizarem. A maior parte das vezes são de construção barata, com prejuízo evidente do custo de manutenção, do rendimento fún-

co e, na maioria dos casos, sem obediência às normas e princípios que deviam nortear a sua construção, a finalidade altamente especializada.

Entretanto, crescendo acostumados a eles, como um indivíduo habituado a uma moléstia crônica que aos poucos lhe tira o vigor, não notamos que são inadequados, que não preenchem as finalidades para que foram criados, que não oferecem segurança e conforto para os pacientes que os procuram e para os médicos que nele exercem sua atividade profissional; muito pelo contrário, achamos que são bons, que prestam adequado serviço à comunidade, e que, com ligeiras alterações, estariam modernizados. Às mais das vezes, pensamos que o que falta é um equipamento mais moderno. Esquecemo-nos que a medicina de hoje é executada por equipe de médicos, trabalhando em estreita colaboração com os seus auxiliares imediatos, os enfermeiros, os técnicos, todos eles amparados por uma administração profissional eficiente que deve conhecer o problema hospitalar em todos os seus aspectos, bem como a função do hospital como um todo, parte integrante dos serviços da coletividade e em benefício desta, a fim de que possa prevê-lo e organizá-lo para a realização de suas nobilitantes tarefas.

Com relação às instalações e ao equipamento, a maioria dos nossos hospitais apresenta a mesma deficiência que vimos analisando. Poucos são os que possuem serviço adequado de abastecimento de água e de eletricidade e rede de esgoto.

Apenas 52% dos hospitais possuíam aparelhos de raios X em 1954, (2) porcentagem, esta, que incluía muitos equipamentos que não estavam funcionando ou que nunca funcionaram.

Existiam laboratórios em 48,70% dos hospitais (2) mas, sua grande maioria, apenas com o mínimo necessário para um simples trabalho de rotina.

Pouquíssimos eram os hospitais que possuíam aparelhagem de fisioterapia, eletrocardiografia e metabolismo basal (2).

Com relação à organização de pessoal, a nossa decisão é contristadora: poucos médicos, raríssimos enfermeiros, precariedade quase absoluta de técnicos e, por que tudo, sem perspectivas de melhoria breve neste setor. Tem-se construído muitos e modernos hospitais nos últimos anos, muito se tem discutido sobre a formação e preparo do pessoal, mas, infelizmente pouco a sido feito de prático. E cada vez que se constrói novo hospital no país, aumentando o número de leitos, mais difícil se torna a solução do problema de formação do número necessário de elementos humanos habilitados.

Ainda recentemente, sob os auspícios da Fundação Rockefeller, foi feito um levantamento das necessidades em enfermagem para o país (10). Por sermos membro da Comissão Consultiva, tivemos vista do Relatório parcial que será divulgado pela Comissão.

As estatísticas nêle contidas são verdadeiramente desconfrangedoras.

Acreditamos que um plano racional de melhoria do preparo do pessoal hospitalar poderá, em pouco tempo, produzir os melhores resultados e permitir que em prazo relativamente curto possam os nossos hospitais ser atendidos por êle. Não cabe nêste trabalho discutir o assunto, mas desejamos externar nossa opinião já dada inúmeras vêzes, inclusive no V Congresso Nacional de Enfermagem, realizado no Rio de Janeiro em 1951, onde relatámos o tema "Meios de aperfeiçoamento do pessoal de enfermagem" quando defendemos a desburocratização das escolas de formação do pessoal e a redução de 18 para 12 meses, do Curso de Auxiliares de Enfermagem.

São complexos os fatores que interferem no estudo de um planejamento racional da assistência hospitalar no país: a dissimelhança das várias regiões, determinada pela diversidade das vias de comunicação e das distâncias a serem percorridas, pelos acidentes geográficos naturais, pelas condições climáticas, a variação dos índices demográficos e os fatores socio-econômicos e culturais.

Acrescente-se ainda os deslocamentos populacionais que têm feito com que muitos hospitais nem mesmo se encontrem, hoje, em local adequado. Alguns se tornaram grandes demais, a maioria demasiado pequena, alguns razoavelmente integrados, outros propositadamente desintegrados funcionalmente, num esforço nem sempre bem sucedido de conseguir melhoria de sua administração.

No entanto, se fôr considerado num Estado e, principalmente, numa região, o problema se torna menos complexo, pois, ainda que seja diferente a situação nas diversas zonas de um mesmo Estado, guardam os hospitais de tôdas elas determinadas características que os assemelham, possibilitando, por isso, soluções mais práticas e consentâneas com os hábitos, padrão de vida, vias de comunicação e os outros fatores supra-citados.

Sendo a assistência hospitalar problema de caráter local, regional e estadual antes de o ser nacional, o seu estudo deve ser realizado para cada Estado e, nêle, para cada zona ou região e município.

Somente desta forma poderemos planejar soluções adequadas e práticas, pois cada Estado, pelos seus técnicos, conhecedores que devem ser do seu ambiente, estará apto a encontrar a melhor maneira de proporcionar o desenvolvimento da assistência que deseja para os seus habitantes.

Felizmente, hoje esta idéia parece existir na consciência de grande número de técnicos brasileiros. Da Comissão Especial para a elaboração do ante-projeto de Lei Orgânica da Assistência Hospitalar para o País, participaram, entre outros, 5 (cinco) técnicos dos Estados e 6 (seis) outros técnicos, funcionários federais, sediados no Rio de Janeiro, e a conclusão a que chegou essa Comissão, no capítulo "Diretrizes, Normas Gerais e Plano de Ação", item 2 (2), foi a seguinte:

"Já ficou claramente expresso que não cabe à União a elaboração de planos para os Estados, a não ser quando por eles solicitada."

O ante-projeto de lei resultante do trabalho da Comissão, que recebeu aprovação integral do plenário reunido no II Congresso Nacional de Hospitais, realizado em Belo Horizonte em 1958, cria, pelo seu artigo 7º, no Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Assistência Hospitalar, com a função de estabelecer bases e coordenar as atividades da União quanto à forma de assistência.

Em seu artigo 16, entre outras atribuições, lhe dá a de aprovar os planos estaduais, previstos no artigo 17 e seguintes.

Os planos estudados por órgãos similares ao Conselho Nacional de Assistência Hospitalar, para os respectivos Estados, deverão especificamente, e em ordem de prioridade, visar:

- 1º - formação e o aperfeiçoamento do pessoal hospitalar;
- 2º - manutenção dos serviços assistenciais na base do custo do doente-dia;
- 3º - aquisição de material hospitalar;
- 4º - obras e serviços em geral, representados por reformas, ampliações e novas construções.

Desta forma, cada Estado seria responsável pelo atendimento da assistência a ser nele prestada, contribuindo a União supletivamente.

Como se verifica, a maior ênfase dada pela Comissão e que já procuramos defender, é a da elevação do padrão do pessoal, sem deixar, contudo, de encarar a melhoria do ambiente de trabalho que, indiscutivelmente, o torna mais fácil e adequado.

- Uma Comunidade e seu Hospital -

Em 1947, fomos a São João da Boa Vista, atendendo solicitação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia local, visitar seu Hospital "Dna. Carolina Malheiros" e, a convite do Rotary Club, pronunciar uma conferência.

Fazendo tal visita, vimos que a instituição era, com um mínimo de características próprias, a reprodução da grande maioria dos hospitais de comunidade da época, localizados em cidades que tivessem atingido o mesmo estágio de evolução de São João da Boa Vista.

Esses hospitais possuíam, regra geral, duas enfermarias, uma para homens e outra para mulheres, com capacidade de 12, 18, 24 até 36 leitos, sem possibilidade alguma de isolamento dos casos mais graves, dos moribundos, dos portadores de moléstias repugnantes, e onde se misturavam adultos e crianças.

Para os contribuintes, os quartos eram geralmente pequenos, com medidas inferiores às exigidas pelos nossos códigos.

Os sanitários para uso dos pacientes eram sempre em número deficiente, sujos, mal ventilados e com defeitos de funcionamento.

O trabalho de enfermagem era centralizado numa sala de curativos e executado por alguns ex-docentes e abnegadas Irmãs de Caridade, que exerciam empiricamente a profissão, procurando suprir sua falta de conhecimentos com devotamento e carinho.

Nessas condições, os médicos tinham receio de se aventurarem a tratamentos delicados, e, quando o faziam, eram forçados a exercer, eles próprios, a enfermagem em seus pacientes.

O centro cirúrgico se resumia a uma sala de operações, por vêzes inadequada, e a uma pequena sala de esterilização e preparo de material. Alguns hospitais, possuíam também uma sala de cirurgia para os ca-

sos séticos.

Não havendo a noção de centro obstétrico, nenhum hospital possuía sala de trabalho de parto e de reanimação de recém-nascidos.

Os berçários, quando existentes, tinham, como regra, a superlotação.

A localização dos serviços auxiliares médicos, como Raios X, laboratório e fisioterapia, quando encontrados, era feita ao acaso, quase sempre em detrimento de quartos de doentes contribuintes e em promiscuidade com aquêles.

A lavanderia era manual e, quando muito, fervia-se a roupa do centro cirúrgico e dos casos contaminados, mas a sua manipulação era sempre feita em condições de falta de técnica assética.

A cozinha limitava-se a um compartimento com um fogão. Normalmente imperava a higiene e a limpeza, quando dirigida por Irmãs de Caridade. Desconhecia-se, no entanto, racionalização de trabalho.

Ao corpo clínico, destinava-se, às vêzes, uma pequena sala para vestiário, sala que, frequentemente servia também para depósito de medicamentos e de amostras ou para guarda do instrumental cirúrgico.

O ambulatório se resumia a umas poucas salas, localizadas, geralmente, num porão, sem conforto, escuras e com pouca ventilação.

Em um único compartimento se localizavam a diretoria, a secretaria, a tesouraria, a contabilidade, o registro e a admissão de doentes.

Na época da construção desses hospitais, não existia o conceito das unidades de serviço, formadas por elementos indispensáveis à boa prática da medicina, da técnica e da administração.

Este conceito para a construção dos hospitais, e dos elementos do hospital geral, grupados em unidades, foi apresentado, pela primeira vez, em publicação, em 1954, num trabalho de Lourdes de Freitas Car-

valho (11), e, com ligeiras alterações, continua fundamentalmente o mesmo.

Nasceu êle de estudos que realizámos para o Hospital das Clínicas de Sao Paulo, e, mais particularmente, para a Santa Casa de Santos. Conseguimos, baseados nos conhecimentos que adquirimos da técnica norte-americana, encarar a estática dos hospitais como sendo formada por unidades independentes, mas intimamente ligadas entre sí, de forma a possibilitar uma dinâmica mais perfeita, e mais ainda, permitir uma atualização quase que imediata da instituição, quando necessária, para receber os progressos sempre crescentes da ciência médica.

O Serviço de Saúde Pública, Divisão de Hospitais, dos Estados Unidos, com o intuito de facilitar a construção de nosocômios de vários tamanhos, publicou uma série de artigos e um livro (12,13) contendo planos esquematizados de quase todos os setores constitutivos do hospital. A estes artigos, denominou "Elementos do Hospital Geral".

A sua representação, no entanto, era sempre gráfica ou melhor, sob a forma de planos arquitetônicos (plantas baixas) contendo tôdas as instalações e móveis considerados indispensáveis para o funcionamento do serviço ou elemento.

Além do Serviço de Saúde Pública, vários autores norte-americanos e recentemente canadenses, publicaram trabalhos e livros apresentando os elementos como entidades isoladas, raramente grupadas em departamentos, serviços ou facilidades. Apenas o que conhecíamos sob a denominação de enfermaria ou clínica em nosso país, chamaram os norte-americanos de Unidade de Enfermagem.

Assim, nos tratados de Rosenfield (14), de Butlere Erdman (15), do Committee on Designing, Constructing and Equipping of Public Hospitals in Ontario (16) e nas publicações da United States Public Health - Division of Hospital Facilities (12,13) encontram-se referências aos elementos do hospital geral, como entidades isoladas, pertencentes a departamentos ou serviços, e todos êles esquematizados por planos (plantas-baixas).

O Serviço Especial de Saúde Pública do Rio de Janeiro publicou monografia sobre Padrões Mínimos de Hospitais (17), com a colaboração do Curso de Administração Hospitalar da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em que os elementos eram também absolutamente individualizados.

A nosso ver, se bem que as publicações norte-americanas oferecessem uma incontestável contribuição para facilitar o planejamento de hospitais, não propiciavam, aos menos conhecedores da técnica hospitalar, possibilidade para que se armassem êstes elementos num todo funcional harmônico, que representasse a instituição. Por isso, viámos e continuamos a ver planos e projetos feitos por arquitetos, tanto estrangeiros como nacionais, nos quais todos ou quase todos os elementos estão presentes, mas de forma não harmônica, dando a impressão de que suas peças foram colocadas umas ao lado das outras por acaso, sem justificativa e sem razão de ser. Faltava, era e continua ser nossa impressão, a visão da unidade de trabalho, pela qual seriam dispostos todos os elementos que possuíam finalidades afins, e que permitissem, justamente por êste motivo, uma função mais precisa, um manejo mais fácil, um trabalho mais eficiente de cada departamento do Hospital.

Em outras palavras, cada setor técnico ou administrativo deveria ser perfeitamente individualizado e separado dos outros, se bem que todos êles agrupados, propiciando a realização das funções de um hospital da atualidade.

Assim pensando, procurámos, fugindo à rotina seguida pelos norte-americanos, oferecer esquemas padrões de serviços e departamentos para hospitais de diferentes tamanhos e estudar para cada um, um programa básico que estivesse de acôrdo com as reais necessidades da comunidade e dentro da moderna técnica hospitalar.

Com a finalidade de sistematizar um programa de construção, a fim de que fosse facilitada a tarefa dos

arquitetos e para melhor compreensão dos proprietários da instituição e dos médicos nela interessados, do que seria o seu hospital, idealizamos um sistema que nos oferece os melhores resultados: o agrupamento dos elementos estudados originariamente pelos norte-americanos em unidades administrativas, técnicas e médicas. Assim qualquer hospital geral deveria possuir um mínimo de unidades chamadas fundamentais ou básicas, que seriam acrescidas de outras, ou desmembradas desde que a complexidade do projeto e o tamanho do hospital assim exigisse.

Os nossos estudos produziram na prática, os melhores resultados, e hoje verificamos com satisfação que as idéias preconizadas por nós e que foram condensadas no trabalho publicado por Lourdes de Freitas Carvalho (11), são hoje aceitas e seguidas pela maioria dos técnicos brasileiros e estrangeiros que conosco conviveram.

Temos a impressão de que o conhecimento dos elementos enfeixados em unidades, veio facilitar extraordinariamente a tarefa de todos os que pretendem levar avante a construção de um hospital.

Sete são as unidades básicas que qualquer instituição dêsse tipo deve possuir:

1) Unidade de administração-compreendendo todos os elementos destinados às atividades burocráticas e técnico-administrativas;

2) unidade de dependências para o corpo clínico- englobando os elementos necessários para a administração do corpo clínico e seu confôrto;

3) unidade de ambulatório - compreendendo todos os elementos indispensáveis para a recepção dos pacientes e para os trabalhos realizados pelos médicos com os mesmos, em regime de não internação. Outras facilidades, tais como os elementos do serviço de farmácia, documentação científica, dependendo do tipo de hospital, são agregadas a esta unidade;

4) unidade de serviços auxiliares médicos - nesta unidade reúnem-se os elementos constitutivos daqueles serviços auxiliares de diagnóstico e de trata-

mento, como laboratório clínico, radiologia clínica, fisioterapia e serviço de transfusão;

5) unidade de serviços gerais - em que se juntam os elementos que constituem o serviço de alimentação, lavanderia, abastecimento, força, aquecimento e manutenção, conservação e reparos, e outros;

6) unidade de centro cirúrgico - obstétrico compreendendo todos os elementos constituídos pelas salas de operações e seus anexos, salas de parto e seus anexos e centro de material esterilizado;

7) unidade de enfermagem ou de serviço médico - compreendendo os elementos destinados à acomodação dos pacientes e ao trabalho de enfermagem que lhes é fornecido. Pode ser única ou múltipla, dependendo do tamanho do hospital, e formando unidades de especialidades médicas, bem como de diferenciações sociais e setoriais.

Depreende-se, do exposto, que realmente apresentamos agrupamentos que têm funções afins, e que permitirão o planejamento de um hospital, de forma a satisfazer às necessidades da medicina.

Além das deficiências e inadequação dos edifícios, na época, havia as falhas de organização, tudo concorrendo para dinâmica defeituosa e pouca adequada.

Nem todos os hospitais possuíam regulamentos e quando existentes, não eram dados a conhecimento de todos, e, assim, ninguém os seguia. Trabalhava-se, normalmente, por força do hábito e qualquer inovação era geralmente mal recebida, no que diz respeito à organização e técnicas administrativas. Isto porque a grande massa de servidores era analfabeta.

O prontuário médico se resumia, e infelizmente se resume ainda hoje na grande maioria de nossos hospitais, a uma simples papeleta com dados de identificação do paciente, algumas prescrições médicas e às vezes, um diagnóstico. O normal, entretanto, é encontrar-se o diagnóstico escrito apenas no Livro de Registro do Hospital.

Este quadro é ainda existente em grande número de nosocômios, mesmo naqueles que procuram melhorar a

técnica através da instalação de novos e modernos aparelhos e, por estas razões, tem havido um crescente descontentamento por parte dos corpos clínicos, que não se sentem devidamente amparados pelas administrações e uma incompreensão mútua no que se refere às atribuições de ambos na organização hospitalar.

É que, tanto no seu aspecto físico como na sua estrutura e dinâmica administrativas, os hospitais paulistas estavam carecendo de uma revisão total, que começou a se fazer com o advento do Hospital das Clínicas e da Santa Casa de Santos, e vem evoluindo efetivamente com a criação do Curso de Administração Hospitalar na Faculdade de Higiene e Saúde Pública em 1951 e com a ação benéfica da Associação Paulista de Hospitais, irmanada à da Associação Paulista de Medicina.

Também o Conselho Estadual de Assistência Hospitalar, órgão governamental orientador da assistência hospitalar no Estado, graças ao aumento dos auxílios e subvenções que vem distribuindo, tem proporcionado melhoria dos edifícios hospitalares e do seu equipamento.

O Hospital "Dona Carolina Malheiros" da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São João da Boa Vista, inaugurado a 6 de agosto de 1899, era uma reprodução dos hospitais da época, que acabamos de descrever.

Possuía duas enfermarias, uma para homens, outra para mulheres, de 18 leitos cada uma, uma sala de operações e uma pequena farmácia.

O laboratório, criado posteriormente, fazia alguns exames de rotina. O aparelho de raios X foi instalado somente em 1940.

Desde sua criação, as enfermarias nunca sofreram modificações, mas em duas ocasiões, se adicionaram ao edifício primitivo, alguns quartos para contribuintes.

O simples confronto dessa descrição com os conceitos atrás expostos, demonstra cabalmente que o Hos -

pital "Dona Carolina Malheiros" era inadequado a seus fins, e não poderia oferecer à população do município e de seus satélites, a segurança de uma assistência condigna, e aos médicos a possibilidade de trabalho mais eficiente e progresso em suas atividades profissionais.

Não bastaria uma simples reforma e pequena ampliação, para que o Hospital satisfizesse?

A falta de funcionalidade da estrutura, difícil de conseguir com uma reforma, aliada a falta de conforto e dos serviços auxiliares médicos, desaconselhavam formalmente essa solução, por onerosa e incompleta.

Por outro lado, a procura do Hospital pela população, de 1940 a 1947, refletindo sobre a porcentagem de ocupação, aumentara, como se pôde verificar pelos dois quadros que se seguem:

- Internações no período de 1940-1943 -

Ano	Doentes Tratados	% de Ocupação
1940	581	57,70
1941	586	56,60
1942	656	61,10
1943	749	59,80
Total	<u>2572</u>	
Média anual:	643	

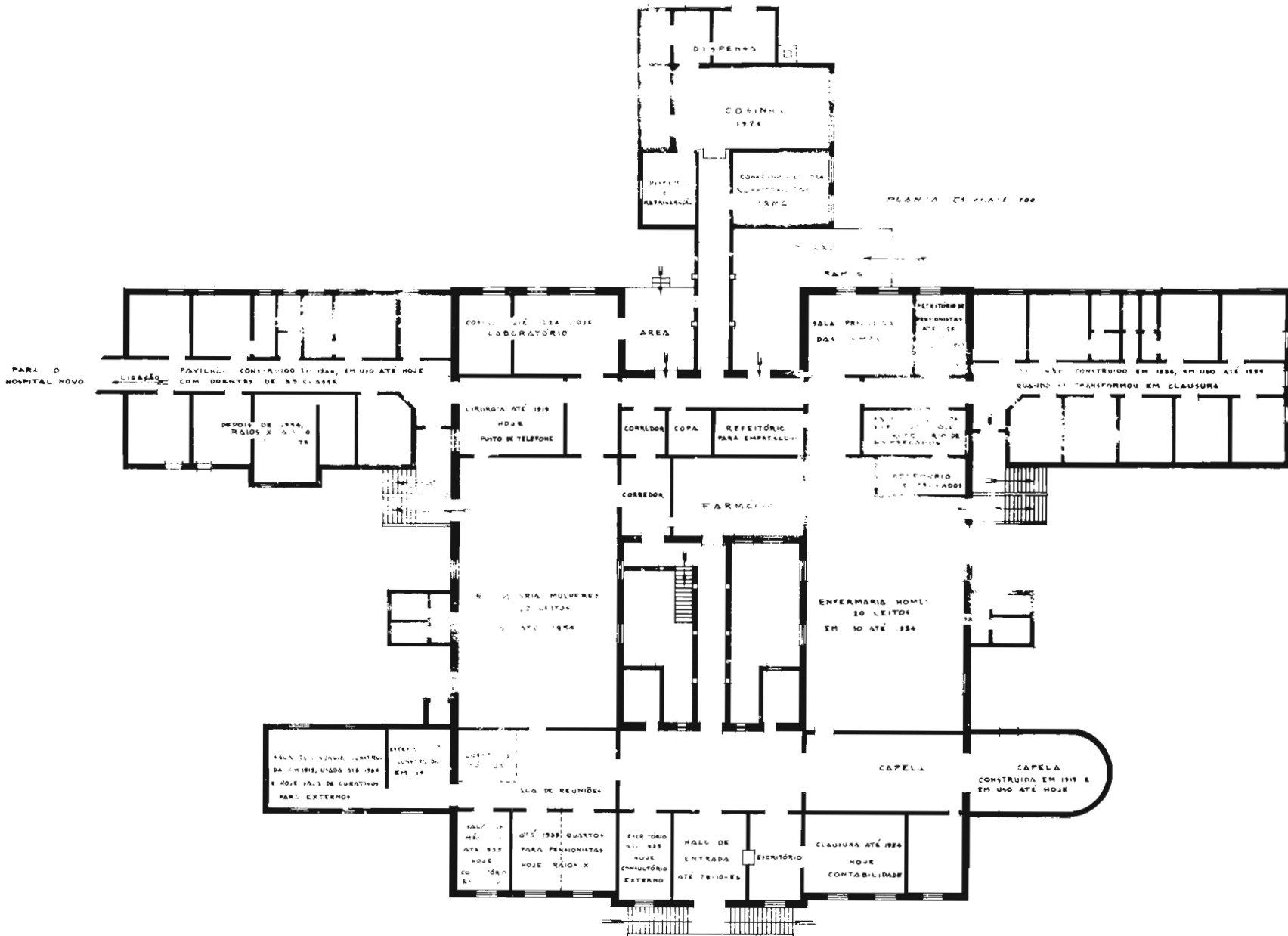
- Internações no período de 1944-1947 -

Ano	Doentes Tratados	% de Ocupação
1944	1039	71,50
1945	1084	77,50
1946	1136	72,09
1947	1122	79,70
Total	<u>4381</u>	
Média anual:	1095	

SANTA CASA DE MISERICORDIA

"D. CAROLINA MALHEIROS"

SÃO JOÃO DA BOA VISTA



Difícil nos é precisar as causas dêste aumento na procura, que não se verificou somente em São João da Boa Vista, mas, em todo o interior. A impressão que temos é que êle se deveu fundamentalmente a dois fatores:

1º - a inauguração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, que influiu decisivamente:

a) na política dos outros hospitais, que sentiram a obrigação de oferecer melhores serviços;

b) na organização das atividades dos médicos, que começaram a compreender as vantagens do trabalho em equipe;

c) na conceituação do público em relação aos hospitais, que passaram a significar para si, realmente, um organismo preparado para oferecer melhores possibilidades de tratamento e cura, que a própria casa;

2º - o aparecimento dos antibióticos que, dando aos médicos maior segurança, lhes permitiram tratar, no próprio local, casos que antes, a ética lhes mandava encaminhar para centros maiores.

Verificados todos êsses fatores, ficamos convencidos da necessidade da construção de um novo hospital. E, em nossa conferência no Rotary Club local, em que deveríamos tratar do problema da formação de pessoal, especialmente de enfermagem, não pudemos deixar de falar sobre o que observáramos e daquela nossa convicção.

Por paradoxal que pareça, não só a administração como os próprios médicos do Corpo Clínico se encontram satisfeitos com o Hospital, julgando que a aquisição de alguns aparelhos e a obtenção de alguns profissionais de enfermagem lhes dariam as condições necessárias para trabalhar dentro dos mais modernos métodos da prática médica.

Nossa afirmativa de que necessitavam de um novo hospital, chocou-os de início.

Habitados ao seu ambiente de trabalho, como nos habituamos a uma doença crônica, que aos poucos nos tira a capacidade de produção e alegria de viver,

enxergavam parcialmente as causas de suas dificuldades, nunca pensando que pudessem ser mais extensas e mais profundas, exigindo soluções radicais. Mas depois, dando uma perfeita demonstração de seu discernimento, analisaram o problema e concluíram que, de fato, o seu progresso era, em grande parte, entravado pela existência tanto de um edifício inadequado para o trabalho médico como de uma organização obsoleta.

Aceitas nossas ponderações, fomos encarregados pela diretoria de orientar o planejamento do novo conjunto hospitalar.

De início, pretendia a administração superior daquele nosocômio que, no plano fossem aproveitadas certas partes do edifício então existente. No decorrer dos trabalhos, no entanto, optaram por uma construção integralmente nova.

Um grande problema, porem, se nos antepunha: Quantos leitos deveria ter o novo Hospital? Qual o seu tipo de construção? Como realizá-lo sem interromper o trabalho hospitalar? Teria a comunidade recursos para construir o novo edifício em uma só etapa ou deveria ser planejado para uma construção em vários períodos?

Estas questões, que hoje, passados 11 anos apenas, não constituem mais problema para os técnicos, apresentavam na realidade, na época, grande dificuldade, pela inexistência quase que absoluta de elementos conhecedores do assunto, no país.

Nossa responsabilidade era enorme, pois sendo um dos poucos profissionais no ramo, na ocasião, precisávamos estudar um hospital que fôsse adequado e exato para a cidade. Não deveria êle ser planejado ao acaso, isto é, ao sabor dos desejos de um grupo da comunidade, nem de acôrdo com as suas possibilidades financeiras, mas sim tendo em vista as necessidades reais da população a que iria servir.

Não era isto que se observava até então. Qualquer comunidade que desejasse um hospital, obtinha um projeto feito sob orientação dos médicos da localidade

ou de órgão estadual ou federal, que normalmente lhe enviava um plano padrão, sempre tendo em mira a verba aproximada que a instituição calculava poder dispor para a construção. Por isso, os planos nem sempre representavam as necessidades da comunidade.

Para se tornarem viáveis, sofriam amputações indevidas e, posteriormente, acréscimos inadequados, que têm impedido que construções relativamente recentes, possam servir de campo para a realização da medicina moderna.

Outras vezes, e ainda hoje se verifica, por vaidade e interesses pessoais, governantes, deputados e vereadores fazem aprovar verbas para construção de um hospital numa determinada localidade, sem saber se necessita do mesmo, que tipo deverá ter, qual o seu número de leitos e quais as possibilidades de sua manutenção.

Esquecem-se ou melhor, ignoram aqueles que interferem no problema hospitalar, que êste deve ser estudado por técnicos. Uma instituição dêsse tipo só deve ser construída, havendo motivação por parte da comunidade. É quase inútil o Governo querer impor um serviço a um determinado grupo da população, se êste não está preparado para êle, ou desejoso de recebê-lo. O exemplo dos hospitais construídos no vale do São Francisco (5), como já foi referido, é flagrante. E o exemplo da Argentina, é muito mais sugestivo e objetivo do que tudo que se possa falar sobre o assunto(18).

Poucos eram os recursos da Irmandade mantenedora da instituição, mas São João da Boa Vista, era município próspero e rico, situado nos contrafortes da Serra da Mantiqueira e possuía, naquela época uma população de 33.828 habitantes, dos quais cêrca de 15.000 na cidade.

A agricultura era representada por fazendas de café, grande produção de arroz e algodão, e fazendas de criação. A produção industrial de tecidos, laticínios, e beneficiamento de café era apreciável.

Havia sete agências bancárias e uma da Caixa E-

conômica Estadual, esta com cêrca de Cr\$70.000.000,00 (setenta milhões de cruzeiros) em depósito.

Possuia 58 escolas primárias, 4 secundárias, 2 de ensino profissional, 2 de ensino artístico e 4 bibliotecas. É mais importante que todos êsses fatores, possuía uma elite interessada nos problemas da comunidade.

E, enquanto orientávamos a confecção dos novos projetos, punham-se a campo as senhoras e os homens da sociedade sãojoanense, com o fim de levantar os recursos necessários para o início de uma obra que seria o maior empreendimento da cidade e um exemplo a ser seguido por tôdas as outras, tanto da zona, como do resto do Estado. Quermesses, festivais, pedidos de donativos, tudo fizeram e em poucos anos, conseguiu aquela admirável coletividade reunir a elevada soma de Cr\$4.800.000,00 (quatro milhões e oitocentos mil cruzeiros) insuficiente, entretanto, para a construção do novo hospital.

Ainda que a Irmandade possuísse recursos para a construção imediata de obra de tal vulto, o bom senso não nos aconselharia a opinar em favor dessa idéia e isto porque, não poderíamos ter certeza absoluta de que os coeficientes a serem aplicados por nós, acrescidos da possível interferência dos fatores representados pela procura de assistência, melhoria do padrão econômico da comunidade, elevação do seu grau cultural e progresso da educação sanitária do povo, viessem a corresponder realmente às necessidades em leitos que iríamos determinar, para aquela localidade.

Além disso, se é bem verdade que a elevação do padrão do Hospital de São João da Boa Vista iria transformá-lo em um centro de atração para pacientes de comunidades próximas, não poderíamos deixar de levar em consideração também, que estas, possuidoras de hospitais, por simples emulação, procurariam elevar o padrão de suas instituições anulando em parte, desta forma, a vantagem inicial que São João da Boa Vista houvesse conseguido.

Assim, aconselhamos a construção do hospital em

três fases, solução mais realística para o caso, oferecendo ainda possibilidades para que a comunidade realmente pudesse acompanhar sua obra máxima e nela se integrar.

Aceita nossa sugestão, estudamos com o corpo clínico e com a diretoria um plano de ação que deveria ser desenvolvido num período de 8 a 10 anos, época em que estaria concluído o edifício.

Dêsse modo se atenderia ao aumento progressivo da procura, se poderiam conseguir os recursos para a construção, com a realização integral do plano, sem mutilações, criando-se ainda oportunidade para a correção de possíveis falhas de planejamento.

A grande área de terreno disponível para a construção do Hospital, o tipo construtivo predominante na zona, de edifícios com um máximo de três pavimentos, a deficiência de energia elétrica e a necessidade da construção em etapas, foram os fatores preponderantes que nos fizeram propor o sistema pavilhonar. E, outra razão, este nos facilitava também a manutenção do pleno funcionamento do hospital.

Solucionadas essas questões, restava uma importantíssima a ser respondida:

Que número de leitos deveria ser fixado para o novo Hospital ?

DETERMINAÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS

Tarefa das mais difíceis e, acreditamos mesmo, solução nem sempre possível dentro de mínimos aceitáveis de erro, é a determinação do número de leitos que deve possuir uma determinada comunidade.

Sobre o assunto, na literatura nacional de nosso conhecimento, apenas no trabalho do Prof. Rezende Puech "O problema da Assistência Hospitalar do Estado de São Paulo" (19) encontravam-se considerações sobre o coeficiente de leitos hospitalares por 1000 habitantes, necessários a uma determinada população. No entanto, estes dados não eram suficientes, pois o Prof. Rezende Puech apresentava seus estudos sem particularizar as cidades e municípios, a não ser a Capital. Sua ênfase era a adoção de um coeficiente de 4,0 leitos por 1000 habitantes para as populações urbanas e 2,0 por 1000 para as populações rurais, mas admitia não serem ideais estes mínimos.

Entretanto, a literatura estrangeira sobre a determinação do número de leitos hospitalares, principalmente a norte-americana, nos oferecem subsídios valiosos aos estudos que realizamos em São João da Boa Vista.

Sendo coeficientes e fórmulas preconizados por autores estrangeiros, os únicos elementos que nos ofereciam alguma base para iniciar nosso trabalho, passamos a estudá-los, para verificar a possibilidade de aplicação ao caso que nos interessava.

Stone, em seu livro "Hospital Organization and Management" passa em revista opiniões e conclusões que encontrou sobre o assunto. Entre elas, anotamos (20):

1. "Em junho de 1924, o "Labour Party" fazia uma publicação oficial a respeito do movimento trabalhista e a crise hospitalar: tem sido calculado que para a realização de todo o trabalho que é feito nos hospitais gerais, os quais, para simplificação podem ser representados pelos hospitais voluntários, deve e-

xistir de 2,0 a 5,0 leitos por 1.000 habitantes, variando em número de acôrdo com as características da comunidade, mais nas áreas industriais, menos nos distritos rurais. O menor índice aceitável deve ser de 2,5 leitos por 1.000 habitantes ... etc."

2. "Em 1928, Miss Stela Churchill publicava em "Health Services and the Public"; tem sido calculado pelas autoridades, que são necessários 7,0 leitos por 1.000 habitantes."
3. "E.H.L. Corwin do U.S. Public Health Service dizia: "Calculamos nossos mínimos em 5,0 leitos por 1.000 habitantes para casos de medicina e cirurgia gerais etc."
4. "W.H. Mansholt da Holanda, afirmava que: "cálculos feitos alguns anos atrás para a Holanda, eram aproximadamente os mesmos" (referindo-se à estimativa de Corwin)."
5. "O relatório do "Committee on Community Hospitals" da American Hospital Association dizia: "Temos usado nossa estimativa de 5,0 leitos por 1.000 habitantes como representando necessidades normais para serviços de hospital geral ...etc".
6. "Um artigo sôbre o levantamento de serviço hospitalar nos Estados Unidos, publicado no The Modern Hospital Yearbook diz: "Muitas autoridades afirmam que um adequado coeficiente, dependendo, é logico, das condições locais, é de 1,0 leito para cada 150 habitantes. Outras recomendam coeficientes que vão de 1,0 leito para cada 200 habitantes até a um máximo de 1,0 para 100 habitantes. Que seja de nosso conhe-

cimento, nenhuma autoridade jamais recomendou um coeficiente de menos de 1,0 leito por 200 habitantes."

7. "Um inquérito feito para "The Health and Hospital Committee of Louisville-Community Chest" conclui: "Desde que a população de Louisville não difere de maneira marcante de outras cidades industriais do país, podem ser aplicadas a ela, no que se refere à acomodação hospitalar, os métodos já estabelecidos."

"Pela experiência de outras localidades, 5,0 leitos de hospital geral são necessários para cada 1.000 habitantes, com relação à hospitalização de medicina e cirurgia gerais, de adultos e crianças; para as moléstias transmissíveis agudas, 5,0 leitos para cada 10.000 habitantes e para tuberculose, tantos leitos quanto fôr a média de óbitos por tuberculose nos últimos 5 anos. A experiência mostrou posteriormente que, dos 5,0 leitos por 1.000 habitantes dos hospitais gerais, deve haver 5,0 por 10.000 habitantes para crianças e 45,0 por 100.000 habitantes para hospitalizar 30% de todos os casos de obstetrícia."

Como se depreende dos estudos publicados por Stone (20,21), apesar dos valores apresentados pelos autores serem de cerca de 5,0 leitos por 1.000 habitantes, nenhum dêles explica como conseguiu obtê-los.

O próprio Stone, (20,21) afirmando que não existe padrão fixo de leitos por 1.000 habitantes, declara que somente pelo exame cuidadoso de todos os fatores locais é que se pode avaliar o número de leitos necessários para uma determinada área. Dentre aquêles que

cimento, nenhuma autoridade jamais recomendou um coeficiente de menos de 1,0 leito por 200 habitantes."

7. "Um inquérito feito para "The Health and Hospital Committee of Louisville-Community Chest" conclui: "Desde que a população de Louisville não difere de maneira marcante de outras cidades industriais do país, podem ser aplicadas a ela, no que se refere à acomodação hospitalar, os métodos já estabelecidos."

"Pela experiência de outras localidades, 5,0 leitos de hospital geral são necessários para cada 1.000 habitantes, com relação à hospitalização de medicina e cirurgia gerais, de adultos e crianças; para as moléstias transmissíveis agudas, 5,0 leitos para cada 10.000 habitantes e para tuberculose, tantos leitos quanto fôr a média de óbitos por tuberculose nos últimos 5 anos. A experiência mostrou posteriormente que, dos 5,0 leitos por 1.000 habitantes dos hospitais gerais, deve haver 5,0 por 10.000 habitantes para crianças e 45,0 por 100.000 habitantes para hospitalizar 30% de todos os casos de obstetrícia."

Como se depreende dos estudos publicados por Stone (20,21), apesar dos valores apresentados pelos autores serem de cerca de 5,0 leitos por 1.000 habitantes, nenhum deles explica como conseguiu obtê-los.

O próprio Stone, (20,21) afirmando que não existe padrão fixo de leitos por 1.000 habitantes, declara que somente pelo exame cuidadoso de todos os fatores locais é que se pode avaliar o número de leitos necessários para uma determinada área. Dentre aquêles que

merecem investigação destacam-se: o número e classificação dos leitos existentes, o vulto das relações de pessoas que aguardavam vaga para internação, o número médio de dias de permanência de cada classe de pacientes, o número de casos de emergência cuja admissão tem sido recusada, o tipo e crescimento da população, o número de óbitos e suas causas, as profissões predominantes e os seus riscos para a saúde, o sistema de habitação familiar e individual, a atitude dos médicos com respeito à admissão de pacientes ao hospital, a população da área suburbana e rural servida pela instituição, as facilidades hospitalares existentes ou a serem previstas para a área, o desenvolvimento que foi dado aos serviços de ambulatório e o papel que as casas de convalescentes possam ter em aliviar o trabalho dos hospitais.

Referindo-se ainda Stone (20,21) às relações dos pacientes que esperam vaga, afirma serem as mesmas apenas uma indicação da existência de uma necessidade que é, porém, diversa da medida dessa necessidade.

A bibliografia por nós consultada quando de nossa viagem aos Estados Unidos em 1947 e em 1948, nos forneceu muito maior número de indicações do que a obtida através de Stone. No entanto, a maioria dos autores emitia apenas opinião pessoal ou de grupos de técnicos, de valor relativo para aplicação em outro ambiente.

Alguns estudos, porém, nos forneceram realmente elementos interessantes, que procuramos aplicar em nosso trabalho.

Em 1927, o "Committee on County Hospitals" da American Hospital Association (22) sugere, como já transcrevemos de Stone (20,21), 5,0 leitos de hospitalização geral, por 1.000 habitantes, e, não apresentando detalhes sobre o método usado para conseguir esse coeficiente, dá indicações de que o mesmo foi baseado no coeficiente médico de utilização do hospital nas zonas urbanas. Além disso, afirma que a estimativa deve ser encarada apenas como sugestão e, que as necessidades de cada comunidade só podem ser determinadas pelo estudo local. Acredita, no entanto, a Comissão, que poucas a-

reas poderiam oferecer assistência hospitalar adequada a todos os tipos de doença, sem possuir o coeficiente de 5,0 leitos por 1.000 habitantes.

Em 1928, Ranking, Hannaford e Van Arsdall (23) apresentam um relatório para o "The Duke Endowment" sobre o hospital geral pequeno, principalmente da zona rural, onde propõe o coeficiente de 1,0 leito por 1.000 habitantes, para os primeiros anos de funcionamento do hospital, porquanto as necessidades em leitos da zona rural parecem não exceder de 50% dos casos que requerem hospitalização na zona urbana.

O Dr. Haven Emerson (24), em 1930 propõe uma série de padrões para cidades de 50.000 habitantes ou mais, com base na média do tempo de permanência de 14 dias, por paciente, e 80% de ocupação. Afirmava que, embora o uso dos leitos hospitalares nas grandes comunidades industriais variasse de 3,0 a 9,0 leitos por 1.000 habitantes, raramente o coeficiente de 5,0 leitos por 1.000 habitantes seria ultrapassado e que julgava o índice de 2,0 leitos por 1.000 habitantes satisfatório para as pequenas cidades e áreas rurais.

Lee e Jones (25), Alden e Patsy Mills (26), Davis (27), o "Committee on Hospital Planning and Equipment" (28), o "Technical Committee on Medical Care" (29), Ponton (30), como os que os precederam, apresentam coeficientes, sem detalhar os processos pelos quais foram conseguidos. Relewa notar que quase todos situam seus achados de 4,0 a 5,0 leitos de hospitalização geral por 1.000 habitantes, acentuando que os índices devem ser usados apenas para sugerir, e não determinar o número de leitos necessários para uma comunidade.

Mountin, Pennell e Hoge (31) do "Public Health Service" dos Estados Unidos, em 1945, apresentaram um trabalho, no qual o coeficiente de 4,5 leitos por 1000 habitantes era admitido por eles como valor situado entre o "ideal teórico e a prática". Antes de determinar esse coeficiente, realizaram um cuidadoso estudo dos padrões que foram conseguidos anteriormente por outras autoridades.

Segundo êsses autores, o coeficiente de 4,5 leitos por 1.000 habitantes, é razoável, desde que sejam respeitadas as seguintes condições:

1. "êsses leitos devem acomodar tôdas as pessoas que necessitam hospitalização, exceto as portadoras de tuberculose ou moléstia mental;"

2. "os fatores que dificultam a hospitalização, tais como, distâncias, acomodações insuficientes, incapacidade financeira, falta de vontade de internação por parte dos pacientes, devem ser afastados ou reduzidos ao mínimo;"

3. "os hospitais devem ser utilizados, pelo menos, em 80% de sua capacidade."

Os autores acham justificável a utilização desse coeficiente, inferior ao ideal teórico, baseados nos fatos de que:

1.- "um esquema coordenado de administração de qualquer programa de desenvolvimento hospitalar, deve apresentar grandes flutuações na utilização dos hospitais existentes;"

2.- "a elevação harmônica do coeficiente de leitos em tôdas as áreas, a um nível razoável, poderá evitar excesso de construções."

De acôrdo com os padrões adotados nesse estudo, as cidades que possuíssem 250 ou mais leitos, seriam consideradas centros principais; as que tivessem 100 a 249, centros secundários; as áreas com 50 a 99 eram chamadas centros secundários em potencial e as que tivessem menos de 50 leitos, denominavam-se distritos isolados.

O agrupamento desses diferentes tipos de áreas e cidades, daria como resultado a formação de regiões ou zonas e distritos, nos quais existiria uma cadeia de hospitais, hierarquicamente entrozados.

Os autores propuzeram 6,5 leitos por 1.000 habitantes para um centro principal, 5,0 para um centro secundário, 4,0 para um centro secundário em potencial e 2,5 para os distritos isolados.

Esta variação no coeficiente é plenamente jus-

tificada, baseada no fato de que os ~~centros~~ maiores (principais e secundários) receberão maior número de pacientes, visto possuírem hospitais maiores e onde se pratica medicina mais especializada.

Não sabemos como conseguiram os autores determinar o coeficiente de 4,5 leitos por 1.000 habitantes, mas o seu estudo é de alta valia, pois nos dá indicações mais precisas de como devemos proceder na distribuição do coeficiente de leitos num Estado e mesmo numa zona. Forçoso é reconhecer, que não se pode pretender que tôdas as cidades ou municípios de uma mesma zona ou de um Estado possuam o mesmo coeficiente de leitos hospitalares por 1.000 habitantes.

É indiscutível que os centros maiores, mais ricos, atraem maior número de médicos e a sua tendência à especialização se faz sentir imediatamente. Como resultante, doentes de outras localidades a êles se dirigem, em busca dêsse tipo de assistência. Este fator, portanto, deve ser considerado, quando se pretende determinar o coeficiente de leitos hospitalares de qualquer comunidade.

Em 1946, foi aprovado pelo Governo dos Estados Unidos uma lei, denominada Hill-Burton (32). De acôrdo com a mesma, o govêrno americano auxiliaria os Estados na construção de hospitais, desde que o coeficiente de leitos não ultrapassasse de 4,5 a 5,5 por 1.000 habitantes, dependendo da densidade de população da área a ser favorecida. Este coeficiente se referia à hospitalização geral. Para doenças crônicas, o Govêrno fixou o teto de 2 leitos por 1.000 habitantes.

Cada Estado, segundo a referida lei, deveria possuir uma ou mais regiões de serviço hospitalar, cada qual subdividida em áreas: básica, intermediária e rural.

O conceito fundamental dêste plano é de que o hospital ou hospitais básicos ou de base, ajudariam os hospitais das áreas intermediárias e rurais, assistindo pacientes que lhes fossem encaminhados, de acôrdo com o tipo de moléstia que apresentassem.

Assim, a relação leito-população seria determinada, presumindo-se que certa proporção de habitantes das áreas rurais, procurasse as áreas intermediárias e de base, e que certa proporção de habitantes das áreas intermediárias buscasse hospitalização nas zonas de base.

Isto posto, determinaram os seguintes padrões, que consignam as necessidades em leitos por 1.000 habitantes, conforme as áreas;

Tipo de	Habitantes por quilómetro quadrado ^x		
	4,6 ou mais pessoas	2,4 a 4,5	2,3 e menos
Base	4,5 leitos	5,0 leitos	5,5 leitos
Intermediária	4,0 leitos	4,5 leitos	5,0 leitos
Rural	2,5 leitos	3,0 leitos	3,5 leitos

Como se verifica, a lei Hill-Burton foi baseada nos estudos de Mountin, Pennell e Hoge, apenas criando o conceito de hospital de base, intermediário e rural, e estabelecendo um novo critério, o da densidade de população, para que possa ser determinado o número de leitos por 1.000 habitantes.

A Comissão que estudou os recursos e necessidades hospitalares de Michigan, nos Estados Unidos (33) obteve coeficientes similares aos dos autores precedentes, seguindo, no entanto, critério original.

Apresenta uma fórmula, mas afirma textualmente que ela não fornece uma resposta integral ao problema do cálculo das necessidades em leitos hospitalares. Não pode e não deve substituir o cuidadoso exame dos múltiplos fatores locais que devem ser considerados. No entanto, fornece uma razoável aproximação e uma base melhor para se avaliar as necessidades, do que os mé-

^x Convertemos em quilómetros as milhas a que o original se referia.

todos antigos, que apresentavam índices arbitrários, tais como 3,0, 4,0 ou mais leitos por 1.000 habitantes. Ela permite variações de necessidades em diferentes partes do Estado.

Mesmo não oferecendo uma completa resposta ao problema, apresenta a Comissão de Michigan um sistema baseado em dados mais objetivos e que pode provavelmente proporcionar uma contribuição muito boa para os estudos do assunto.

De acordo ainda com a referida Comissão, a necessidade em leitos hospitalares gerais numa determinada área depende da quantidade atual e futura de doenças cujo tratamento requiera hospitalização. No entanto, elementos completos sobre morbidade são pouco encontrados, inquéritos sobre doenças são muito caros e é difícil mostrar-se uma relação definida entre os dados de morbidade e a necessidade em leitos hospitalares. Assim, há necessidade de se achar uma outra solução.

O estudo feito pela Comissão demonstrou que as estatísticas vitais e hospitalares evidenciaram que no país como um todo, o povo usou cerca de 250 dias (total de doentes-dias dividido pelo total de óbitos num determinado período) de assistência hospitalar geral para cada óbito e doença correlata, num hospital geral. Esta relação podia ser expressa em termos de leitos ocupados por óbito, dividindo-se 250 (dias hospitalares) por 365 (dias do ano), o que daria 0,685 ou, arredondando 0,7.

Este é o coeficiente leito-óbito e significa que para cada óbito hospitalar, 7 décimos de um leito era usado por ano. O valor prático desse coeficiente está em usá-lo como fator de previsão para calcular quantos leitos adicionais seriam necessários se maior número de óbitos (e doenças correlacionadas) fosse ocorrer no hospital.

A validade do uso do coeficiente leito-óbito como fator estimativo, está baseada no fato de que tal coeficiente varia pouco, de Estado para Estado e, assim, pode ser usado para cálculo de necessidade de leitos e

cupados, em comunidades específicas e áreas locais.

O coeficiente leito-óbito poderá ser alterado de tempos em tempos, mas sua flutuação não será evidente em curtos períodos. A sua utilização é simples, pois o número necessário de leitos ocupados é o produto do coeficiente leito-óbito pela porcentagem de óbitos que se espera seja de pacientes hospitalizados. Dizem os membros da Comissão que "se espera", porque nem todos os óbitos podem ser em pacientes hospitalizados.

Assim, ainda que se conheça o número de óbitos, a determinação daqueles que se espera ocorram em hospitais, é questão de julgamento e do grau de educação do povo.

Em 1936, 33,2% de todos os óbitos havidos em Michigan, ocorreram em hospitais de hospitalização geral. Em 1944, tal porcentagem subiu para 37,8 e no presente (data da publicação do relatório) este coeficiente atingiu a cêrca de 50% em alguns Estados.

Deseja a Comissão de Michigan que, para este Estado como um todo, pelo menos 50% dos óbitos ocorram em hospitais gerais. Dessa forma, se o coeficiente de óbitos em Michigan (média de 1942 a 1944) foi de cêrca de 10,1, 50% dêle será 5,05.

O número de leitos ocupados "necessários" por 1000 habitantes no Estado, é portanto $0,7$ (coeficiente leito-óbito) \times $5,05$ ou seja $3,54$ (leitos ocupados). Se a ocupação dos leitos hospitalares fôr de 75%, o número de leitos necessários por 1.000 habitantes será de $4,72$ ($3,54$ dividido por 75 multiplicado por 100).

Acrescentam os mesmos técnicos que este processo pode ser usado para calcular os leitos necessários em setores do Estado, mesmo para pequenas comunidades, mas que é preciso aplicá-lo com cuidado, pois refere-se apenas aos residentes da comunidade, e que assim, vários outros fatores devem ser levados em consideração, ao se determinar os leitos hospitalares. É preferível usar-se, para pequenas comunidades o coeficiente geral do Estado, corrigindo-o quando fatores locais evidentes puderem alterá-lo.

Resultados similares obteve a "Commission on Hospital Care" (5) para o país como um todo, (Estados Unidos da America do Norte) aplicando a técnica seguida em Michigan. Aliás, esta Comissão foi a mesma que fez o estudo daquele Estado, já referido.

Aproveitando os estudos da "Commission on Hospital Care" (5) o "Hospital Council", (34) para Nova Iorque estudou o plano básico daquela cidade e arredores.

Seus cálculos são diferentes, pois em Nova Iorque verificaram que para cada óbito ocorrido, havia uma média de 120 doentes-dias de assistência, isto num período de 5 anos. Porém, como a porcentagem de ocupação era de 80, seriam necessários 150 doentes-dias para cada óbito, o que traduzido em termos de leitos hospitalares, representaria o coeficiente de 0,41 (150 dividido por 365).

Assim, o coeficiente de leitos hospitalares gerais necessários por 1.000 habitantes, poderia ser determinado multiplicando-se êsse valor (0,41) pelo total de óbitos da comunidade ou da área em estudo.

Para os 72.840 óbitos ocorridos em 1940, por exemplo, entre os residentes de Nova Iorque, houve necessidade, portanto, de 29.864 leitos, ou sejam 4,0 leitos por 1.000 da população total, 7.454.995 naquele ano.

Assim, conclui que os residentes da cidade de Nova Iorque necessitavam de 4,0 leitos de hospitalização geral por 1.000 habitantes, e recomenda que no estabelecimento das facilidades hospitalares, devem ser levadas em consideração a densidade de população, as facilidades de transporte, as barreiras naturais que possam afetar a utilização dos hospitais e a existência de pessoal hospitalar qualificado.

Além disso, deve ser analisado também o problema das pessoas não residentes, que procuram as cidades para tratamento.

É de se salientar que a Comissão de Michigan preconiza um número de leitos, suficiente para atender a hospi-

talização de 50% dos óbitos ocorridos no Estado, enquanto que o grupo de técnicos de Nova Iorque vai além, adotando o critério de que a cidade deve possuir número suficiente de leitos para o atendimento de todos os óbitos nela ocorridos.

. ° .

Possuíamos, na época em que analisámos as necessidades em leitos hospitalares para São João da Boa Vista, três tipos de elementos que poderiam nos auxiliar na sua estimativa.

Os primeiros eram representados pelos estudos mais ou menos teóricos, fornecidos por técnicos de renome, e que calculavam as necessidades de uma comunidade entre 4,0 e 5,0 leitos por 1.000 habitantes.

Outros, como os de Mountin, Pennell e Hoge, a lei Hill Burton, que forneciam coeficientes que variavam de 2,5 a 6,5 por 1.000 habitantes, variação esta em que entravam em jogo fatores muito especiais, e que estudaremos mais adiante.

Finalmente, os últimos, fornecidos pelos grupos de técnicos que estudaram a situação de Michigan, de Nova Iorque e dos Estados Unidos como um todo, quando apresentaram fórmulas baseadas em dados mais ou menos positivos, para a determinação das necessidades em leitos hospitalares.

São João da Boa Vista, possuía em 1948, como já foi assinalado, 33843 habitantes e, de acôrdo com dados estimativos, sua população seria de 49065 habitantes em 1965.

Aplicando-se os coeficientes de 4,0 a 5,0 leitos por 1.000 habitantes, verificamos que em 1965, São João da Boa Vista deveria possuir um hospital de 196 a 245 leitos.

Em 1948, essa necessidade variaria de 135 a 169 leitos e em 1952, época em que esperavamos fôsse concluída a primeira fase da construção, a necessidade seria de 143 a 179 leitos.

Adotando-se a técnica preconizado por Mountin, Pennell e Hoje (31), deveríamos atribuir a São João da Boa Vista o coeficiente de 5,0 leitos por 1000 habitantes, visto que o seu hospital seria considerado um centro secundário.

Pertence o município à 4a. zona hospitalar do Estado, normalmente chamada Baixa Mogiana, e cuja cidade mais importante, sob todos os aspectos, é Campinas. Esta seria o centro principal, que deveria possuir 6,5 leitos por 1.000 habitantes.

De acôrdo com êste estudo deveria São João da Boa Vista possuir em 1948, 169 leitos, em 1952, 179 e em 1965, 245 leitos.

Seguindo-se a orientação traçada pela lei Hill-Burton, o município seria considerado área intermediária, possuindo mais de 4,6 pessoas por quilometro quadrado.

O coeficiente recomendado seria, portanto, de 4,0 leitos por 1.000 habitantes ou 135 leitos para 1948, 143 para 1952 e 196 para 1965. A êstes leitos dever-se-ia acrescentar ainda 67 leitos em 1948, 71 em 1952 e 98 em 1965, para doentes crônicos.

Ao tentarmos aplicar a São João da Boa Vista, a técnica seguida pela "Commission on Hospital Care" (33), verificamos que difícil se tornaria a sua utilização nas mesmas bases.

Se em Michigan, em 1944, a porcentagem de óbitos ocorridos em hospitais de hospitalização geral era de 37,8, no país como um todo atingindo a 38 e, em alguns Estados, a cerca de 50%, em São João da Boa Vista, no quadriênio 1940-1943, a porcentagem era de 9,5 e no quadriênio 1944-1947 de 10,1, dados que contrastam flagrantemente com os obtidos pelos norte-americanos.

Como verificamos ao estudar os trabalhos já referidos, tanto em Michigan como no país, como um todo, a porcentagem de óbitos que ocorria nos hospitais era de 37,8 e 38 e, assim sendo, podiam os norte-americanos aspirar, para daí alguns anos, que esse fator su-

bisse para 50%, já que em alguns estados, tal fato ocorria.

A comparação entre os dados norte-americanos e os de São João da Boa Vista são realmente chocantes, pois demonstram, ou um atraso extraordinário na educação sanitária do povo daquela comunidade, traduzido pela ausência de procura de assistência hospitalar, ou um baixo padrão assistencial prestado pelo hospital. Talvez as duas causas fossem reais.

Poderíamos aspirar em 1948, que em São João da Boa Vista, cerca de 50% dos óbitos do município se processassem no Hospital nos próximos 10 ou 15 anos? Decididamente, não. A diferença do padrão cultural, social, de educação sanitária entre os dois povos é difícil de ser medida, mas fácil de ser avaliada, quando conhecemos a baixa mortalidade infantil e geral nos Estados Unidos, em comparação com a nossa. Mesmo assim, tentamos aplicar a fórmula preconizada pelos norte-americanos, apenas aspirando uma porcentagem de óbitos hospitalares menor do que daquele país.

O coeficiente leito-óbito do Hospital de São João da Boa Vista, obtido entre 1940 e 1948, era similar ao de Michigan.

Nesse período, os doentes assistidos no Hospital "Dona Carolina Malheiros" totalizaram 126.941 doentes-dias, tendo o número de óbitos atingido a 462.

Para cada óbito, portanto, foram necessários 274 dias de assistência, e o coeficiente leito-óbito foi 0,75. Se pretendessemos que, depois de construído o Hospital, pelo menos 30% dos óbitos ocorridos no município, se desse na instituição, e sendo o coeficiente de mortalidade de São João da Boa Vista (média no período de 1940 a 1948) de 14,8, seriam necessários 3,3 leitos por 1.000 habitantes. Sendo a ocupação, naquele Hospital, de 68% (média do período 1940-1948), o coeficiente de leitos hospitalares seria, portanto, 4,8. Nestas condições, para 1948, deveriam existir 162 leitos, em 1952, 172 e em 1965, 235.

Não tentamos aplicar a fórmula preconizada para

Nova Iorque, por considerá-la incompatível ao nosso meio.

Os resultados dos estudos realizados pela " Commission on Hospital Care" tanto para os Estados Unidos, como para Michigan, são praticamente idênticos aos de todos os outros técnicos que se basearam em dados mais ou menos técnicos.

No entanto, a aplicação da fórmula preconizada por aquela Comissão, entre nós, desde que feita com a devida cautela e sendo levados em consideração os múltiplos fatores locais que possam interferir na sua determinação, é a nosso ver, um dos melhores métodos para a determinação das necessidades em leitos hospitalares.

Este sistema apresenta apenas uma falha, que é a de se determinar um dos fatores em causa, por estimativa - o da porcentagem de óbitos que se deseja ocorram no hospital. Mesmo assim, julgamos este fator de suma importância, pois representa a meta real que devemos atingir e que nos mostrará se, de fato, a população procura mais o hospital.

Podem parecer um contrasenso que se pretenda que maior número de pessoas morra na instituição, mas na verdade, se maior número de pessoas procura assistência hospitalar, forçosamente o número de falecimentos no hospital será maior e certamente o número de óbitos gerais da comunidade deverá baixar, pois a população terá sido melhor assistida.

A "procura de assistência" é decorrente da educação sanitária do povo, da existência de um hospital perfeitamente aparelhado e que ofereça conforto tanto para os pacientes, como para os médicos e pessoal auxiliar, que devem dar demonstração permanente de eficiência.

O Hospital de São João da Boa Vista não teve sua primeira etapa concluída em 1952, como esperavamos, e somente em 1953 começou a receber os primeiros doentes, sendo que funcionou com os três pavilhões de doentes, depois de junho de 1954.

É interessante verificar o que aconteceu nos anos que se seguiram a 1947, quando se iniciou naquela cidade a campanha do seu novo hospital.

Já no quadriênio seguinte, isto é, de 1948-1951, o número de óbitos ocorridos no Hospital elevou-se de 10,1 para 14%; nos outros quatro anos, isto é, 1952-1955, para 14,6% e no biênio 1956-1957, esta porcentagem subiu para 17,9. No entanto, o Hospital carecia ainda de melhores serviços auxiliares médicos e a ação da saúde pública no município, ao que consta, não sofreu alterações durante este período.

Parece-nos, portanto, que não estávamos longe da realidade quando aplicamos, com a devida reserva, os estudos preconizados pela "Commission on Hospital Care", certos de que a procura do Hospital pela população se faria realmente sentir.

Os dados que apresentaremos a seguir, mostram claramente o acréscimo progressivo de doentes assistidos pela instituição, mais evidente após o término da primeira etapa construtiva.

Ano	População	Nº de pacientes tratados	% sobre a população
1940	33.720	581	17,2
1941	33.735	586	17,3
1942	33.751	656	19,4
1943	33.766	749	22,1
1944	33.782	1039	30,7
1945	33.797	1084	32,0
1946	33.812	1136	33,6
1947	33.828	1122	33,1
1948	33.843	1094	32,3
1949	33.859	1197	35,3
1950	33.874	1210	35,7
1951	34.880	1232	35,3
1952	35.915	1271	35,3
1953	36.916	1401	37,9
1954	37.917	1552	40,9
1955	38.952	1710	44,1
1956	39.953	1771	44,3
1957	40.955	1822	44,4

Acreditamos que, terminada a segunda fase de construção, que ora se aproxima, ocasião em que o Hospital será dotado de boas instalações de laboratório, raios X, eletrocardiografia e serviço de transfusão, o fluxo de pacientes que procurarão o Hospital, aumentará em proporção ainda maior do que até o presente.

Adotamos o coeficiente de 4,8 leitos por mil habitantes como necessidade para São João da Boa Vista e, assim para 1965 o Hospital possuirá cêrca de 235 leitos. Na realidade, como pode ser verificado nas plantas baixas que anexamos, a capacidade de planejamento do Hospital foi de 241 leitos, enquanto que sua capacidade normal ou de operação seria de 213 a 224 leitos.

As pequenas diferenças existentes entre o número determinado pelo coeficiente 4,8 e o projeto executado pelos arquitétos nada significam.

Este estudo deve representar apenas um ponto de partida a ser tomado pelos técnicos brasileiros na procura das necessidades hospitalares do Brasil. Conclamamos os técnicos da assistência hospitalar a realizar trabalho semelhante para outras comunidades, para afinal, pela análise de seus resultados se chegar à fórmula ou processo que permita determinar com segurança os coeficientes de leitos hospitalares para as diferentes comunidades e regiões, para os Estados e para o país.

PLANEJAMENTO DO NOVO HOSPITAL

Determinado o número de leitos que deveria ter o novo Hospital, tendo-se acordado sôbre a vantagem de sua construção em etapas, pelas razões apontadas, e estabelecido o plano de ação e o tipo construtivo, restava-nos estudar o programa e apresentar o projeto dêle resultante.

A maior deficiência que os médicos apontavam no Hospital existente, e no que concordáramos, era, a falta de um centro cirúrgico e de um centro obstétrico que lhes possibilitassem o desenvolvimento da prática cirúrgica e obstétrica em melhores condições.

Da mesma forma, a quase inexistência de conforto para os pacientes e a necessidade de se iniciar a preparação de pessoal para os trabalhos de enfermagem, fizeram com que tivéssemos que basear nosso programa, na construção inicial dos centros cirúrgico e obstétrico, bem como de algumas unidades de serviço médico ou de enfermagem para cirurgia e obstetrícia.

Um pormenor que aparentemente era de somenos importância, prejudicou, em parte, a localização do novo edifício. Impôs a diretoria que o prédio a ser construído ficasse diretamente ligado ao antigo, que seria utilizado até o final da 2a. etapa construtiva. Nessas condições, êle teve que ser projetado de forma a quase atingir o limite do terreno em sua fachada principal.

O ideal teria sido a sua localização mais para a parte posterior do terreno, o que permitiria a existência de jardim, em sua frente. Os arquitetos óbviaram posteriormente êste defeito, dando nova feição ao edifício.

Submetemos à consideração da diretoria o programa descritivo do Hospital, que seria entregue aos arquitetos para a confecção do projeto. Não temos conhecimento de ter sido publicado, até hoje, um estudo nos moldes do que agora apresentamos, a não serem os trabalhos do Prof. Ernesto de Souza Campos, realizados an-

teriormente, para os concursos dos hospitais da Beneficência Portuguesa e da Maternidade Universitária, ambos em São Paulo, tarefas semelhantes, mas com orientação diversa do nosso.

O programa, que mereceu a aprovação integral da diretoria, foi feito de forma a possibilitar alterações ou melhor, atualização, desde que a evolução da ciência médica e da técnica hospitalar posteriormente o exigissem.

- Programa descritivo para o projeto do novo
Hospital de São João da Boa Vista -

I - Unidade de Administração - compreendendo:

- a) hall de entrada;
- b) portaria e recepção;
- c) sala do Diretor;
- d) secretaria;
- e) contabilidade;
- f) sala da Madre Superiora;
- g) sala da Enfermeira-chefe;
- h) sanitários.

II - Unidade de dependências para o Corpo Clínico:

- a) sala do Chefe do Corpo Clínico;
- b) vestiários;
- c) quarto para médico interno;
- d) biblioteca;
- e) sala de reuniões;
- f) sanitários.

III - Unidade de Ambulatório e de Serviço de emergência:

- a) registro de doentes e arquivo;
- b) consultórios de clínica médica, cirúrgica, pediátrica e obstétrica;
- c) consultório de otorrinolaringologia;
- d) consultório de oftalmologia;
- e) farmácia;
- g) sanitários;
- h) entrada de emergência;

- i) sala de primeiro socorro;
 - j) sala de admissão.
- IV - Unidade de Serviços Auxiliares Médicos:
- a) salas para laboratório;
 - b) sala de raios - X;
 - c) câmara escura;
 - d) sala para fisioterapia;
 - e) sala para transfusão;
 - f) sala de espera;
 - g) sanitários.
- V - Unidade de Centro Cirúrgico:
- a) salas de operações (4);
 - b) lavabos;
 - c) sub-esterilização;
 - d) sala de anestesia;
 - e) centro de material esterilizado (expurgo, preparo, esterilização e guarda de material);
 - f) vestiário de médicos;
 - g) vestiário de enfermeiras.
- VI - Unidade de Centro Obstétrico:
- a) recepção e exame da parturiente;
 - b) sala de preparo da parturiente;
 - c) vestiário de médicos;
 - d) sala de partos (3);
 - e) sala de operações obstétricas;
 - f) lavabo;
 - g) sub-esterilização;
 - h) sala de preparo e reanimação de recém-nascidos;
 - i) sala de parteira de plantão;
 - j) sala de expurgo e material para parto domicílio.
- VII - Unidade de Serviços Gerais:
- A - Serviço de Alimentação, compreendendo
 - a) despensa;
 - b) copa;
 - c) cozinha;
 - d) refeitórios.
 - B - Lavanderia, compreendendo:
 - a) setor de lavagem;

- b) setor de secagem;
- c) passanderia;
- d) rouparia.

C - Oficinas de manutenção, conservação e reparos.

D - Casa de Caldeiras.

E - Almoxarifado.

F - Necrotério

G - Horta e Jardim.

Obs.- Os itens C, D, E, F, e G não constam do projeto pois seriam construídos ou preparados nos terrenos do Hospital. Da mesma forma, a Capela seria construída fora do corpo do edifício.

VIII - Unidades de Enfermagem:

A - Obstetrícia com 36 leitos compreendendo duas unidades:

1 - para contribuintes, com 16 leitos:

- a) meio apartamento (quarto e sanitário);
- b) quartos para 1 paciente com acompanhante (1a. classe);
- c) quartos para 1 paciente com acompanhante ou 2 pacientes (2a. classe);
- d) copa;
- e) refeitório e sala de estar;
- f) rouparia;
- g) sala de serviço;
- h) sala de exames e curativos;
- i) sala de utilidades e material de limpeza;
- j) sanitários.

2 - para não contribuintes, com 20 leitos

- a) quartos para dois pacientes;
- b) enfermarias com 4 leitos;
- c) posto;
- d) copa;
- e) refeitório e sala de estar;
- f) rouparia;
- g) sala de serviço;
- h) sala de exames e curativos;
- i) sala de utilidades e material de limpeza;

- j) sanitários.
- B - de recém-nascidos (berçário):
 - a) p^osto;
 - b) sala de exame e higienização;
 - c) salas para recém-nascidos normais e p^o maturos (2);
 - d) sala para recém-nascidos suspeitos contaminação, com p^osto e exames anexos
- C - pediatria, com 24 a 30 leitos, compreendendo:
 - a) quartos para 2 a 3 pacientes;
 - b) quartos para 1 a 2 pacientes-isolamento;
 - c) enfermaria de 6 leitos;
 - d) enfermaria de 8 leitos;
 - e) p^osto;
 - f) copa;
 - g) refeitório;
 - h) rouparia;
 - i) sala de serviço;
 - j) sala de exames e curativos;
 - k) sala de utilidades e material de limpeza;
 - l) varanda para recreio;
 - m) sanitários.
- D - de medicina (homens), não contribuintes, 48 leitos compreendendo duas unidades:
 - a) quartos com 2 leitos;
 - b) enfermarias com 4 leitos;
 - c) p^osto;
 - d) copa;
 - e) sala de estar;
 - f) sala de serviço;
 - g) rouparia;
 - h) sala de exames e curativos;
 - i) sala de utilidades e material de limpeza;
 - j) sanitários.
- E - de medicina (mulheres), não contribuintes com 42 leitos, compreendendo:
 - a) quartos com 2 leitos;
 - b) enfermarias com 4 leitos;

- c) p^osto;
 - d) copa;
 - e) refeit^orio e sala de estar;
 - f) rouparia;
 - g) sala de servi^o;
 - h) sala de exames e curativos;
 - i) sala de utilidades e material de limpeza;
 - j) sanit^orios.
- F - de cirurgia (homens), n^o contribuintes, com 24 leitos, compreendendo:
- a) quartos com 2 leitos;
 - b) enfermarias com 4 leitos;
 - c) p^osto;
 - d) copa;
 - e) refeit^orio e sala de estar;
 - f) rouparia;
 - g) sala de servi^o;
 - h) sala de exames e curativos;
 - i) sala de utilidades e material de limpeza;
 - j) sanit^orios.
- G - de cirurgia (mulheres), n^o contribuintes , com 24 leitos, compreendendo:
- a) quartos com 2 leitos;
 - b) enfermarias com 4 leitos;
 - c) p^osto;
 - d) copa;
 - e) refeit^orio e sala de estar;
 - f) rouparia;
 - g) sala de servi^o;
 - h) sala de exames e curativos;
 - i) sala de utilidades e material de limpeza;
 - j) sanit^orios;
- H - para contribuintes de 2a. classe, com 15 a 20 leitos, compreendendo:
- a) quartos com 1 leito;
 - b) quartos com 1 leito para paciente e cama para acompanhante, ou 2 pacientes;
 - c) enfermarias com 4 leitos;
 - d) p^osto;
 - e) copa;

- f) refeitório e sala de estar;
 - g) rouparia;
 - h) sala de serviço;
 - i) sala de exames e curativos;
 - j) sala de utilidades e material de limpeza;
 - l) sanitários.
- I - para contribuintes de 1ª classe, com 18 leitos, compreendendo:
- a) apartamento - quarto, saleta e sanitário - 2;
 - b) meio-apartamento-quarto e sanitário-16;
 - c) posto;
 - d) copa;
 - e) refeitório e sala de estar;
 - f) sala de serviço;
 - g) rouparia;
 - h) sala de exames e curativos;
 - i) sala de utilidades e material de limpeza;
 - j) sanitários.

Graças ao programa acima descrito, puderam os arquitetos, após a apresentação de um ante-projeto que foi devidamente apreciado por nós, pelo corpo clínico e pela diretoria, executar o projeto que incluímos neste trabalho.

O Hospital teria, no seu pavilhão anterior, (D-E) três pavimentos, em virtude do desnível do terreno, e nos restantes pavilhões, dois.

Sendo o centro cirúrgico (A) localizado na parte posterior do edifício, no segundo pavimento, as unidades de cirurgia e de contribuintes (predominantemente cirúrgicas) foram colocadas no mesmo pavimento.

O centro obstétrico (A) ficou situado no primeiro pavimento, sob o centro cirúrgico, e por isso as unidades de enfermagem obstétrica e de berçário foram localizadas em sua proximidade.

O programa por nós preconizado não foi integralmente seguido em algumas das unidades. Verifica-se

por exemplo, no projeto, que se desejássemos segui-lo à risca, nas unidades obstétricas, forçosamente a ala destinada a contribuintes deveria ser muito mais longa do que a de não contribuintes, o que tornaria o projeto antiestético.

Assim sendo, preferimos conservar os quartos da secção de contribuintes e de não contribuintes, com o máximo de flexibilidade, podendo ser usados tanto para uma paciente com acompanhante, como para duas, contribuintes ou não. Dêsse modo, as duas unidades de obstetria variariam entre um mínimo de 27 pacientes e um máximo de 39, o que poderia ser considerado uma boa lotação.

Dada a forma conseguida pelos arquitetos no ante-projeto, julgámos aconselhável a existência apenas de um posto comum às duas unidades.

Existindo uma área não ocupada no centro obstétrico, nela localizámos o lactário, que deveria servir tanto ao berçário, como à unidade de pediatria, ambos situados no mesmo pavimento.

O número de leitos preconizados para obstetria foi calculado de modo a possibilitar uma média aproximada de 100 partos mensais, avaliando-se o tempo de permanência média em 10 dias.

O programa para as unidades de medicina-homens foi integralmente seguido, apenas com uma variante: posto, copa e sala de estar eram comuns às duas unidades.

No que se refere ao setor destinado aos contribuintes, tivemos que aceitar algumas alterações, as quais, não modificaram substancialmente o programa primitivo, mas, prejudicaram o conceito de unidade.

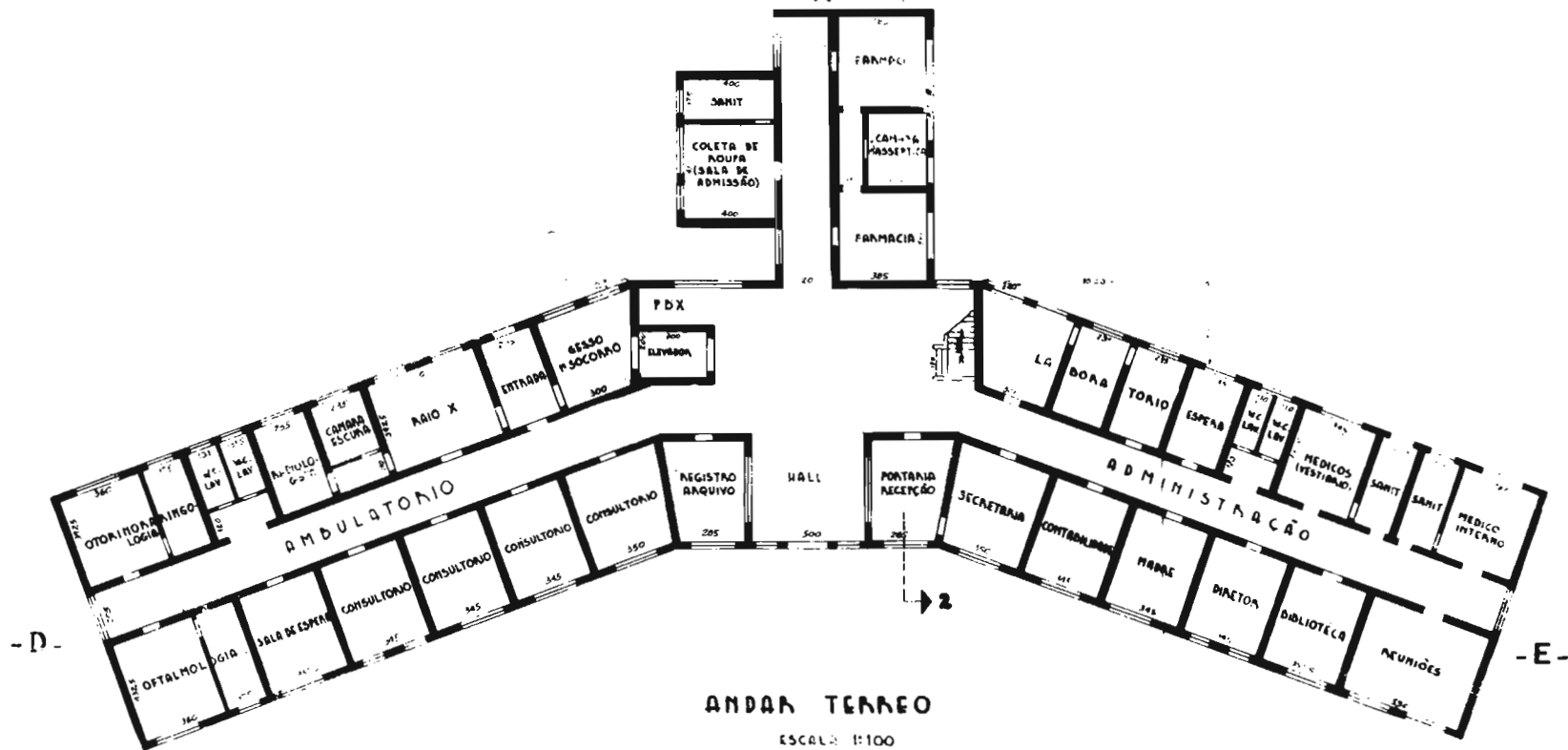
Isto, porque foi aproveitado o corredor de ligação entre os pavilhões, nêle sendo colocados quatro meio-apartamentos. A capacidade desta unidade ficou sendo de 14 leitos. Concordámos, na época, com a solução dada pelos arquitetos.

As unidades de administração, ambulatório, ser-

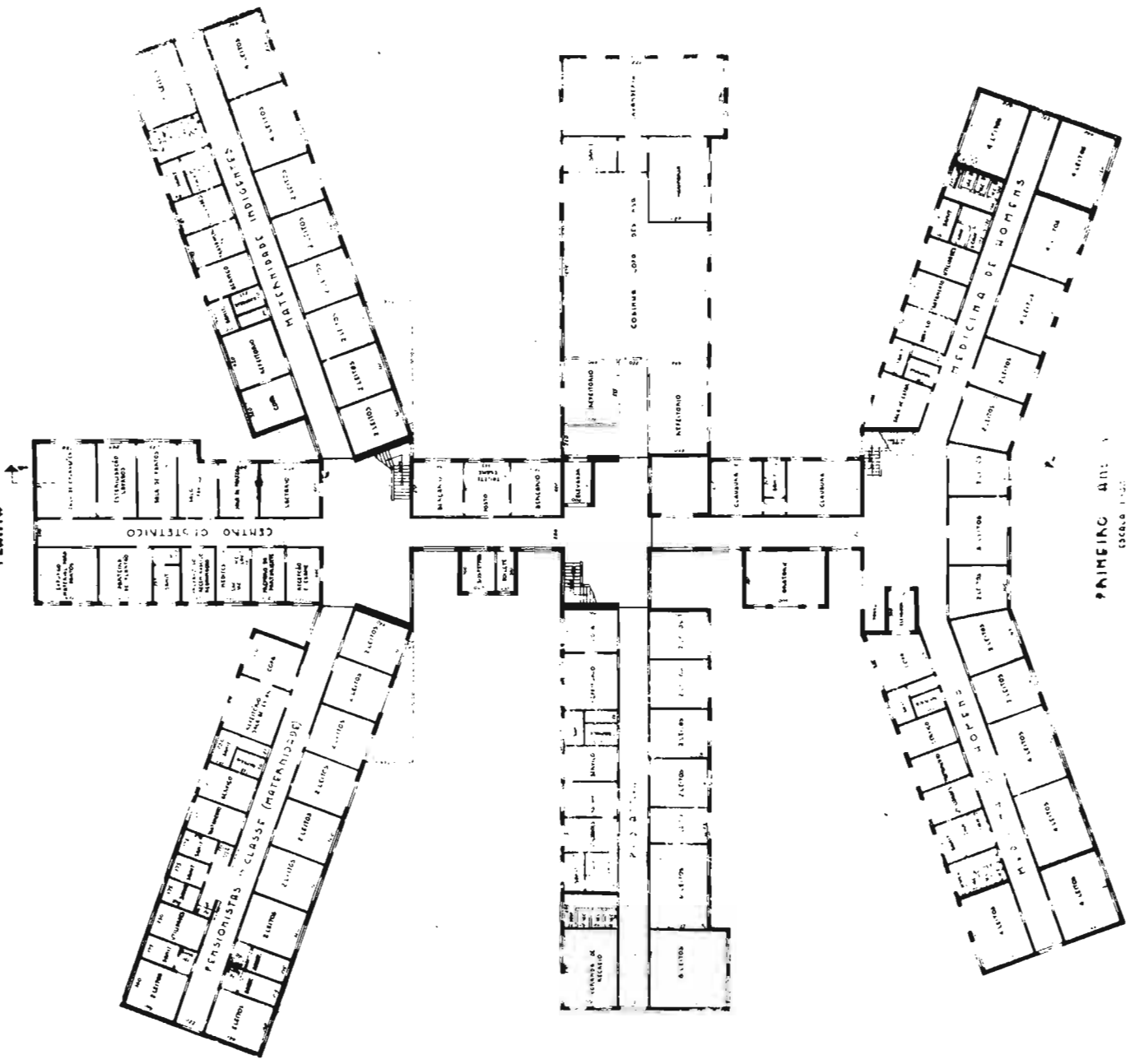
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO JOÃO DA BÔA VISTA

PLANTA

A- → 1



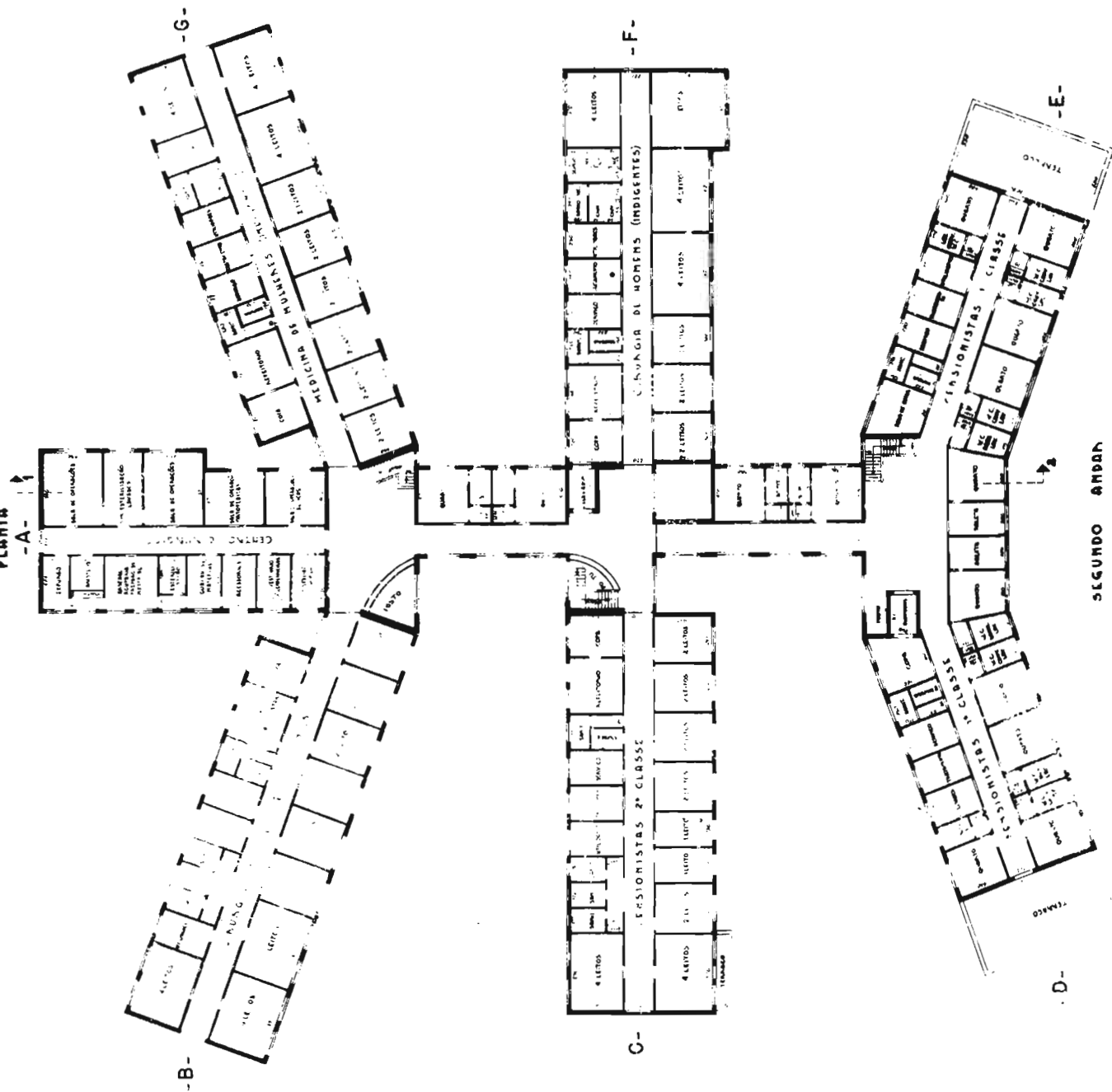
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO JOÃO DA BÓA VISTA
PLANTA



PRIMEIRO ANDAR
ESCALA 1:100

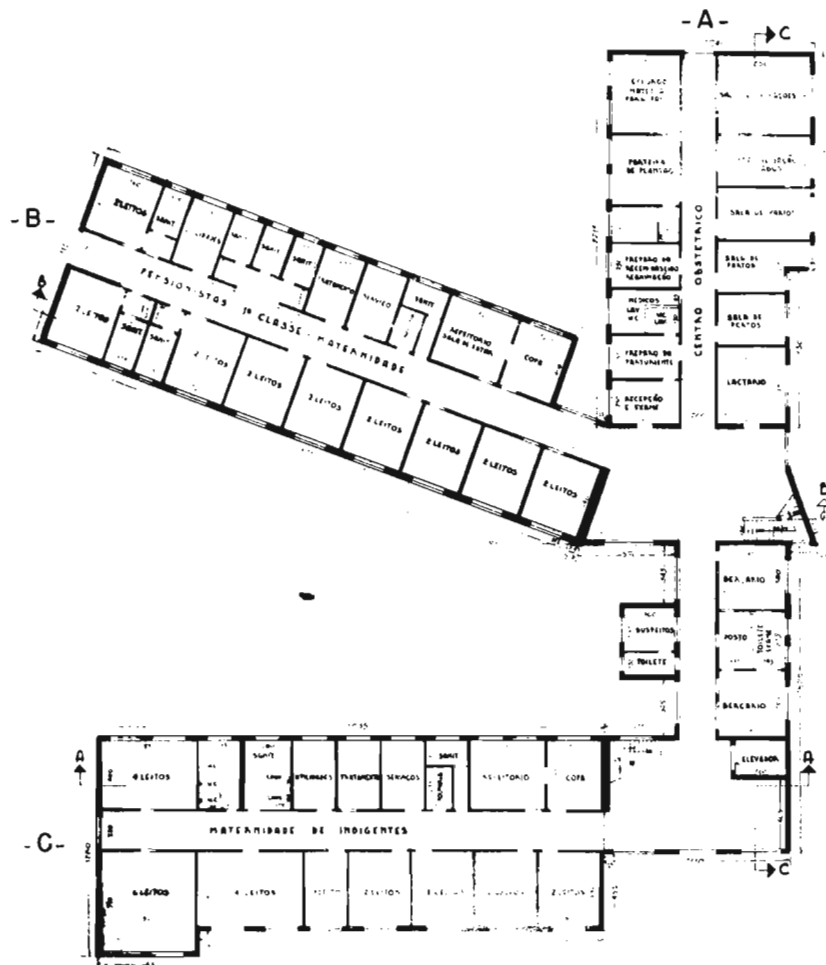
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

PLANTA

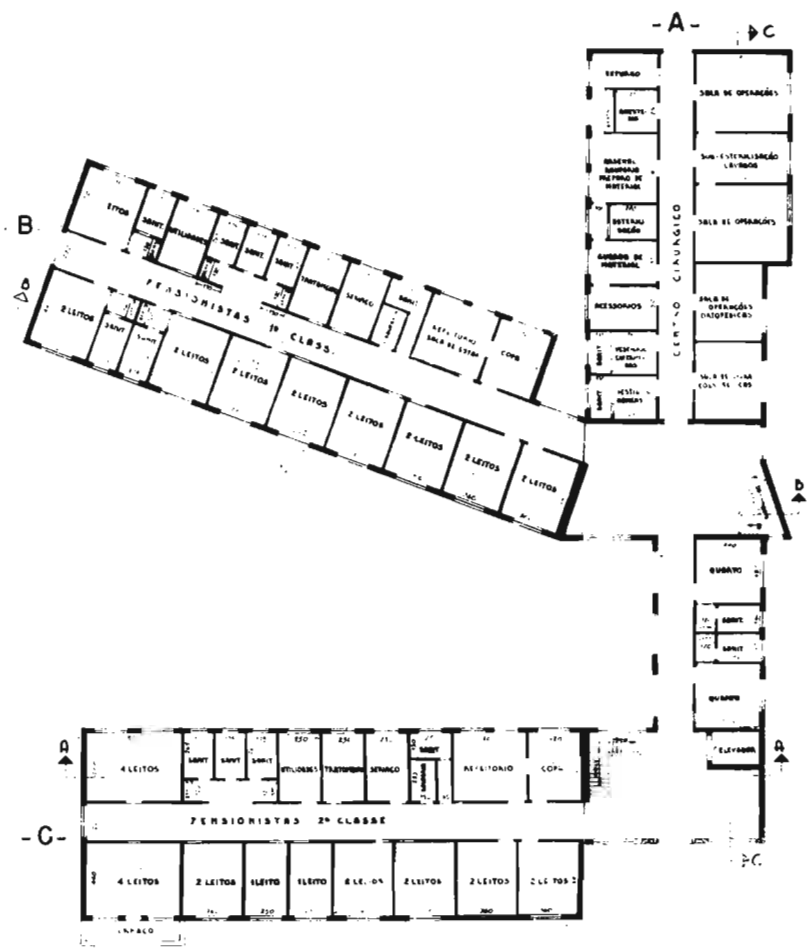


SEGUNDO ANDAR
ESCALA 1:100

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO JOÃO DA BOM VISTA
 PLANTAS
 PRIMEIRA FASE DA CONSTRUÇÃO



PRIMEIRO ANDAR
 ESCALA 1:500



SEGUNDO ANDAR
 ESCALA 1:500

viços auxiliares médicos e de dependências para o corpo clínico foram colocadas no andar térreo, e por estranho que pareça hoje, como veremos mais adiante, achamos a sua distribuição muito boa, apesar de faltarem alguns elementos e inexistirem alguns setores como fisioterapia e serviço de transfusão.

O edifício foi orientado para NNW no seu eixo principal, de modo que a grande maioria dos quartos e enfermarias recebessem a ação benéfica da luz solar.

Os pavilhões posteriores foram desviados de maneira a proteger as salas de operações e de parto contra o sol do poente, e a propiciar maior distância entre eles e os pavilhões situados no meio do edifício. Para obtermos este mesmo último resultado, os pavilhões anteriores foram deslocados para frente.

Conseguiram os arquitetos, deste modo, um conjunto harmônico, agradável e plenamente insulado e ventilado.

Era pensamento da diretoria fazer construir na primeira fase, o centro cirúrgico, o centro obstétrico (pavilhão A), o pavilhão direito posterior (pavilhão B) e o direito central (pavilhão C), nêles sendo colocadas as pacientes de obstetrícia (contribuintes, no pavilhão definitivo e as não contribuintes no pavilhão destinado à pediatria), os contribuintes de primeira classe (no pavilhão destinado à cirurgia de mulheres, não contribuintes) e os de segunda classe, em seu lugar definitivo. (Vide plantas anexas) No entanto, o entusiasmo com que a população daquela cidade recebeu a idéia da construção do seu novo Hospital, fez com que a diretoria modificasse seu plano e determinasse a construção de 4 pavilhões, ao invés de 3 (pavilhões A-B-C-G). Concluída essa fase, seriam fechadas as enfermarias do velho hospital.

A destinação das diferentes unidades, já que se pretendia construir 4 pavilhões, foi a seguinte:

Pavilhão A - 1º andar - Centro Obstétrico.

2º andar - Centro Cirúrgico.

Pavilhão B - 1º andar - contribuintes de obste -

- trícia
- 2º andar - contribuintes de 1a. classe
- Pavilhão C - 1º andar - contribuintes de 2a. classe e não contribuintes - homens.
- 2º andar - contribuintes de 2a. classe e não contribuintes - mulheres.
- Pavilhão G - 1º andar - contribuintes e não contribuintes - obstetrícia
- 2º andar - contribuintes de 2a. classe e não contribuintes - cirurgia.

No local destinado na planta ao pavilhão F encontram-se alguns quartos de contribuintes de 2a. classe e o serviço radiológico do antigo hospital.

Por este setor se faz a comunicação entre o novo e o velho hospital para a entrada de pacientes, alimentos etc.

JUSTIFICATIVA E DESCRIÇÃO DO PROGRAMA

Um aspecto que desde logo chama a atenção de quem pretende planejar ou construir um hospital, tendo sido previamente determinado o seu número de leitos, é o da distribuição destes pelas diferentes especialidades, grupos etários e de acordo com as condições sociais dos pacientes.

Clássicamente, a divisão dos leitos, em nosso país, se fazia em primeiro lugar atendendo à questão do sexo, isto é, unidades para homens e unidades para mulheres, e após isto, eram subdivididas em cirurgia e medicina. Os leitos reservados para obstetrícia e pediatria eram geralmente separados, assim como os de

dermatologia, oftalmologia e otorrinolaringologia. Isto, nos grandes hospitais, porquanto nos de tamanho médio e pequeno a norma era o agrupamento apenas por sexo, não se levando em conta as moléstias.

A única exigência da Comissão de Assistência Hospitalar por volta de 1936, para a transformação do Hospital de classe D em classe C era a separação dos casos cirúrgicos dos de clínica médica.

O recenseamento hospitalar do Estado, em 1935, (35) nos oferece elementos curiosos sobre esse assunto, mostrando que sobre 434 enfermarias dos 114 hospitais gerais - santas casas existentes no Estado, naquela época, apenas 144, ou seja, 26% eram especializadas, e que 320 (74%) eram gerais.

Verifica-se ainda nessa publicação, que das 114 enfermarias especializadas, 65 (57%) estavam localizadas na zona hospitalar do Estado, que possuía apenas sete hospitais, (Capital e municípios vizinhos) e que 49 enfermarias (43%) estavam situadas nos restantes 107 hospitais - santas casas do Estado.

Da literatura consultada em 1948, encontramos um trabalho de Moretti (36) que nos oferece um quadro discriminativo de leitos, baseado em estatísticas feitas em alguns hospitais italianos, separadamente, na Itália em geral, em Colônia, em Berlim e no New-York Hospital. Nesse quadro, além dos dados originais que apresenta, cita Moretti as proporções encontradas por Ronzani, Gotstein, Rubner, Ruppel, Bardin e Alter. São, entretanto, dados muito díspares, não permitindo uma conclusão.

Especialistas que estudaram planejamento de hospitais como Butler e Erdman (15), Rosenfield (14) e outros, eram omissos sobre o assunto.

Somente nos últimos anos, a partir de 1950, é que se começou a escrever sobre este problema e assim, encontram-se na literatura dados publicados pelo "Committee on Designing, Constructing and Equipping of Public Hospitals in Ontario" (16), por B. Franco Moretti (37) e McGibony (6). Mesmo estes estudos dão-nos sim-

pressão de não estarem baseados em elementos de ordem técnica, mas de simples constatação. Assim, o "Committee on Designing" (16) assinala que numa coletividade padrão, cerca de 1/3 dos leitos de um hospital deve ser de cirurgia, que de 12% a 20% das camas devem ser para obstetrícia e que, portanto, um hospital de 200 leitos, numa comunidade que cresce normalmente, deve possuir de 30 a 35 leitos para essa especialidade. Faz uma ressalva, no entanto, neste particular, dizendo que as necessidades locais devem ser tomadas mais em consideração do que simples porcentagens arbitrárias.

Por sua vez B. Franco Moretti (37) apresenta maior número de dados em sua última edição, do que na primeira, mas entretanto, inconcludentes também.

Segundo McGibony (6), estudos realizados indicaram que a distribuição dos pacientes num hospital geral deve ser aproximadamente a seguinte:

- 45% - 50% para cirurgia;
- 20% - 25% para medicina;
- 12% - 25% para obstetrícia;
- 10% para pediatria (excluindo recém-nascidos);
- 9% - 15% para as outras especialidades, incluindo oftalmologia e otorrinolaringologia)

Acrescenta McGibony (6) que, na maioria das instituições, provavelmente 20% do total de leitos são destinados permanentemente a um serviço específico.

Se tivéssemos que orientar o planejamento de um hospital que obedecesse às características dos existentes na época, isto é, de grandes enfermarias, teríamos realmente que enfrentar o problema de como determinar, com relativa exatidão, o número de leitos necessários para a clínica médica, de homens e de mulheres, bem como para a clínica cirúrgica, de homens e de mulheres.

No entanto, procurámos imprimir ao novo plano de São João da Boa Vista, as tendências sugeridas pela nova técnica hospitalar, já em voga em nosso país, isto é, para cada unidade, enfermarias pequenas, com um máximo de 6 leitos e um certo número de quartos.

Nessas condições, as unidades eram dotadas de grande flexibilidade, e, se houvesse falha na determinação do número de leitos para cirurgia e medicina, esta seria facilmente sanada, pela possibilidade que teria a administração, em aproveitar quartos ou enfermarias de uma unidade destinadas a uma especialidade, para qualquer outra.

Aliás, em virtude d'êste fato, é que não especificámos no programa, as especialidades médicas e cirúrgicas, tais como dermatologia, otorrinolaringologia, oftalmologia e traumatologia. A primeira seria facilmente acomodada numa enfermaria ou quarto das unidades de medicina, as outras, em quartos ou enfermarias das unidades de cirurgia.

Apenas para obstetrícia e pediatria fomos mais positivos, pois, indicámos formalmente sua segregação ou isolamento dessas especialidades.

Aconselham os norte-americanos (Stone, 21) que 1,0 leito para dois mil habitantes ou 5,0 para dez mil seriam suficientes para a hospitalização de crianças.

Tal fator é difícil e perigoso de ser seguido, pois, é normalmente influenciado pela variação dos próprios grupos etários da comunidade. De qualquer forma, na falta de outro elemento mais preciso, utilizámos êste coeficiente, fazendo, entretanto, a previsão de número maior de leitos, tendo em vista que, tanto a dificuldade de meios de comunicação como a incidência maior de doenças nas crianças brasileiras, evidenciada pelo alto índice de óbitos, aliada à subnutrição, exigem um tempo de permanência maior.

Com relação à obstetrícia, determinámos uma fórmula que nos pareceu satisfatória: um caso obstétrico, permanecia normalmente, cerca de 10 dias no hospital (hoje em dia, 4 a 6 dias). Assim sendo, um leito obstétrico poderia servir a 3 pacientes cada mês, ou seja 36 por ano. Previmos uma capacidade para obstetrícia, de 36 leitos. Sabendo-se que um leito poderia ser usado 36 vêzes ao ano, as unidades obstétricas poderiam receber 1296 pacientes, aproximadamente.

O número de nascimentos em São João da Boa Vista, foi, para os anos de 1940 a 1948, o seguinte:

1940	....	954
1941	....	908
1942	....	948
1943	....	948
1944	....	1001
1945	....	914
1946	....	1078
1947	....	1006
1948	....	1093
Total	....	<u>8850</u>

O número de nascimentos ocorridos no Hospital "Dona Carolina Malheiros" nos mesmos anos, foi o seguinte:

1940	.....	3
1941	.....	3
1942	.....	11
1943	.....	14
1944	.....	35
1945	.....	52
1946	.....	69
1947	.....	56
1948	.....	78
Total	.....	<u>321</u>

O número de leitos previstos para obstetrícia, entretanto, possibilitaria que todos os nascimentos verificados no município se realizassem no Hospital. Ora, o coeficiente de nascimento no Hospital até 1948, foi, de 3,7%, valor baixíssimo que representava falta de penetração do nosocômio na comunidade e ausência de ação dos órgãos responsáveis pela saúde pública.

Acreditamos, no entanto, que com a existência de um serviço obstétrico especializado e com a melhoria da educação sanitária do povo, a procura do hospital aumentaria gradativamente.

Planejamos, por isso, com muita folga as unidades de obstetrícia, na esperança de que elas fossem atrair o maior número possível de parturientes.

Os únicos dados que não pudemos estabelecer com relativa precisão, foram os leitos destinados a contribuintes, e, destes, os que deveriam ser reservados para 2a. classe, bem como os de 1a. Assim sendo, tivemos que nos contentar com a apreciação de fatores subjetivos, representados pelo padrão socio-econômico da comunidade e pela tendência que prevíamos, de a maioria dos pacientes de recursos não saírem de seu meio ambiente, quando tivessem que buscar assistência hospital.

Deveríamos também contar com a admissão de novos profissionais médicos, especialistas que revigorariam o corpo clínico e forçosamente elevariam o padrão de assistência médica da coletividade. Desta forma, propuzemos a inclusão de 33 a 38 leitos para contribuintes, que somados aos de obstetrícia totalizariam 49 a 54 ou sejam 24% a 28% da capacidade total do Hospital, o que representava um coeficiente ainda inferior ao admitido pelo Serviço de Medicina Social do Estado, que era de 30% da capacidade para contribuintes, contra 70% de não contribuintes.

DAS UNIDADES DE ENFERMAGEM

No programa que apresentamos, as unidades possuíam de 18 (contribuintes) a 24 leitos (não contribuintes). Apesar de estarmos dirigindo na época, a Santa Casa de Santos, onde as unidades de doentes não contribuintes possuíam cerca de 40 leitos cada, e de termos organizado previamente o Hospital das Clínicas, onde as unidades tinham 30 a 40 leitos, procuramos seguir a orientação preconizada pelos norte-americanos, que aconselhavam não mais de 25 leitos para uma unidade de enfermagem de pacientes não contribuintes. Sabíamos que as unidades da Santa Casa de Santos e do Hospital das Clínicas representavam já para nós um padrão diverso do americano, mas plenamente satisfatório para o ambiente brasileiro, deficiente em recursos de enfermagem, de nível assistencial inferior ao dos norte-americanos e onde se deveria procurar maior concentração de doentes por chefia.

Tanto a Santa Casa como o Hospital das Clínicas,

eram hospitais de grande número de leitos, 4 a 6 vezes maiores do que o de São João da Boa Vista, e portanto, com um número de unidades que possibilitaria qualquer modificação, em caso de necessidade. Se seguissemos a orientação que adotamos para os dois hospitais citados, iríamos dotar São João da Boa Vista, de apenas uma unidade para homens e uma para mulheres, com cerca de 50 leitos cada uma, eis que a unidade de obstetricia teria cerca de 24 e a de pediatria de 24 a 30, pois suas necessidades já estavam perfeitamente definidas. Nestas condições, tornaríamos a construção em etapas muito mais difícil, alongariamos demasiadamente as alas e não teríamos a flexibilidade necessária para a distribuição dos pacientes de acordo com as diferentes especialidades.

Reconhecíamos as dificuldades que deveria enfrentar a instituição, com a falta de pessoal habilitado de enfermagem, mas julgávamos que este óbice era menor do que os outros inconvenientes apontados, e que poderia também ser contornado com o correr dos tempos, pela preparação de pessoal adequado.

Seguindo a orientação norte-americana, previmos para cada unidade o mesmo número de elementos auxiliares de enfermagem, com que havíamos dotado as unidades da Santa Casa de Santos e do Hospital das Clínicas. Apenas o posto se tornou comum a duas unidades, por dificuldade de planejamento.

Para cada unidade de pacientes não contribuintes programamos 4 enfermarias de 4 leitos cada, e 4 quartos com 2 leitos cada. Dessa forma, obteríamos grande flexibilidade na sua utilização.

Além disso, e para nós foi o motivo preponderante, permitiam estes quartos de 2 leitos o isolamento de pacientes portadores de afecções graves, dos recém-operados, dos moribundos, dos casos suspeitos de moléstia infecto-contagiosa, dos portadores de moléstia repugnante, da possibilidade da presença de uma pessoa da família para seu conforto e inclusive, para satisfação psíquica do paciente que deseja ou necessita certo grau de isolamento.

Procurou-se, dessa forma, humanizar mais o hospital, mesmo sabendo-se que seu custeio se tornaria mais oneroso.

Escolhemos a enfermaria de 4 leitos, por representar o que considerávamos ideal de acomodação para pacientes, seguindo o sistema do Hospital Riggs.

É bem verdade que seria preferível que todos os quartos de pacientes fossem individuais, ou no máximo, com 2 leitos, mas isto era impraticável, seja pela elevação do custo construtivo do edifício, como pela necessidade de maior número de pessoal de enfermagem e auxiliar, o que tornaria a manutenção excessivamente cara e incompatível com as nossas possibilidades. Não conhecemos um só hospital que possua exclusivamente quartos individuais ou com 2 leitos, para pacientes não contribuintes.

Na verdade, grande número de doentes prefere, quando na convalescença, ter um convívio maior, isto é, ter mais companheiros ao seu lado, o que torna sua estada no hospital mais amena.

Os arquitetos, por necessidade de planejamento, projetaram uma das enfermarias de adultos com 6 leitos número que reputamos com o máximo aconselhável para hospitais gerais.

DA UNIDADE DE BERÇÁRIO

Previmos a possibilidade de serem acomodados confortavelmente 14 recém-nascidos sádios e prematuros e 3 recém-nascidos enfermos. Este número está muito aquém do coeficiente aconselhado de 1 berço para cada leito de obstetrícia, número que preconizamos, mas, não tivemos dúvida em aceitá-lo, pois sempre achamos aconselhável a técnica seguida nos hospitais do interior, de ficarem os recém-nascidos nos quartos de suas mães.

A falta quase constante de pessoal de enfermagem, principalmente de pessoal habilitado para cuidar de recém-nascidos normais, faz com que sejam partidários da colocação do berço do recém-nascido normal da secção de contribuintes, no quarto de sua mãe. Af.

sempre temos a certeza de que a criança será bem assistida, mesmo correndo o risco de ser "assistida demais" pelos parentes e amigos.

DA UNIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO

Baseados nos estudos de Walsh (38), programámos 4 salas de operações para o Hospital de São João da Boa Vista. No entanto, incluímos nesse número a sala para cirurgia traumatológica, pois, sendo a permanência média dos nossos pacientes mais elevada do que nos Estados Unidos e sendo os médicos do interior menos interencionistas que os dos grandes centros, não nos pareceria conveniente propor uma sala de operações de cirurgia geral para cada 50, 60 leitos, como preconizava Walsh (38), única fonte que possuímos para a determinação da necessidade em salas cirúrgicas para um hospital. Um centro de material esterilizado, dentro do conceito que havíamos introduzido no país, quando da organização do Hospital das Clínicas e da Santa Casa de Santos (39) foi programado também para o Hospital de São João da Boa Vista, composto de sala de expurgo, arsenal, sala de trabalho de enfermagem, sala de esterilização, sala de guarda de material esterilizado e sala de guarda de acessórios. Pela primeira vez, que seja de nosso conhecimento, foi incluída num hospital do interior, uma sala para anestesia.

DA UNIDADE DE CENTRO OBSTÉTRICO

Além de 3 salas para trabalho de parto e parto e uma sala para cirurgia obstétrica, a unidade foi dotada de uma sala de guarda de material para serviço domiciliar, pois, defendíamos e continuamos a defender a idéia de que o parto domiciliar facilitará muito a vida da coletividade e o trabalho do próprio hospital, desde que neste esteja baseado.

Além destes elementos, incluímos uma sala para recepção da parturiente, isolada do próprio centro obstétrico, onde seria examinada para triagem e, numa sala anexa sofreria a necessária higienização, antes de penetrar no centro obstétrico.

DA UNIDADE DE SERVIÇOS AUXILIARES MÉDICOS

O programa por nós recomendado não foi seguido à risca, e assim sendo, não houve individualização dessa unidade. Aliás, na época, quando ainda não tinhamos bem firme o conceito de unidade, que estava ainda em plena fase experimental, não julgamos criticável o que anos após tivemos que modificar. Achamos plenamente aceitável a localização do setor de raios X junto à entrada de emergência e dentro do ambulatório, do laboratório, à entrada da unidade de administração, e não nos preocupamos com a falta de um serviço de fisioterapia de transfusão de sangue.

DA UNIDADE DE AMBULATÓRIO

Compunha-se de 4 consultórios que poderiam ser utilizados para clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria e obstetrícia, além de 2 consultórios especializados para otorrinolaringologia e oftalmologia.

O serviço de Arquivo Médico (Registro - Arquivo) foi colocado à entrada do Hospital, servindo tanto a pacientes contribuintes, como não contribuintes. Em frente à entrada principal, localizavam-se a farmácia e a sala de admissão (colheita de roupas) dos pacientes não contribuintes.

Na programação dos elementos que devem constituir as unidades de um hospital geral, o ambulatório um dos setores que mais dificuldades apresenta ao consultor, visto ser muito difícil determinar o número de salas que ele deve possuir, pela falta de dados existentes na literatura (Rosenfield, 14).

DA UNIDADE DE ADMINISTRAÇÃO

Também foi considerada satisfatória na época, a pesar de não ter sido dotada de todos os elementos que havíamos previsto.

DA UNIDADE DE DEPENDÊNCIAS PARA O CORPO CLÍNICO

Obedeceu ao programa, sendo que a sala de reuniões seria utilizada também pela administração.

DA UNIDADE DE SERVIÇOS GERAIS

Dos serviços que compõem esta unidade, constam do projeto, apenas, a cozinha e a lavanderia. Os outros, seriam colocados fóra do edifício principal.

A cozinha foi colocada pelos arquitetos de modo a ficar equidistante das unidades de enfermagem e deveria ser construída na última fase de remodelação do Hospital, pois ficou situada onde se encontravam alguns quartos e o corredor de ligação com o antigo edifício. Aproveitaram os arquitetos uma área desocupada, para colocar a clausura e um pequeno oratório, no primeiro andar, no corredor de ligação dos pavilhões centrais com os da frente.

CONSTRUÇÃO

O projeto foi terminado em 1949 e em junho de 1950 iniciou-se a construção dos 4 primeiros pavilhões.

Em outubro de 1952 foram admitidos no pavilhão C os primeiros pacientes contribuintes e no começo de 1953, no mesmo pavilhão, todos os pacientes não contribuintes. Fechavam-se, assim, nessa época, as duas enfermarias do velho hospital.

Em abril de 1953, inaugurava-se o pavilhão G e em junho de 1954, os pavilhões A e B, completando-se, desta forma, a primeira fase de construção do novo Hospital da São João da Boa Vista, onde foram gastos quase Cr\$5.000.000,00, conseguidos graças à contribuição da comunidade saojoaense.

Durante a construção, tivemos a oportunidade de, como consultor, acompanhar todas as fases do seu desenvolvimento, aconselhando os construtores no que se referia a detalhes de técnica hospitalar, e assim, ao ser inaugurado, o Hospital podia se equiparar ao que de mais moderno havia no país.

Os centros cirúrgico e obstétrico foram pintados em cõr cinza chumbo, com tinta especial à base de borra-cha sintética e o piso revestido de uma rêde de cobre, - destinada a diminuir os efeitos da eletricidade estática. Para evitar faíscas nas salas de operações, foram instaladas interruptores e tomadas elétricas à base de mercúrio.

Nas salas de operações e de parto foram colocadas vidros de tipo calorex, que têm a propriedade de, evitando o excesso de iluminação solar, filtrar os raios caloríficos, permitindo a passagem dos raios ultra-violeta.

O acabamento dos quartos, corredores, halls de estar, foi o mais simples possível, porém agradável à vista, e o novo Hospital se tornou o orgulho da cidade e local de visita obrigatória, tanto para os sajoanenses, como para os de fóra.

- SEGUNDA FASE CONSTRUTIVA = NOVO PROGRAMA -

Desde 1951, o Hospital "Dona Carolina Malheiros" passou a ser, para nós, um laboratório de experiências, onde vamos verificar nossas falhas e propiciar aos estudantes de Administração da Faculdade de Higiene, um campo de aprendizado de primeira ordem.

A observação continuada no funcionamento da instituição, permitiu-nos constatar as falhas da planta física, como da distribuição de leitos, de elementos auxiliares de enfermagem de cada unidade, além da dificuldade da formação e obtenção de pessoal devidamente habilitado e em número suficiente.

Verificamos que a unidade de 24 leitos preconizada pelos norte-americanos e por nós adotada, para dar maior conforto aos paciente, baseados na suposição de que se conseguiria pessoal habilitado, não é aconselhável na situação atual.

Não podendo a instituição possuir nem mesmo o número exigido por suas necessidades mínimas, devem os empregados atender duas unidades percorrendo grandes distâncias. Isto diminui a eficiência, acarreta confusão, trás o cansaço e o desgaste precoce do servidor, a insatisfação no trabalho, descontentamento dos pacientes cujo atendimento é precário, bem como do corpo clínico.

Indubitavelmente, o número ideal de leitos em nosso país, para uma unidade de enfermagem de pacientes não contribuintes, nos grandes centros, está em torno de 40, como havíamos sugerido e realizado na Santa Casa de Santos. Com efeito, haverá necessidade de pessoal mais qualificado para o trabalho, portanto, maior dificuldade em consegui-lo.

Por outro lado, uma concentração maior de pacientes, permitirá grande economia na construção e manutenção do hospital, em virtude de serem as salas auxiliares de enfermagem em muito menor número e, conseqüentemente, haver necessidade de menos instalações

e equipamento, além das distâncias percorridas, serem menores.

Para as cidades do interior, julgamos mesmo que, sendo adotada a técnica que temos preconizado de vários quartos para cada unidade, esta pode receber até 50 pacientes.

Na verdade, nossa maior falha foi a de termos proposto para cada unidade de 18 a 24 leitos, todos aqueles elementos acessórios de enfermagem como copa, refeitório, sala de serviço, sala de tratamento e exame, sala de utilidades e rouparia.

Outra falha, ainda causada por nossa inexperiência, foi a de não calcularmos exatamente as áreas econômicas para esses elementos. Por exemplo, o refeitório-sala de estar foi construído com $16m^2$, permitindo que 16 pessoas tomem refeição conjuntamente. Ora, numa unidade de 24 leitos e, muito menos de 18, raramente teremos 16 pacientes ambulantes. A prática nos tem mostrado que normalmente devemos fazer previsão de uma área de refeitório, que comporte apenas, 50% dos pacientes internados na unidade.

A copa, com $12,80 m^2$ mostrou ser também demasiado grande para tal unidade e assim, a sala de serviço, a rouparia e a sala de utilidades.

Apenas a sala de tratamento e exame possui área adequada para sua finalidade, muito embora sua utilização para um número muito maior de pacientes seja perfeitamente viável.

Os quartos e enfermarias podem ser considerados bons, pois, dada a sua forma, oferecem grande conforto.

No centro cirúrgico, as salas de subesterilização, ainda adotadas pelos norte-americanos, não tinham razão de ser, dada a proximidade do centro de material esterilizado.

Apesar dessas falhas, a procura do Hospital aumentou e os médicos passaram a receber casos mais complexos, que tinham porém, dificuldade de solucionar pela falta de elementos auxiliares de diagnóstico e

tratamento, agravados pela inexistência de pessoal técnico e de enfermagem à altura de suas necessidades.

A única enfermeira lá existente, não tem conseguido, apesar de sua inexcedível boa vontade e dedicação, controlar um hospital que tem cêrca de 80 pacientes internados, em média, dirigir um centro cirúrgico e um centro obstétrico, com a agravante destas unidades funcionarem ininterruptamente. Compreende-se ainda melhor essas dificuldades, quando se sabe, que naquele Hospital, 60% dos serviços de enfermagem são ambulatórios.

O pequeno laboratório de rotina e o aparelho de raios X, já ultrapassado, não eram fatores de progresso do trabalho médico, que exigia mais para poder atender convenientemente a todos os pacientes.

A falta de serviços de eletrocardiografia, metabolismo basal e fisioterapia, era outro fator que desgostava o corpo clínico.

À vista desta situação, em 1956, fomos procurados pela diretoria, que nos incumbiu de levar avante os estudos para o prosseguimento das obras.

Tendo acompanhado as fases sucessivas do funcionamento do Hospital, analisado as falhas do projeto primitivo, e conhecendo a evolução das técnicas e processos postos à disposição dos médicos, bem como sua tendência à especialização, vimo-nos obrigados a estudar uma modificação do projeto, apresentando um novo programa que forçou os arquitetos a modificarem o plano anterior.

- Programa descritivo para a segunda fase
de construção do Hospital "Dona Carolina Malheiros" -

I - Unidade de Administração -- compreendendo:
a) hall de espera;

- b) portaria e recepção (Informações e P.B.X.);
- c) secretaria;
- d) contabilidade;
- e) sala para a Madre Superiora;
- f) sala para a Enfermeira-Chefe;
- g) sala para o Diretor;
- h) sala das Senhoras Auxiliares;
- i) sala de espera para contabilidade;
- j) sanitários.

II - Unidade de dependências para o Corpo Clínico:

- a) sala do Diretor Clínico;
- b) vestiários;
- c) sala de estar do Corpo Clínico;
- d) bibliotéca e sala de reuniões;
- e) quartos para médicos internos (2);
- f) copa comum com a Unidade de Administração.

III - Unidade de Ambulatório:

- a) sala de espera;
- b) serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- c) consultórios (10);
- d) sanitários;
- e) farmácia.

IV - Unidade de Serviços Médicos Auxiliares:

A - Secção de Raios X compreendendo:

- a) salas para aparelhos (2);
- b) câmara escura;
- c) sanitário;
- d) sala para radiologista, interpretação e arquivo;
- e) sala de espera.

B - Secção de Fisioterapia composta de 4 cubículos

C - Secção de Laboratório compreendendo:

- a) sala de médicos;
- b) sala para esterilização, limpeza, expurgo;
- c) sala para microbiologia;
- d) sala para bioquímica;
- e) sala para exames de rotina (urina e parasitológico);

- f) sala de colheita de material;
- g) sala para metabolismo basal e provas funcionais;
- h) sala de espera;
- i) sanitários.

D - Secção de Transfusão de Sangue compreendendo:

- a) sala de colheita de sangue;
- b) sala de tipagem e guarda de sangue;
- c) sala de esterilização de material;
- d) sala de espera, comum ao Laboratório.

E - Secção de Eletrocardiografia, compreendendo:

Uma sala para exame especializado.

V - Unidade de Emergência - compreendendo:

- a) hall de entrada;
- b) sala de espera;
- c) sala de exame, pequena cirurgia e gesso.

VI - Unidade de Enfermagem ou de Serviço Médico:

A - Para contribuintes, mixta (1.ª e 2.ª classe), com 26 leitos, compreendendo:

- a) apartamentos - quarto, saleta e sanitário - (2);
- b) meio apartamentos - quarto e sanitário - (16);
- c) quartos (8);
- d) pôsto;
- e) sala de serviço;
- f) copa;
- g) hall de estar;
- h) sala de curativos;
- i) rouparias seccionais;
- j) salas de utilidades e material de limpeza (3);
- l) sanitários.

B - para não contribuintes, com 46 a 52 leitos, compreendendo:

- a) quartos para 1 ou 2 pacientes com sanitário anexo (6);
- b) enfermarias para 4 pacientes (10);
- c) pôsto;

- d) sala de serviços;
- e) copa
- f) sala de curativos;
- g) rouparias seccionais;
- h) hall de estar;
- i) salas de utilidades e material de limpeza (2);
- j) sanitários.

O programa que acabamos de descrever contém, praticamente, todos os elementos do primitivo, porém, foram especificados de maneira mais completa e os arquitetos foram aconselhados a oferecer maior área e mais individualização para todas as unidades descritas, exceto as de enfermagem. Assim, à Unidade de Administração procuramos dar muito maior conforto e espaço no que se refere à sua área, inclusive dotando a contabilidade de uma sala de espera privativa, onde serão entrevistados os pacientes contribuintes, para fazerem seus depósitos.

A entrada desses pacientes, que se fará pelo hall nobre do hospital, ficou separada da dos não contribuintes.

A unidade foi também acrescida de uma sala para as Senhoras Auxiliares plenamente justificada pelo trabalho que foi e vem sendo desenvolvido pelas senhoras da sociedade de São João da Boa Vista em benefício do Hospital.

Os elementos destinados às atividades administrativas e ao conforto do corpo clínico, foram mantidos dentro da mesma orientação primitiva. Apenas procuramos oferecer aos médicos maior conforto: uma sala para o diretor clínico, uma sala de estar mais ampla e separada do vestiário, e uma copa comum também à Unidade de Administração. Além disso, um grande salão para biblioteca e reuniões, podendo comportar cerca de 60 pessoas.

Como residência dos médicos internos, propuzemos duas soluções: na própria Unidade de dependências para o Corpo Clínico, ou no segundo pavimento, no corpo -

de ligação entre os pavilhões B-G e C-F.

Qualquer das duas localizações é boa, dependendo de uma futura necessidade que terá o corpo clínico ou a administração, de utilizar os dois quartos dos médicos internos, situados no andar térreo.

A Unidade de Ambulatório foi perfeitamente individualizada: entrada privativa, grande sala de espera e um maior número de consultórios, o que permitirá mais flexibilidade no atendimento aos pacientes, pois o plano anterior possuía quatro consultórios menos.

Um pormenor interessante, que poderá ser verificado na planta, é a existência de um setor de serviço, comum a cinco consultórios, o que virá facilitar o seu funcionamento, com grande economia de material e pessoal.

Outro detalhe que deve ser salientado, é a possibilidade da expansão da Unidade de Ambulatório, desde que surja necessidade, no futuro. Este aumento será possível, sem prejudicar as atividades normais da unidade e o resto do Hospital.

A Farmácia, que recebeu cerca de 40m² a mais, foi colocada em situação estratégica, junto à sala de espera do ambulatório, de forma a facilitar a entrega de medicamentos após as consultas. Aumentamos a sua área, porque verificamos que um hospital dessa capacidade deverá possuir uma pequena seção semi-industrial para fabricação de sôros, pílulas e comprimidos. Temos certeza de que, com pequena despesa inicial de montagem, esse serviço poderá proporcionar grande economia.

Outra inovação que introduzimos na Unidade de Ambulatório, foi o novo local que destinamos ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística. Com área de mais 30m², ficou situado entre a entrada nobre do Hospital e sala de espera do Ambulatório.

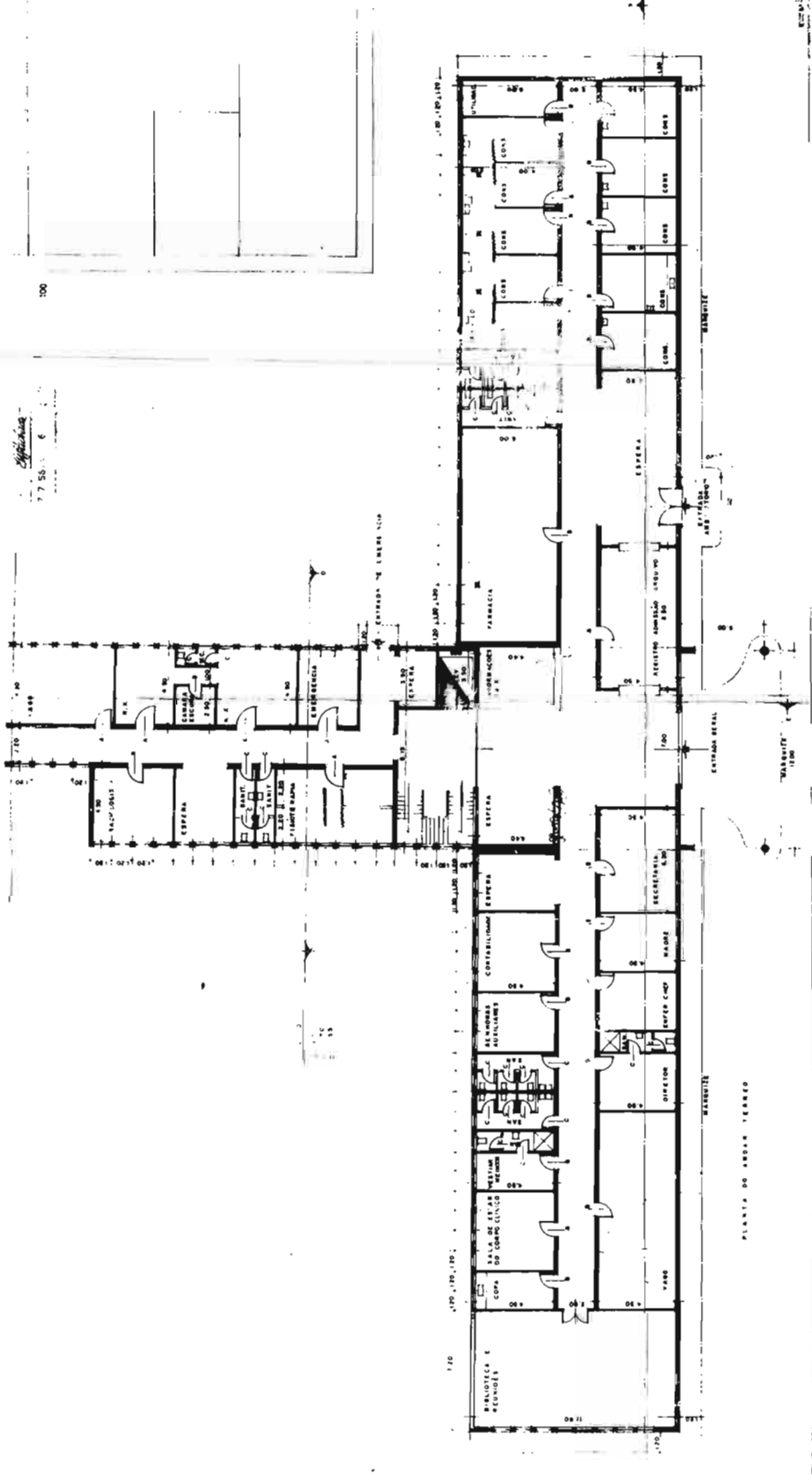
Desse modo, sem que haja aglomeração, tanto os pacientes contribuintes como os não contribuintes, poderão ser atendidos pelo mesmo pessoal do Serviço.

Um simples exame dos dois projetos é suficiente

HOSPITAL DE CAROLINA MALHEIROS
 SOLUÇÃO DA BOA VISTA
 PLANTA DO ANDAR TÉCNICO

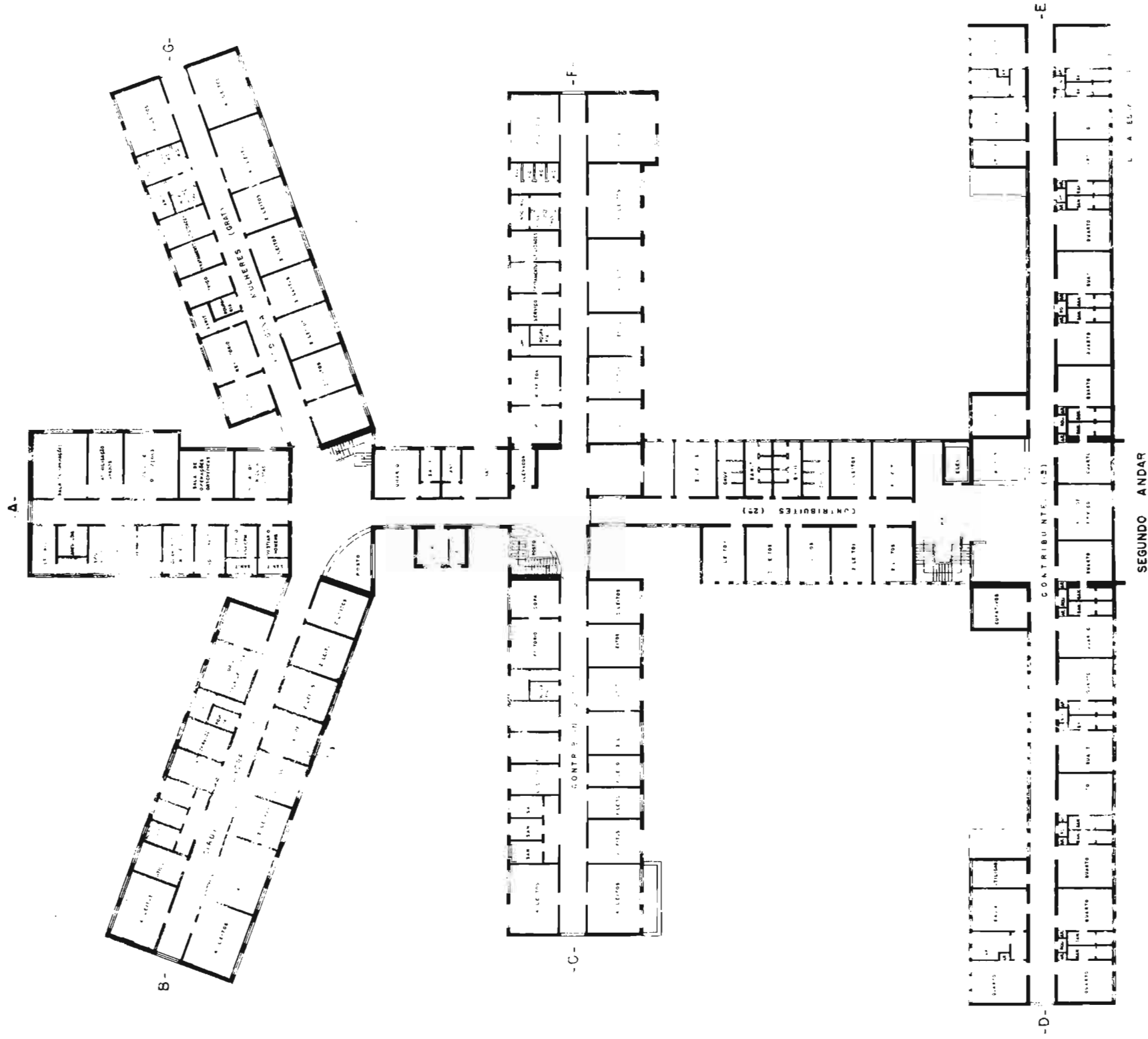
25

100



PLANTA DO ANDAR TÉCNICO

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA



para demonstrar a melhoria, pela qual passaram os serviços médicos auxiliares, O Laboratório foi dividido em setores e recebeu 40m² mais. Previmos duas salas para raios X em vez de uma e além disso, uma grande ampliação na sala do radiologista, para que nela se possa fazer a interpretação de radiografias e seu arquivamento posterior.

O setor de emergência ficou próximo ao Serviço Radiológico.

Uma sala com quatro compartimentos para Fisioterapia, uma para Eletrocardiografia, três para a seção de Transfusão de Sangue, todos estes elementos distribuídos em dois andares, foram anexados à Unidade de Serviços Médicos Auxiliares, que ainda terá possibilidade de ser razoavelmente ampliada, pois deixamos vaga uma área de cerca de 27m².

As Unidades de Enfermagem destinadas tanto a contribuintes como a não contribuintes, no novo projeto, são melhores do que as primitivas.

O número de leitos da unidade de pacientes não contribuintes é praticamente o mesmo, nos dois projetos, mas no novo estudo a unidade é sensivelmente mais econômica no que se refere à manutenção, pois procuramos corrigir os defeitos verificados nas que já estão em funcionamento, não permitindo duplicação de elementos, tais como, sala de serviço, posto, copa, sala de curativos ou tratamentos e exames. Quanto à rouparia, aproveitamos espaços perdidos, o que pode ser verificado na planta baixa.

As enfermarias foram ligeiramente aumentadas em sua área, o que proporcionará ainda mais conforto aos pacientes. Os seis quartos de isolamento foram dotados de sanitários anexos, o que garantirá uma autonomia maior, bem como a elevação no padrão de atendimento.

Muito mais luz, ventilação e sensação de amplitude foi proporcionada, pela não construção dos elementos considerados dispensáveis.

A unidade de contribuintes, com 26 quartos, trans-

formou-se, realmente, numa cidade econômica, pela maior concentração de pacientes. Anteriormente, haviam sido planejados apenas 10 meio - apartamentos e 2 apartamentos e, no projeto atual existem 16 meio - apartamentos e dois apartamentos. Com a modificação do projeto arquitetônico, houve possibilidade de serem projetados mais oito quartos para contribuintes, sem sanitários próprios, no corredor de ligação entre os novos pavilhões (D-E) e os existentes.

O término da segunda etapa de construção está previsto para o fim do corrente ano.

Ficará o Hospital de São João da Boa Vista, então com 198 a 225 leitos (capacidade normal e capacidade de planejamento) distribuídos da seguinte forma:

- 1º andar - a) Obstetrícia - 27 a 39 (contribuintes e não contribuintes) - pavilhões B e G;
- b) Pediatria - 28 a 30 - pavilhão C;
- c) Medicina e Cirurgia de homens - 52 (não contribuinte) - pavilhões D e E;
- 2º andar - a) Medicina e Cirurgia de mulheres 48 (não contribuintes) - pavilhões B e G;
- b) Contribuintes de 2a. classe - 15 a 20 - pavilhão C;
- c) Contribuintes de 1a. classe ou de 1a. e 2a. - 28 a 36 - pavilhões D e E.

Atingidos estes totais, cremos que não haverá mais necessidade da destinação da unidade do pavilhão F, do 2º andar, para doentes. No entanto, o futuro dirá do seu aproveitamento.

A lavanderia, o almoxarifado, a casa das caldeiras e o necrotério já estão sendo construídos fora - do corpo do Hospital.

RESULTADOS IMEDIATOS DA AÇÃO DO HOSPITAL

De 1948, época em que começamos a estudar o programa do Hospital, até 1951, observou-se já uma ligeira tendência de aumento do número de pacientes internados. Nesses 4 anos foram admitidos 4.757 pacientes, enquanto que, no quadriênio anterior, foram internados 4.381.

Em 1952, internaram-se 1.271 pacientes, em 1953 1.401, em 1954, 1552, e em 1955, 1710 pacientes, totalizando neste quadriênio 5.934 admissões, demonstração flagrante da ação que o Hospital desenvolveu na comunidade e nos municípios vizinhos.

Esta tendência de aumento processa-se continuamente e, assim, nestes últimos 3 anos, verificamos que 1.771 pacientes foram admitidos em 1956, 1.822, em 1957, 2.023 em 1958, num total de 5.616 internações, valor quase igual ao dos quatro anos precedentes.

Como prevíamos, a ação do Hospital se manifestou também de forma notável sobre o número de nascimentos nele realizados. De 1940 a 1953 (quatorze anos), nasceram na instituição 1010 crianças e de 1954 a 1958 (5 anos), 1814 crianças.

Na época em que visitamos São João da Boa Vista pela primeira vez, 8 médicos trabalhavam em seu Hospital. Em 1952, por ocasião do início do funcionamento do novo prédio, mais um profissional foi fazer parte do corpo clínico e em 1954, quando da abertura dos centros cirúrgico e obstétrico, dois anestesistas-transfusionistas se associaram aos seus colegas.

Finalmente, em 1958, o corpo clínico era constituído de 15 médicos, praticamente o dobro dos existentes em 1947, fato que veio confirmar integralmente a nossa assertiva, de que um hospital estruturalmente moderno e bem equipado, atrairia maior número de médicos e, entre eles, os especialistas.

Ultimamente, têm sido frequentes as visitas de profissionais de outros centros, que realizam em São

João da Boa Vista, demonstrações de alta cirurgia.

O Hospital "Dona Carolina Malheiros" - hospital distrital ou secundário da 4a. zona hospitalar do Estado - estará, a partir do próximo ano, apto, fisicamente, a prestar os mais relevantes serviços assistenciais à area que deve servir. Para isso, não foram poupados esforços por parte de sua administração, da comunidade que o vem construindo, e do Governo paulista, que o está amplamente amparando nesta segunda fase construtiva.

São João da Boa Vista e o Governo do Estado estão dando a todos os municípios do país, um exemplo perfeito de como deve ser encarada a solução dos nossos problemas assistenciais: o primeiro, pela arregimentação do seu povo em tôrno do ideal de possuir uma instituição de primeira categoria, levantando recursos na própria comunidade, adquirindo consciência de trabalho de equipe, o segundo, dentro de sua função supletiva, auxiliando a iniciativa particular, com recursos financeiros e técnicos.

Uma falha, e bem grave, ainda possui aquela organização: falta de pessoal habilitado para fazer funcionar edificio moderno, instalado e equipado dentro dos ditâmes da mais atualizada técnica hospitalar.

Providências estão sendo tomadas e temos certeza, que, com o correr do tempo, serão sanadas as deficiências. Jovens de São João da Boa Vista foram selecionados e estão prestes, uns, a concluir seu curso de Serviço Social, outros, a realizarem seu treinamento como técnicos de laboratório, de raios X e de fisioterapia, no Hospital das Clínicas de São Paulo.

A própria Cadeira de Administração Hospitalar da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, juntamente com o Hospital das Clínicas, já proporcionaram um pequeno curso de treinamento em serviço para o pessoal de enfermagem do Hospital "Dona Carolina Malheiros", auxiliando a enfermeira lá existente.

Sua diretoria já tem mantido contáto com a di-

reção da Escola de Enfermagem de São Paulo, para estudo da instalação de uma Escola de Auxiliares de Enfermagem no Hospital.

Sõmente, porém, quando sua organização de pessoal fôr de padrão elevado, poderá o Hospital de São João da Boa Vista, apresentar-se como instituição que ofereça o máximo de conforto e de garantia de assistência aos seus doentes, e aos médicos, armas suficientes para que possam salvar vidas humanas e manter em sua plenitude, aquilo que todos nós possuimos de mais precioso - a saúde.

Realizar-se-á, assim, o sonho de MacEachern (40):

" O hospital é a expressão do direito inalienável que o homem possui, de ter saúde, e o reconhecimento formal, por parte da comunidade, de sua responsabilidade em prover os meios para conservá-la ou restaurá-la, quando perdida. Este direito e esta responsabilidade, pertencem a todos, na sociedade."

HOSPITAL E SAÚDE PÚBLICA

O hospital, que cada dia se torna mais responsável pela saúde de uma comunidade, é o centro vital da sua assistência médica.

Provê facilidades técnicas para a promoção da saúde, o diagnóstico e o tratamento das doenças, assim como a reabilitação dos incapacitados e, para realizar sua missão, deve ser construído, equipado e organizado da melhor forma possível.

Mas para que exista eficiência, bem como boa assistência médica, não basta que o número de leitos hospitalares, bem como o de médicos sejam elevados, nem tão pouco, que o financiamento do serviço seja amplo.

Padrões elevados só podem ser atingidos, quando as necessidades de saúde de uma determinada área forem cuidadosamente analisadas, os recursos médicos e administrativos organizados e coordenados e, principalmente, que exista motivação, tanto por parte dos que prestam o serviço, como daqueles que o recebem.

Segundo Weinerman (41), os elementos essenciais para a prestação de serviço de alto padrão em qualquer plano de assistência médica, podem ser resumidos a cinco:

- 1 - Facilidades e quantidade adequada de pessoal e material;
- 2 - coordenação efetiva desses recursos;
- 3 - objetivo bem definido, compreensivo, prático e realizável;
- 4 - organização administrativa e financeira eficiente;
- 5 - motivação positiva, por parte de todas as pessoas envolvidas no programa.

Para este autor, nenhum desses fatores pode ser encarado isoladamente, podendo a qualidade de assistência médica ser definida, conscienciosamente planejada e avaliada.

Se desejarmos padrões elevados para a assistência médica, somente poderemos consegui-los à custa de

pessoal capaz e bem coordenado, e utilizando de forma integrada, tôdas as facilidades existentes na comunidade.

Assim, avulta de importância em nosso estudo, pretendermos que todos os recursos de saúde pública em pessoal e material, do município de São João da Boa Vista, sejam coordenados, para que a promoção e a proteção da saúde de seus habitantes possam ser perfeitamente integradas.

Aliás, Mascarenhas e Castro (42) em trabalho apresentado ao Primeiro Congresso Nacional de Hospitais, ofereceram várias conclusões, algumas das quais merecem ser transcritas pela sua oportunidade e justeza:

1. "A coordenação das atividades sanitárias e hospitalares permite, não só a adoção de um plano único de saúde pública, como também a utilização técnica e econômica de pessoal e material especializado."
2. "Deverá ser incentivada, por todos os modos, maior aproximação dos administradores hospitalares e sanitaristas, a fim de formarem uma política comum de saúde pública".
3. "As atividades de saúde pública nas comunidades, devem ser desenvolvidas, sob comando único de profissionais especializados".

A coordenação e integração de todos os recursos técnicos materiais e humanos, a serem aplicados nas atividades de saúde pública, em São João da Boa Vista, constituiria obra altamente benéfica sob todos os aspectos.

O Hospital "Dona Carolina Malheiros" está pronto a integrar o armamento de saúde do município e da região (Hospital distrital) e a participação do povo, que é ativa para êsse organismo, poderá ser facilmente conseguida, num programa único e dinâmico de saúde pública.

PROJETO DE REGULAMENTO

Justificativa

Um Hospital é uma empresa demasiado complexa para funcionar bem, sem um regulamento, instrumento que define a hierarquia, as linhas de subordinação e de relações, os direitos e deveres do pessoal.

Sem um regulamento em que se apoiar, a administração ou se tornará despótica, conduzindo os trabalhos ao sabor de impulsos e simpatias momentâneas, ou será fraca, incapaz de resistir aos impactos provindos de várias direções. Em qualquer das hipóteses, não haverá apóio para uma linha de ação coerente, nem para a aplicação dos princípios de equidade e da prevalência dos interesses da empresa sobre os dos particulares, do principal sobre o acessório.

Um bom regulamento completa uma planta física, formando a unidade estática adequada ao desenvolvimento de uma boa dinâmica.

Nossos hospitais filantrópicos têm funcionado sem regulamentos ou com regulamentos inadequados, o que explica as crises periódicas e os atritos entre as administrações e os Corpos Clínicos.

O Hospital que estamos estudando, não escapava a esta contingência.

E, para completar o estudo que nos propuzemos fazer, a fim de dar-lhe os elementos que possibilitassem a melhoria de seu padrão de trabalho, estudamos o projeto de regulamento que vamos apresentar. Organização simples, mas rigorosamente aplicável a um Hospital de comunidade cujo quadro de pessoal tem que ser o mais restrito possível, e que não pode contar com todos os profissionais encontrados nos serviços de um Hospital escola ou de uma grande instituição de um centro maior.

Organização flexível, fixando apenas princípios básicos e normas gerais, que a evolução permitirá ir detalhando, burilando, no sentido de permitir seu ajustamento aos progressos técnico-científicos da medicina e da administração hospitalar e, ao crescimento e cria-

ção de novos serviços.

Completando o Regulamento, oferecemos elementos para um Regimento, de maneira a facilitar à administração a tarefa de definir em detalhes para conhecimento do pessoal, a competência das diversas unidades funcionais e as atribuições de cada empregado.

Os serviços médicos têm suas normas básicas de funcionamento, fixadas no Regulamento do Corpo Clínico.

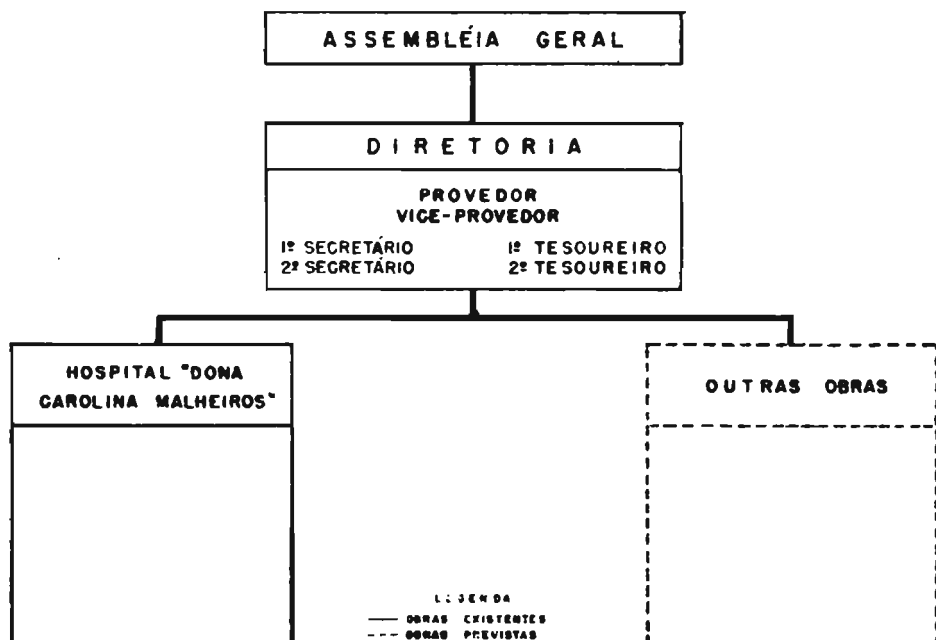
Entretanto, êste, pelo seu objetivo, não trata em detalhes dos serviços médicos auxiliares, muito ligados às atividades técnico-administrativas. Foi esta a razão porque, nos elementos para o regimento, apresentamos normas de funcionamento dêsses serviços.

Para o Serviço de Alimentação defendemos a idéia de uma nutricionista consultora. Num Hospital de duzentos leitos, sua presença é uma necessidade pois, o número de dietas especiais já exige maior atenção, não podendo ser atendidas com a simples consulta a um manual.

Juntamos também exemplos de Instruções de Serviço e Rotinas, algumas com fluxogramas e modelos de impressos, bem como uma coletânea de impressos, que podem ser usados, tanto pelo Hospital "Dna Carolina Malheiros", como por qualquer outro hospital; desta forma ter-se-á idéia de todo o trabalho de organização que é preciso desenvolver, para facilitar as tarefas administrativas.

Um organograma mostra a estrutura da Irmandade, outro, os grandes órgãos do Hospital, enquanto um terceiro apresenta a composição do Serviço Administrativo e dos Serviços Gerais.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA



REGULAMENTO DO HOSPITAL

Capítulo I

DAS FINALIDADES

Artigo 1º - O Hospital "D. Carolina Malheiros" (H.C.M.) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São João da Boa Vista, instituição de caráter filantrópico, tem por finalidade:

I - prestar assistência hospitalar aos doentes, aos acidentados e a outras pessoas que dela necessitem;

II - servir de campo de instrução e aperfeiçoamento do pessoal hospitalar;

III - proporcionar meios para a investigação e a pesquisa, sob tôdas as suas formas;

IV - contribuir para a educação sanitária do povo;

V - proporcionar meios para a reabilitação física e social,entrozando-se com os órgãos especializados,para essa finalidade.

Capítulo II DA MANUTENÇÃO

Artigo 2º - O Hospital será mantido:

I - pelas verbas que lhe forem destinadas pela Irmandade;

II - pela renda própria por êle diretamente arrecadada;

III - pelos donativos que receber com essa finalidade;

IV - pelas dotações orçamentárias, subvenções e auxílios que lhe forem atribuídos pelos governos federal, estadual e municipais;

V - pelas importâncias relativas a impostos e taxas criados em seu benefício.

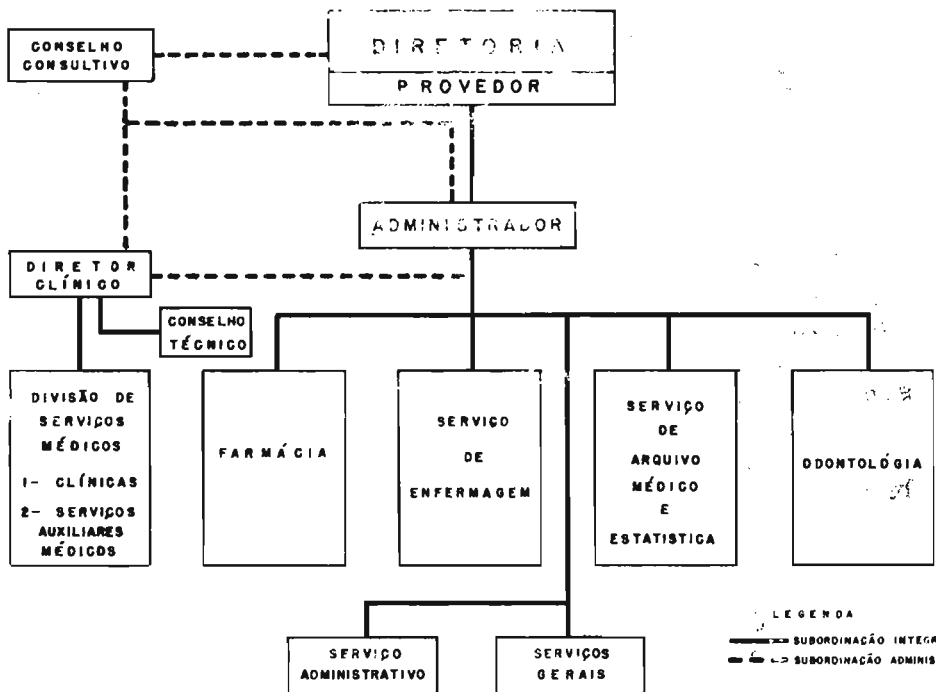
Capítulo III DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 3º - O Hospital "D.Carolina Malheiros" (H.C.M.) é constituído de:

- a) Diretoria;
- b) Conselho Consultivo;
- c) Divisão de Serviços Médicos;
- d) Farmácia;
- e) Serviço Odontológico;
- f) Serviço de Enfermagem;
- g) Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- h) Serviço Administrativo;
- i) Serviços Gerais.

Parágrafo único - A Divisão de Serviços Médicos será chefiada por um Diretor Clínico, e a Farmácia e demais Serviços por um Administrador.

HOSPITAL "DONA CAROLINA MALHEIROS"
 DA
 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA



Capítulo IV DA DIRETORIA

Artigo 4º - A Diretoria, órgão da administração superior do Hospital, é a própria Diretoria da Irmandade.

Artigo 5º - Compete à Diretoria:

I - deliberar sobre toda a matéria administrativa, na forma do Regulamento;

II - aprovar anualmente a proposta orçamentária do Hospital, que lhe for submetida pelo administrador;

III - aprovar o Regimento Interno e as normas

técnico-administrativas que lhe forem apresentados pelo administrador;

IV - aprovar pedidos de verbas extraordinárias que forem determinados por necessidades imprevistas e urgentes;

V - admitir e demitir o pessoal do Hospital, por proposta do administrador;

VI - admitir e demitir o pessoal médico, por proposta do Diretor Clínico;

VII - adotar todas as medidas aconselháveis, relativas ao aperfeiçoamento e desenvolvimento dos serviços do Hospital;

VIII - velar pelo fiel cumprimento do Regulamento, Regimento e Instruções que baixar, fiscalizando a sua execução;

IX - reformar, quando julgar conveniente, o presente Regulamento;

X - resolver os casos omissos.

Artigo 6º - Compõem a Diretoria os seguintes membros:

- a) Provedor, que é seu presidente;
- b) Vice-Provedor;
- c) Mordomo;
- d) 1º Secretário;
- e) 2º Secretário;
- f) 1º Tesoureiro; e
- g) 2º Tesoureiro.

Parágrafo único - O Diretor Clínico, sob cuja direção está a Divisão de Serviços Médicos, e o Administrador, ao qual se subordinam os demais serviços hospitalares, tomarão parte nas reuniões da Diretoria em que se cuide das atividades do Hospital, como elementos informativos, sem direito a voto.

Capítulo V

DO CONSELHO CONSULTIVO

Artigo 7º - Ao Conselho Consultivo compete:

I - interpretar para a diretoria os relatórios de atividades médicas;

II - discutir recomendações do corpo clínico,

que devam ser submetidas à consideração da Diretoria;

III - procurar harmonizar questões surgidas nas relações dos diferentes grupos que trabalham no Hospital.

Artigo 8º - O Conselho Consultivo se compõe de:

- a) um representante da Diretoria;
- b) diretor clínico;
- c) administrador; e
- d) madre superiora.

Capítulo VI

DA DIVISÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

Artigo 9º - A Divisão de Serviços Médicos, chefiada pelo diretor clínico, compete, pelo seu Corpo Clínico:

I - prestar assistência médica aos pacientes matriculados no Hospital, na forma do Regulamento;

II - desempenhar função didática, de investigação e de pesquisa;

III - desenvolver, na esfera de sua competência, atividades de educação sanitária do povo.

Artigo 10 - A organização da Divisão de Serviços Médicos será determinada em Regulamento próprio, elaborado pelo Corpo Clínico e incorporado a êste Regulamento, após aprovação da Diretoria da Irmandade.

Capítulo VIII

DA FARMÁCIA

Artigo 11 - À Farmácia, chefiada por um farmacêutico, compete:

I - aviar tôdas as receitas prescritas pelos médicos;

II - fornecer os preparados farmacêuticos previstos no formulário ou autorizados pelo diretor clínico;

III - controlar o movimento de tóxicos;

IV - cooperar com o Corpo Clínico em suas pesquisas.

Capítulo VIII

DO SERVIÇO DE ODONTOLOGIA

Artigo 12 - Ao Serviço de Odontologia, chefiada-

do por um cirurgião-dentista, compete:

I - realizar a higiene buco-dentária dos pacientes do Hospital, por solicitação médica;

II - realizar cirurgia buco-maxilo-facial dos pacientes.

Capítulo IX

DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Artigo 13 - Ao Serviço de Enfermagem, chefiado por um enfermeiro, compete:

I - executar todas as atribuições específicas e auxiliares de enfermagem;

II - executar os serviços técnico-auxiliares do centro cirúrgico e do centro obstétrico, bem como do centro do material esterilizado;

III - realizar o treinamento do pessoal em serviço;

IV - colaborar na execução dos programas de ensino e de educação sanitária;

V - executar a limpeza e higienização dos locais de trabalho dos serviços médicos e de enfermagem.

Capítulo X

DO SERVIÇO DE ARQUIVO MEDICO E ESTATÍSTICA

Artigo 14 - Ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística, compete:

I - controlar o movimento dos pacientes do Hospital, desde sua matrícula até a alta;

II - coligir, ordenar, classificar, guardar e conservar os prontuários médicos, bem como sua documentação gráfica, radiológica e fotográfica;

III - organizar e manter, de acordo com as regras da biblioteconomia, os livros e periódicos científicos do Hospital.

Capítulo XI

DO SERVIÇO ADMINISTRATIVO

Artigo 15 - Ao Serviço Administrativo, chefiado por funcionário com conhecimento de administração, compete:

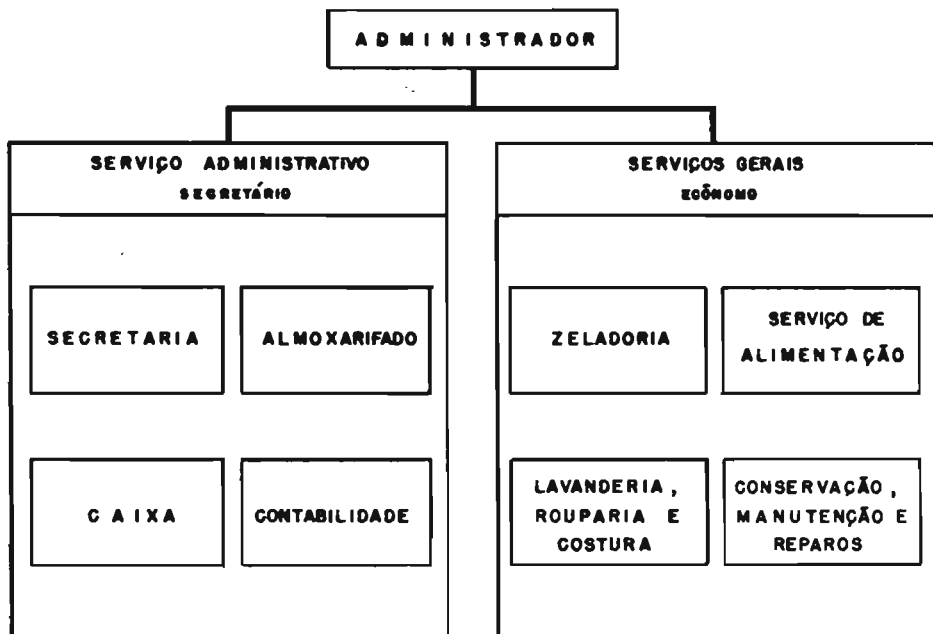
- I - preparar o expediente e executar as atividades de protocolo e arquivo;
- II - executar o expediente de pessoal;
- III - providenciar as compras e receber, guardar e distribuir o material;
- IV - fazer os pagamentos e recebimentos;
- V - executar as atividades de contabilidade.

Artigo 16 - O Serviço Administrativo compreende:

- a) Secretaria;
- b) Almojarifado;
- c) Caixa; e
- d) Contabilidade.

**HOSPITAL "DONA CAROLINA MALHEIROS"
DA
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA**

ATIVIDADES MEIORS



Capítulo XII

DOS SERVIÇOS GERAIS

Artigo 17 - Aos Serviços Gerais, chefiados por um ecônomo, compete:

I - preparar e fornecer dietas gerais e especiais;

II - lavar, passar, consertar e confeccionar a roupa do Hospital;

III - executar a limpeza nos setores não afetos a outros serviços;

IV - operar e zelar pela conservação de caldeiras, elevadores e telefones;

V - zelar pelas instalações;

VI - executar serviços de portaria e de guarda dos edifícios:

VII - providenciar transporte;

VIII - cuidar de hortas e jardins;

IX - zelar pela conservação do Hospital.

Artigo 18 - Os Serviços Gerais compreendem:

a) Zeladoria;

b) Serviço de Alimentação;

c) Lavanderia, Rouparia e Costura; e

d) Conservação, Manutenção e Reparos.

Capítulo XIII

DO PESSOAL

Artigo 19 - Ao administrador, agente executivo da Diretoria, incumbe:

I - administrar os serviços técnico-administrativos do Hospital, executando e fazendo executar todos os atos necessários à sua eficiência;

II - executar ou fazer executar as deliberações da Diretoria, submetendo à sua aprovação medidas que, embora não previstas no Regulamento, tenha sido obrigado a tomar;

III - estudar as normas técnico-administrativas necessárias ao bom funcionamento do Hospital, providenciando sua implantação, após aprovação da Diretoria;

IV - estabelecer as atribuições de todos os

empregados do Hospital;

V - expedir Ordens e Instruções de Serviço;

VI - despachar com os membros da Diretoria;

VII - prestar contas de sua gestão à Diretoria;

VIII - propor à Diretoria a admissão e demissão de servidores;

IX - indicar o seu substituto;

X - submeter à Diretoria a proposta orçamentária e os pedidos de suprimentos extraordinários;

XI - zelar pelo fiel cumprimento da legislação aplicável ao Hospital, dentro da esfera de sua competência;

XII - exercer as demais atribuições constantes deste Regulamento e outras que lhe forem determinadas pela Diretoria;

XIII - comparecer às reuniões da Diretoria, na qualidade de informante, sem direito a voto.

Artigo 20 - Aos empregados do Hospital incumbe executar com eficiência, dedicação e pontualidade os trabalhos que lhe forem afetos.

Capítulo XIII

DOS DOENTES

Artigo 21 - Os doentes serão classificados em:

- a) contribuintes; e
- b) não contribuintes.

§ 1º - Nenhum paciente poderá ser internado sem solicitação médica;

§ 2º - Nenhum paciente não contribuinte poderá ser matriculado sem passar pela seleção econômico - social.

Artigo 22 - Desde que matriculados, os doentes deverão submeter-se ao Regulamento, Ordens, Instruções e Rotinas de Serviço do Hospital.

Capítulo XIV

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 23 - Os prontuários médicos, bem como to-

dos os documentos relacionados com a assistência prestada aos pacientes, são propriedade do Hospital, dêle não podendo ser retirados, a não ser para fins legais.

Parágrafo Único - A guarda dos prontuários médicos será centralizada no Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

Artigo 24 - Nenhum empregado do Hospital poderá receber pagamento ou gratificação, sob qualquer forma, em reconhecimento de serviços a que está obrigado em função de seu cargo.

Artigo 25 - Todo pessoal do Hospital deve zelar pelo material com que trabalha, observando rigorosamente as instruções para seu uso e solicitando providências para seu reparo e conservação, assim que seja notada qualquer anormalidade em seu funcionamento e estrutura.

Artigo 26 - Este Regulamento entrará em vigor na data de sua aprovação pela Diretoria.

SUBSIDIOS PARA O REGIMENTO INTERNO

LABORATÓRIO CLÍNICO

DO OBJETO

Artigo 1º - Ao Laboratório Clínico, chefiado por um médico laboratorista compete:

I - colher material e realizar os exames de laboratório, complementares do diagnóstico médico - cirúrgico;

II - realizar exames de laboratório, como subsídio à investigação clínica e à pesquisa;

III - colaborar com os demais serviços médicos no sentido de lhes propiciar meios para o desempenho adequado de suas atividades.

DA POSIÇÃO

Artigo 2º - O Laboratório Clínico é uma dependência da Divisão de Serviços Médicos, integrando os serviços auxiliares médicos.

Parágrafo único - Seu chefe está, tecnicamente, subordinado ao diretor clínico e, administrativamente, ao administrador.

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - O Laboratório Clínico compreende os seguintes setores:

- a) Bioquímica clínica;
- b) Parasitologia, bacteriologia e sôrologia clínicas;
- c) Hematologia e citologia clínicas;
- d) Provas funcionais;
- e) Metabolismo basal.

DAS ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL

Artigo 4º - Ao médico laboratorista chefe, compete, além das atribuições próprias dos médicos laboratoristas, chefiar o Laboratório, executando e fazendo executar todos os atos necessários à sua eficiência.

Artigo 5º - Ao médico laboratorista, compete:

I - cumprir e fazer cumprir o regulamento, rotinas, instruções e ordens de serviço;

II - treinar e orientar o treinamento de seus subordinados;

III - executar exames, provas experimentais e reações bioquímicas, parasitológicas, bacterioscópicas;

IV - preparar vacinas, fazer dosagens bioquímicas e exames dos componentes do sangue;

V - proceder à necrópsia de animais de laboratório e inoculações;

VI - orientar e supervisionar a preparação de soluções tituladas, reagentes, antígenos, corantes e meios de cultura;

VII - realizar estudos, pesquisas e experimentações, visando ao aperfeiçoamento das técnicas de laboratório.

Artigo 6º - Ao técnico de laboratório incumbe:

I - preparar e examinar, por meio de aparelhos, material biológico;

II - preparar meios de cultura e vacinas, corantes, soluções tituladas, reagentes e antígenos;

III - realizar repiques, reações sorológicas e dosagens bioquímicas;

IV - esterilizar material usado, limpar, conservar aparelhos;

V - executar tarefas afins, cumprindo determinações de seus superiores.

Artigo 7º - Ao servicial compete:

I - executar as ordens de seus superiores;

II - lavar e esterilizar, sob supervisão, material de Laboratório;

III - auxiliar no preparo de meios de cultura, corantes e reagentes;

IV - limpar e manter a ordem e a higiene do Laboratório;

V - executar tarefas afins.

SERVIÇO DE RADIOLOGIA CLÍNICA

DO OBJETO

Artigo 1º - O Serviço de Radiologia Clínica chefiado por um médico radiologista, tem por objeto:

I - realizar exames radiológicos de pacientes e proceder à sua análise para elucidação de diagnóstico e como subsídio à pesquisa;

II - colaborar com os demais serviços médicos, a fim de proporcionar meios para a assistência eficiente aos pacientes.

DA POSIÇÃO

Artigo 2º - O Serviço de Radiologia Clínica é uma dependência da Divisão de Serviços Médicos, integrando os serviços auxiliares médicos.

Parágrafo único - Seu chefe está, tèhnicamente, subordinado ao diretor clínico e, administrativamente, ao administrador.

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 3º - Ao médico radiologista chefe, incumbe:

I - dirigir o serviço, executando e fazendo executar todos os atos necessários à sua coordenação e eficiência;

II - realizar e interpretar radioscopias e radiografias solicitadas pelos médicos, fazendo os respectivos relatórios;

III - orientar os técnicos no desempenho de suas funções;

IV - realizar estudos, pesquisas e experimentações, visando ao aperfeiçoamento das técnicas da radiologia clínica;

V - cumprir e fazer cumprir o regulamento, rotinas, instruções e ordens de serviço.

Artigo 4º - Ao técnico de raios X, incumbe:

I - executar radiografias, sob orientação médica;

II - auxiliar o radiologista;

III - preparar soluções para revelação e fixação dos filmes radiológicos;

- IV - executar os trabalhos de câmara escura;
- V - preparar os pacientes que necessitem ^{Cuidados} especiais para exames radiográficos;
- VI - realizar a limpeza e manter a ordem do ambiente de trabalho;
- VII - cumprir determinações de seu superior;
- VIII - executar tarefas afins.

SERVIÇO DE ANESTESIA

DO OBJETO

Artigo 1º - Ao Serviço de Anestesia, chefiado por um médico anestesista, compete:

I - ministrar anestesia a pacientes cujo diagnóstico exija o ato operatório e àqueles cujo exame dependa de relaxamento muscular completo;

II - ministrar gases terapêuticos, por indicação do médico responsável pelo paciente;

III - colaborar com os demais serviços médicos a fim de lhes proporcionar meios para a assistência eficiente aos pacientes.

DA POSIÇÃO

Artigo 2º - O Serviço de Anestesia é uma dependência da Divisão de Serviços Médicos, integrando os serviços auxiliares médicos.

Parágrafo único - Seu chefe está, tecnicamente, subordinado ao diretor clínico e, administrativamente, ao administrador.

DAS ATRIBUIÇÕES DE PESSOAL

Artigo 3º - Ao médico-chefe compete, além das atribuições próprias do médico-anestesista, dirigir o Serviço, executar e fazer executar todos os atos necessários à sua coordenação e eficiência.

Artigo 4º - Ao médico anestesista compete:

I - realizar todos os tipos de anestésias;

II - fazer o preparo pré-operatório, e seguimento pós-operatório dos pacientes;

III - orientar e controlar os trabalhos do pré e pós-operatório, do ponto de vista de anestesia;

IV - realizar estudos, pesquisas e experimentações, visando ao aperfeiçoamento da anesthesiologia;

V - cumprir e fazer cumprir o regulamento, rotinas, ordens e instruções de serviço.

Artigo 5º - Ao servente incumbe:

I - limpar, conservar e manter em perfeito funcionamento os aparelhos de anestesia, de aspiração, tendas de oxigênio e outros aparelhos acessórios do

serviço;

·II - controlar o material de uso diário;

·III - receber e fornecer, de acôrdo com as re-
quisições, gases terapêuticos e anestésicos;

·IV - executar as determinações de seus supe-
riores;

·V - fazer a limpeza do ambiente de trabalho,
conservando-o em ordem;

·VI - executar tarefas afins.

SERVIÇO DE TRANSFUSÃO

DO OBJETO

Artigo 1º - Ao Serviço de Transfusão, chefiado por um médico, incumbe:

I - realizar as transfusões e as infusões solicitadas pelos médicos do Hospital;

II - realizar e orientar a colheita de sangue dos doadores;

III - colaborar com os demais serviços médicos no sentido de lhes proporcionar meios para o desempenho adequado de suas atividades.

DA POSIÇÃO

Artigo 2º - O Serviço de Transfusão é uma dependência da Divisão de Serviços Médicos, integrando os serviços auxiliares médicos.

Parágrafo único - Seu chefe está, tecnicamente, subordinado ao Diretor Clínico e, administrativamente, ao administrador.

DAS ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL

Artigo 3º - Ao médico-chefe, compete, além das atribuições próprias do médico transfusionista, dirigir o serviço, executando e fazendo executar todos os atos necessários à sua coordenação e eficiência.

Artigo 4º - Ao médico transfusionista compete:

I - determinar e redeterminar grupos sanguíneos e fatores Rh de gestantes e outros pacientes;

II - determinar genotipos e isoimunização de pacientes grávidas, portadoras de Rh negativo;

III - realizar o exame físico dos doadores;

IV - realizar provas cruzadas e controle hemodinâmico de pacientes, durante intervenções cirúrgicas;

V - realizar tarefas afins;

VI - cumprir e fazer cumprir o regulamento, rotinas, instruções e ordens de serviço.

Artigo 5º - Ao auxiliar de transfusão, compete:

I - receber o doador e prepará-lo para seleção;

II - auxiliar o médico na tipagem, colheita e transfusão;

- III - preparar e esterilizar todo material;
- IV - cumprir ordens de seu superior;
- V - realizar a limpeza e manter a ordem no ambiente de trabalho;
- VI - realizar tarefas afins.

SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

DO OBJETO

Artigo 1º - Ao Serviço de Fisioterapia, chefiado por um médico, compete:

I - realizar o exame e tratamento fisioterápico de pacientes;

II - colaborar com os demais serviços médicos com o fim de proporcionar meios de assistência mais eficiente aos pacientes.

DA POSIÇÃO

Artigo 2º - O Serviço de Fisioterapia é uma dependência da Divisão de Serviços Médicos, integrando os serviços auxiliares médicos.

Parágrafo único - Seu chefe está tecnicamente subordinado ao diretor clínico e, administrativamente, ao administrador.

DAS ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL

Artigo 3º - Ao médico-chefe, incumbe:

I - dirigir o serviço, executando e fazendo executar todos os atos necessários à sua coordenação e eficiência;

II - fazer exames e tratamentos fisioterápicos;

III - orientar os técnicos em fisioterapia, no desempenho de suas funções;

IV - cumprir e fazer cumprir o regulamento, as ordens de serviço, rotinas e instruções de serviço.

Artigo 4º - Ao técnico em fisioterapia, incumbe:

I - auxiliar o médico nos exames e tratamentos dos pacientes;

II - fazer tratamentos fisioterápicos de acordo com a prescrição médica;

III - zelar pelo equipamento de seu serviço;

IV - cumprir ordens de seu superior;

V - realizar a limpeza e manter a ordem do ambiente de trabalho;

VI - executar tarefas afins.

FARMÁCIA

DO OBJETO

Artigo 1º - À Farmácia, chefiada por um farmacêutico, compete:

I - Aviar as receitas prescritas pelos médicos do Corpo Clínico;

II - preparar, conservar, controlar e fornecer os preparados farmacêuticos previstos no Formulário ou autorizados pelo diretor clínico;

III - organizar, com a cooperação do Corpo Clínico, o Formulário do Hospital, mantendo-o atualizado;

IV - colaborar com o Corpo Clínico e com o Serviço de Enfermagem, a fim de lhes propiciar meios para o desempenho adequado de suas atividades;

V - providenciar a industrialização de produtos, compatíveis com o tamanho e as necessidades do Hospital, visando ao melhor emprêgo das verbas e à economia;

VI - controlar o movimento de tóxicos, drogas, medicamentos e especialidades farmacêuticas, realizando a sua escrituração.

DA POSIÇÃO

Artigo 2º - A Farmácia é uma dependência técnica do Hospital, estando seu chefe diretamente subordinado ao administrador.

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - A Farmácia compreende:

- a) Setor de manipulação;
- b) Setor semi-industrial.

DA COMPETÊNCIA

Artigo 4º - Ao Setor de Manipulação incumbe manipular fórmulas magistrais e officinais, atendendo aos pedidos das unidades e dos ambulatórios.

Artigo 5º - Ao Setor Semi-industrial incumbe:

I - produzir drogas e medicamentos cuja aquisição fôr considerada anti-econômica no comércio, pela administração do Hospital;

II - estudar a conveniência da industrialização de novos produtos;

III - manter estoque suficiente para atender às requisições de drogas e medicamentos.

DAS ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL

Artigo 6º - Ao Farmacêutico-chefe cabe:

I - dirigir a Farmácia, executando e fazendo executar todos os atos necessários à sua coordenação e eficiência;

II - distribuir tarefas aos seus subordinados, orientando-os nas várias fases do trabalho;

III - colaborar na organização do Formulário do Hospital;

IV - supervisionar o registro do receituário - médico, bem como controlar o movimento de tóxicos e entorpecentes, de acordo com a legislação;

V - executar e fazer executar o regulamento, ordens de serviço, instruções e rotinas;

VI - aviar receitas médicas, incluindo manipulação de produtos officinais e magistrais;

VII - preparar e manter em estoque produtos de consumo mais frequente;

VIII - operar e conservar máquinas e aparelhos - para fabricação industrial.

Artigo 7º - Ao oficial de farmácia cabe:

I - manipular fórmulas magistrais e officinais, pós, pomadas, soluções, xaropes, e colírios;

II - operar máquinas e aparelhos para fabricação industrial;

III - acondicionar e rotular medicamentos;

IV - cumprir as determinações de seu superior hierárquico;

V - executar tarefas afins, quando o serviço o exigir.

Artigo 8º - Ao serviçal incumbe:

I - lavar e esterilizar vidraria e instrumentos usados na Farmácia;

II - preparar, sob supervisão, soluções anti-sépticas e para limpeza, de fácil manipulação;

III - cortar, esterilizar, encher, fechar, selecionar, contar, rotular e acondicionar os medica-

mentos, sob orientação;

IV - cumprir as determinações de seus superiores;

V - executar a limpeza e a higienização de todos os setores de trabalho da Farmácia, mantendo-os em ordem;

VI - executar tarefas afins, quando o serviço o exigir.

SERVIÇO DE ODONTOLOGIA

DO OBJETO

Artigo 1º - Ao Serviço de Odontologia, chefiado por um cirurgião dentista, compete:

I - realizar a higiene buco-dentária dos pacientes, por solicitação médica;

II - realizar cirurgia buco-maxilo-facial dos pacientes;

III - colaborar com o Corpo Clínico no sentido de lhe propiciar meios para o desempenho adequado de suas finalidades;

IV - colaborar na execução de programas de ensino e de educação sanitária;

DA POSIÇÃO

Artigo 2º - O Serviço de Odontologia é uma dependência técnica, estando seu chefe diretamente subordinado ao administrador.

DAS ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL

Artigo 3º - Ao cirurgião-dentista incumbe:

I - executar todos os atos necessários à coordenação e eficiência de seu serviço;

II - examinar os pacientes que lhe forem encaminhados pelos médicos para consulta;

III - praticar os processos terapêuticos de sua responsabilidade profissional;

IV - prescrever e administrar anestésias troncular, regional e local;

V - instruir os pacientes sobre a higiene da boca e a profilaxia das moléstias estomatológicas em geral.

SERVIÇO DE ENFERMAGEM

DO OBJETO

Artigo 1º - Ao Serviço de Enfermagem, chefiado por um enfermeiro, compete:

I - executar tôdas as atribuições específicas e auxiliares de enfermagem;

II - executar os serviços técnicos auxiliares do Centro Cirúrgico e do Centro Obstétrico, bem como - do Centro de Material Esterilizado;

III - realizar o treinamento do pessoal em serviço;

IV - colaborar na execução dos programas de ensino e de educação sanitária;

V - executar a limpeza e higienização dos locais de trabalho dos serviços médicos ou de enfermagem;

VI - promover, por todos os meios ao seu alcance, a elevação do padrão profissional do seu pessoal;

VII - registrar dados de suas principais atividades.

DA POSIÇÃO

Artigo 2º - O Serviço de Enfermagem é uma dependência técnica do Hospital, estando seu chefe diretamente subordinado ao administrador.

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - O Serviço de Enfermagem compreende:

a) Unidades de Serviço Médico ou de Enfermagem;

b) Unidade de Centro Cirúrgico, de Centro Obstétrico e de Centro de Material Esterilizado;

c) Unidade de Ambulatório.

DA COMPETÊNCIA

Artigo 4º - Às Unidades de Serviço Médico ou de Enfermagem, cabe:

I - assistir aos doentes e acidentados, praticando os atos necessários para lhes proporcionar conforto físico e mental;

II - colaborar com o Corpo Clínico, propiciando-lhe meios para o desenvolvimento adequado de suas atividades;

III - executar as prescrições médicas e determinações do Corpo Clínico;

IV - manter atualizado e em boa ordem o material entregue à sua guarda;

V - colaborar nos programas de educação sanitária.

Artigo 5º - Às Unidades de Centro Cirúrgico, de Centro Obstétrico e de Centro do Material Esterilizado cabe:

I - colaborar com o Corpo Clínico e com os outros setores do Serviço de Enfermagem no sentido de lhes propiciar meios para o desempenho adequado de suas atividades;

II - manter o Centro Cirúrgico, o Centro Obstétrico e o de Material Esterilizado no mais rigoroso asseio e perfeita higiene;

III - empregar a mais perfeita técnica de assepsia, em tôdas as fases de seu trabalho, obedecendo rigorosamente às ordens dos cirurgiões, durante a realização dos atos cirúrgicos;

IV - realizar o expurgo, a inspeção, o preparo, a esterilização, guarda e distribuição do material sob sua responsabilidade, necessário ao Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico e demais serviços do Hospital, mantendo efetivo controle sobre o mesmo;

V - conservar em perfeito funcionamento os aparelhos de esterilização e demais equipamentos do material esterilizado, providenciando controle regular das técnicas de esterilização e de esterilidade do material;

VI - manter atualizado e em ordem o fichário de instrumental e as caixas de instrumentos, de acordo com especificações fornecidas pelo Corpo Clínico;

VII - manter registro escrito e atualizado de tôdas as operações, partos e demais serviços realizados no Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico e Centro do Material Esterilizado.

Artigo 6º - À Unidade de Ambulatório cabe:

I - auxiliar o Corpo Clínico no sentido de

lhe propiciar meios para o desenvolvimento adequado de suas atividades;

II - colaborar nos programas de educação sanitária dos pacientes.

DO PESSOAL

Artigo 7º - O pessoal do Serviço de Enfermagem assim se classifica:

- a) enfermeiro-chefe;
- b) enfermeiro-supervisor;
- c) encarregado de Unidade;
- d) parteira;
- e) auxiliar de enfermagem;
- f) atendente.

Artigo 8º - Compreende-se por:

1) Enfermeiro - A- o portador de diploma expedido no Brasil, por escola oficial ou reconhecida pelo Governo Federal nos termos da Lei 775 de 6 de agosto de 1949;

B) o diplomado por escola estrangeira reconhecida pelas leis de seu país, e que revalidou seu diploma, de acordo com a legislação em vigor;

2) Parteira - a portadora de certificado de parteira, conferido por escola oficial ou reconhecida pelo Governo Federal, nos termos da Lei nº 775;

3) Auxiliar de Enfermagem - o portador de certificado de auxiliar de enfermagem, conferido por escola oficial ou reconhecida, nos termos da Lei nº 775; e

4) Atendente - a pessoa sem preparo formal, que recebe treinamento em serviço, devendo as aulas ser ministradas por enfermeiro categorizado.

DAS ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL

Artigo 9º - Ao enfermeiro-chefe incumbe:

I - chefiar o Serviço de Enfermagem, executando e fazendo executar os atos necessários à sua coordenação e eficiência, assim como à disciplina do pessoal sob sua chefia;

II - fiscalizar a realização das atividades de enfermagem nas diferentes unidades, bem como a ordem, disciplina e limpeza, a fim de que aos pacientes seja proporcionado tratamento rigorosamente recomendado pelas

técnicas da enfermagem, em ambiente higienicamente confortável;

III - fazer cumprir as ordens médicas;

IV - cumprir e fazer cumprir as determinações do administrador;

V - executar e fazer executar o regulamento do Hospital, as instruções, rotinas e ordens de serviço;

VI - estudar com seus auxiliares a padronização das técnicas de trabalho e incentivar o pessoal de seu serviço, visando à melhoria das técnicas e da administração de enfermagem.

Artigo 10 - Ao enfermeiro supervisor compete:

I - fiscalizar a realização das atividades de enfermagem nas diferentes unidades, bem como a ordem, disciplina e limpeza a fim de que aos pacientes seja proporcionado tratamento rigorosamente recomendado pelas técnicas da enfermagem, em ambiente higienicamente confortável;

II - orientar os encarregados de Unidade no sentido de se estabelecer uniformidade de procedimento nas diversas unidades, propondo ao enfermeiro-chefe medidas tendentes à melhoria dos serviços;

III - manter permanente contacto com os encarregados de Unidades, em serviço e em reuniões periódicas, colaborando com eles e com a chefia do Serviço na execução de programas práticos de ensino do pessoal e de educação sanitária dos pacientes das Unidades de Enfermagem e de Ambulatório;

IV - verificar se as determinações médicas estão sendo cumpridas com exatidão, bem como as anotações referentes aos cuidados dos pacientes;

V - incentivar a manutenção de ambiente de cordialidade entre pacientes, seus familiares, médicos e todo o pessoal do Hospital;

VI - cumprir e fazer cumprir as determinações do chefe do Serviço bem como o regulamento, ordens de serviço, instruções e rotinas.

Artigo 11 - Ao encarregado de Unidade incumbe:

I - chefiar a unidade a seu cargo, executando e fazendo executar todos os atos necessários à coordenação e eficiência do serviço, bem como à disciplina

do pessoal;

II - colaborar com o Corpo Clínico nas atividades relacionadas com o cuidado do paciente, com a pesquisa e com o ensino, providenciando o exato cumprimento das determinações e prescrições médicas;

III - executar os tratamentos que por sua natureza ou condições, exijam conhecimentos técnicos maiores, cuidando pessoalmente dos doentes em estado grave;

IV - distribuir as tarefas ao pessoal de sua Unidade, fiscalizando, orientando e auxiliando a execução das mesmas;

V - colaborar com os seus superiores na execução de programas de ensino do pessoal e dos pacientes de sua Unidade;

VI - manter rigorosamente em dia e em ordem, as anotações referentes ao cuidado do paciente e os livros de ocorrências da Unidade;

VII - manter ambiente de cordialidade entre pacientes, seus familiares, médicos e todo pessoal do Hospital;

VIII - implantar as rotinas de trabalho e zelar pelo cumprimento do regulamento, rotinas, instruções e ordens de serviço, bem como das determinações de seus superiores.

Artigo 12 - Ao auxiliar de enfermagem incumbe:

I - receber e cumprir instruções de serviço;

II - verificar as necessidades imediatas dos pacientes, praticando, sob orientação, os atos de enfermagem que estiverem ao seu alcance;

III - manter a higiene dos pacientes;

IV - fazer a distribuição de refeições aos pacientes.

Artigo 13 - Ao atendente incumbe:

I - executar a limpeza e higienização de todas as dependências da Unidade, exceto as que forem atribuídas à Zeladoria;

II - cuidar da higiene dos pacientes, auxiliando-os na manutenção do asseio corporal;

III - fazer a distribuição das refeições aos pacientes;

IV - auxiliar os pacientes a se locomoverem pelas diferentes dependências do Hospital;

V - conferir, enviar e receber da lavanderia, roupa de uso da unidade;

VI - executar outras tarefas que forem determinadas por seus superiores hierárquicos.

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA

DO OBJETO

Artigo 1º - Ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística compete:

I - controlar o movimento dos pacientes no Hospital, desde a sua matrícula até a alta;

II - coligir, ordenar, classificar, guardar e conservar os prontuários médicos, bem como sua documentação gráfica, radiológica e fotográfica;

III - organizar e manter, de acordo com as regras da biblioteconomia, os livros e periódicos científicos do Hospital;

IV - manter perfeito entrosamento com o Cor-Clínico, o Serviço de Enfermagem e os outros serviços do Hospital, visando ao tratamento eficiente dos doentes.

DA POSIÇÃO

Artigo 2º - O Serviço de Arquivo Médico e Estatística é uma dependência técnica do Hospital, estando seu chefe diretamente subordinado ao administrador.

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - O Serviço de Arquivo Médico e Estatística compreende:

a) Setor de Registro Geral;

b) Setor de Arquivo, Estatística e Documenta-

o;

DA COMPETÊNCIA

Artigo 4º - Ao Setor de Registro Geral incumbe:

I - atender aos pacientes que procuram o Hospital, matriculando-os e encaminhando-os ao Ambulatório;

II - internar os doentes matriculados, mediante solicitação médica;

III - informar sobre o estado de saúde e outras ocorrências relativas aos pacientes internados;

IV - atender o público, orientando-o nas suas relações com o Hospital;

V - realizar a seleção econômico-social dos pacientes que procuram o Hospital para consulta, a fim de salvaguardar os interesses da instituição;

VI - manter rigoroso controle da movimentação dos doentes do Hospital.

Artigo 5º - Ao Setor de Arquivo, Estatística e Documentação, incumbe:

I - controlar, conferir, classificar e arquivar os prontuários e outros documentos referentes aos pacientes;

II - elaborar e apresentar dados estatísticos necessários aos estudos de caráter médico e técnico - administrativo;

III - executar fotografias, diapositivos e filmagens, necessários à pesquisa, investigação, aprimoramento do trabalho médico e a outros atos da administração;

IV - registrar, controlar e catalogar os periódicos e livros adquiridos ou recebidos pelo Corpo Clínico.

DAS ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL

Artigo 6º - O chefe do Serviço de Arquivo Médico e Estatística tem por atribuições:

I - dirigir todo o serviço, coordenando suas atividades;

II - cumprir e fazer cumprir o regulamento, rotinas, instruções e ordens de serviço, observando sua execução e sugerindo as medidas que possam melhorar o trabalho;

III - providenciar para que os prontuários sejam completos quanto aos respectivos documentos e anotações e para que sejam mantidos em perfeita ordem.

Artigo 7º - Ao fotógrafo-cinematografista incumbe:

I - realizar trabalhos de filmagem e fotografia destinados à elaboração de documentos científicos, visando ao aprimoramento do ensino, à pesquisa e investigação;

II - reproduzir, ampliar ou reduzir fotograficamente desenhos, material impresso e documentos diversos;

III - executar os trabalhos de laboratório fotográfico;

IV - executar tarefas afins, cumprindo determinações de seu superior.

Artigo 8º - Ao escriturário compete:

I - executar as funções que lhe forem determinadas pelo seu superior bem como cumprir o regulamento, ordens de serviço, rotinas e instruções de serviço;

II - atender com urbanidade o público que procura o Hospital.

SERVIÇO ADMINISTRATIVO

DO OBJETO

Artigo 1º - Ao Serviço Administrativo, chefiado por funcionário com conhecimento de administração, compete:

I - preparar o expediente e executar as atividades de protocolo e arquivo;

II - executar o expediente de pessoal;

III - providenciar as compras e receber, guardar e distribuir o material;

IV - fazer os pagamentos e recebimentos;

V - executar as atividades de contabilidade.

DA POSIÇÃO

Artigo 2º - O Serviço Administrativo é chefiado por um secretário subordinado diretamente ao Administrador do Hospital.

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - O Serviço Administrativo compreende:

a) Secretaria;

b) Almojarifado;

c) Caixa; e

d) Contabilidade.

DAS ATRIBUIÇÕES DO SECRETÁRIO

Artigo 4º - Ao Secretário chefe do Serviço Administrativo incumbe:

I - chefiar o Serviço Administrativo do Hospital executando e fazendo executar todos os atos necessários à sua coordenação e eficiência;

II - executar ou fazer executar as ordens do administrador;

III - estudar com os chefes das seções que lhe são subordinados, normas técnico-administrativas necessárias ao bom funcionamento do serviço;

IV - despachar com o administrador;

V - executar e fazer executar o regulamento do Hospital, rotinas, instruções e ordens de serviço;

IV - estudar com seus subordinados diretos a

padronização de técnicas de trabalho;

VII - fiscalizar a realização das atividades das diferentes secções, bem como a ordem e disciplina;

VIII - chefiar diretamente a secretaria.

SECRETARIA

DO OBJETO

Artigo 1º - A Secretaria chefiada pelo secretário, compete:

I - receber, registrar, distribuir e guardar a correspondência e demais papéis relativos às atividades administrativas do Hospital;

II - preparar o expediente geral do Hospital;

III - manter atualizados os assentamentos relativos à vida funcional dos servidores;

IV - registrar a frequência do pessoal;

V - preparar atestados e certidões relativos ao pessoal;

VI - preparar as fôlhas de pagamento e consignação;

VII - preparar contratos de trabalho;

VIII - colecionar as leis, decretos, regulamentos, portarias, e instruções dos órgãos federais, estaduais e municipais, relacionados com as atividades do Hospital

DA POSIÇÃO

Artigo 2º - A Secretaria integra o Serviço Administrativo, estando diretamente subordinada ao chefe desse Serviço.

DAS ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL

Artigo 3º - Ao escriturário incumbe:

I - redigir e datilografar a correspondência, relatórios e o expediente em geral;

II - elaborar as fôlhas de pagamento e consignações;

III - preparar contratos de trabalho;

IV - verificar o ponto, fazer registros e assentamentos;

V - manter rigoroso contrôlo sôbre os papéis do Hospital;

VI - recortar e colecionar leis, decretos, regulamentos, portarias, instruções e ordens de serviço.

ALMOXARIFADO

DO OBJETO

Artigo 1º - Ao Almojarifado, responsável pela guarda e distribuição de todo o material do Hospital, compete:

- I - providenciar as compras;
- II - receber o material, guardá-lo e distribuí-lo.

DA POSIÇÃO

Artigo 2º - O Almojarifado integra o Serviço Administrativo estando o Almojarife, diretamente subordinado ao chefe daquêlê Serviço.

DAS ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL

Artigo 3º - Ao Almojarife incumbe:

I - chefiar o almojarifado, executando e fazendo executar todos os atos necessários à sua coordenação e eficiência;

II - executar ou fazer executar as ordens superiores;

III - estudar, com seu superior e com os chefes dos serviços técnicos e administrativos a padronização de material necessário ao bom funcionamento do Hospital;

IV - despachar com seu superior hierárquico;

V - fiscalizar a realização das atividades da Secção a seu cargo, bem como a sua ordem, disciplina e limpeza;

VI - orientar seus subordinados na execução de suas tarefas;

VII - estudar as condições do mercado, mantendo a administração informada das flutuações de preço e das épocas mais propícias à compra de determinadas mercadorias;

VIII - providenciar as compras, assim que atingido o estoque mínimo;

IX - manter o contrôlê do material entrado e saído e providenciar para que seja mantida em ordem a documentação comprovante;

X - cumprir e fazer cumprir o regulamento, rotinas, instruções e ordens de serviço.

Artigo 4º - Ao auxiliar de almoxarifado incumbe:

I - cumprir as determinações do almoxarife;
II - datilografar o expediente do almoxarifado;
III - atender e orientar a entrega de material;
IV - auxiliar e executar a recepção de material;

V - manter em ordem e em dia os assentamentos e registros e as fichas de prateleira;

VI - organizar as coleções de comprovantes de entrada e saída de material;

VII - organizar as coleções de catálogos médico-hospitalares;

VIII - comunicar ao almoxarife a chegada das quantidades de material aos limites do estoque mínimo;

IX - substituir o almoxarife em suas faltas e impedimentos e auxiliá-lo em todas as suas atribuições;

X - auxiliar a carga e descarga do material.

CONTABILIDADE

DO OBJETO

Artigo 1º - À Contabilidade compete:

I - contabilizar as operações pertinentes às atividades econômico-financeiras do Hospital;

II - exercer os controles internos referentes à guarda e movimentação de valores e bens de uso e consumo do Hospital;

III - manter registro e controle de contas a receber de pacientes particulares e taxas a receber de pacientes não contribuintes e de outras rendas eventuais;

IV - apurar os custos operacionais e unitários;

V - fornecer elementos para a elaboração dos orçamentos;

VI - elaborar demonstração, balançotes e balanços relativos às atividades do Hospital.

DA POSIÇÃO

Artigo 2º - A Contabilidade integra o Serviço Administrativo, estando o contador subordinado ao chefe desse Serviço.

DAS ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL

Artigo 3º - Ao contador incumbe:

I - chefiar a Contabilidade, distribuindo as tarefas, orientando, coordenando e controlando sua execução;

II - executar e orientar os trabalhos de natureza contábil, relacionados com a situação orçamentária, patrimonial e financeira do Hospital;

III - executar ou fazer executar as ordens do secretário e do administrador;

IV - estudar e propor normas técnicas administrativas necessárias ao bom funcionamento dos serviços;

V - despachar com o secretário;

VI - executar e fazer executar o regulamento do Hospital, rotinas, instruções e ordens de serviço.

Artigo 4º - Ao auxiliar de escritório incumbe:

I - sob a orientação do contador, escriturar as operações contábeis, já modificadas e classificadas;

II - manter em dia o fichário relativo aos bens patrimoniais;

III - fazer o contrôlo dos estoques;

IV - fazer a apuração de custos dos serviços e operações;

V - executar o registro e contrôlo de contas a receber de pacientes contribuintes, e taxas a receber de não contribuintes;

VI - tirar as contas;

VII - preparar o expediente;

VIII - executar as tarefas que lhe distribuir o contador.

CAIXA

DO OBJETO

Artigo 1º - À Caixa compete:

I - proceder aos recebimentos e pagamentos da competência do Hospital;

II - guardar os valores dos pacientes;

III - escriturar, diariamente, o movimento de caixa, enviando-o à Contabilidade.

DA POSIÇÃO

Artigo 2º - A Caixa integra o Serviço Administrativo, estando o caixa diretamente subordinado ao chefe daquele Serviço e sob a fiscalização direta do tesoureiro da Irmandade.

DAS ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL

Artigo 3º - Ao caixa incumbes:

I - efetuar recebimentos de depósitos, contas, taxas e rendas eventuais;

II - efetuar os pagamentos autorizados pelo administrador do Hospital, pelo tesoureiro da Irmandade, ou por aquêles e provedor;

III - prestar contas, diariamente, do movimento que realizar.

IV - receber e entregar os valores dos pacientes

SERVIÇOS GERAIS

DO OBJETO

Artigo 1º - Aos Serviços Gerais, chefiados por um ecônomo, compete:

I - preparar e fornecer dietas gerais e especiais;

II - lavar, passar, consertar e confeccionar a roupa do Hospital;

III - executar a limpeza nos setores não afetos a outros serviços;

IV - operar e zelar pela conservação de caldeiras, elevadores e telefones;

V - zelar pelas instalações;

VI - executar serviços de portaria e de guarda dos edifícios;

VII - providenciar transporte;

VIII - cuidar de hortas e jardins;

IX - zelar pela conservação do Hospital.

DA POSIÇÃO

Artigo 2º - Os Serviços Gerais são chefiados por um ecônomo, diretamente subordinado ao administrador.

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º,- Os Serviços Gerais compreendem:

a) Serviço de Alimentação;

b) Lavanderia, Rouparia e Costura;

c) Manutenção, Conservação e Reparos; e

d) Zeladoria.

DAS ATRIBUIÇÕES DO ECÔNOMO

Artigo 4º-Ao Ecônomo incumbe:

I - chefiar os Serviços Gerais do Hospital executando e fazendo executar todos os atos necessários à sua coordenação e eficiência;

II - executar ou fazer executar as ordens do administrador;

III - estudar com os chefes das seções que lhe são subordinados, normas técnico-administrativas ne-

cessários ao bom funcionamento do serviço;

IV - despachar com o administrador;

V - executar e fazer executar o regulamento do Hospital, rotinas, instruções e ordens de serviço;

VI - estudar com seus subordinados diretos a padronização de técnicas de trabalho;

VII - fiscalizar a realização das atividades - dos diferentes serviços, bem como a ordem e disciplina;

VIII - chefiar diretamente a Zeladoria.

ZELADORIA

DO OBJETO

Artigo 1º - À Zeladoria compete:

- I - executar os serviços de portaria;
- II - guardar os prédios do Hospital;
- III - executar serviços de limpeza;
- IV - executar os serviços telefônicos e de elevadores;
- V - conservar parques e jardins;
- VI - proporcionar meios de transporte;
- VII - fazer controle de insetos e roedores.

DA POSIÇÃO

Artigo 2º - A Zeladoria integra os Serviços Gerais estando diretamente subordinada ao economo.

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - A Zeladoria se compõe de:

- a) Setor de Portaria;
- b) Setor de Limpeza.

DA COMPETENCIA

Artigo 4º - Ao setor de Portaria compete:

- I - guardar as entradas e saídas do Hospital;
- II - informar o público sobre a localização dos diferentes serviços e horários de atendimentos e de visitas;
- III - executar os serviços telefônicos;
- IV - transportar pessoas e cargas nos elevadores;
- V - providenciar consertos nos locais de uso comum;
- VI - providenciar transporte.

Artigo 5º - Ao setor de Limpeza compete:

- I - a limpeza e arrumação dos locais não confiados a outros serviços, já especificados neste Regimento;
- II - a conservação e a limpeza de parques e jardins;
- III - o controle de insetos e roedores;

IV - a execução das mudanças.

DAS ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL

Artigo 6º - Ao motorista incumbe:

I - dirigir os veículos do Hospital, auxiliando a carga e descarga;

II - zelar pela conservação dos veículos, procedendo sua limpeza, lavagem e lubrificação;

III - manter em dia os registros solicitados.

Artigo 7º - Ao telefonista incumbe:

I - receber e providenciar os pedidos de ligação telefônica;

II - zelar pelo cumprimento das disposições sobre uso dos telefones;

III - receber e transmitir recados, em matéria de serviço, para o pessoal do Hospital;

IV - prestar informações.

Artigo 8º - Ao servente incumbe:

I - executar serviços de limpeza;

II - guardar as entradas e saídas do Hospital;

III - fornecer ao público informações sobre os horários de atendimento e localização dos serviços;

IV - executar trabalhos de carga, descarga e mudança;

V - executar trabalhos simples de horta e jardinagem;

VI - executar trabalhos referentes ao controle de roedores;

VII - executar as tarefas que lhe forem determinadas pelo seu superior hierárquico.

SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO

DO OBJETO

Artigo 1º - Ao Serviço de Alimentação compete:

I - preparar e fornecer toda a alimentação geral destinada aos pacientes, acompanhantes e pessoal do Hospital;

II - preparar as dietas especiais determinadas pela nutricionista-consultora para os pacientes internados e de Ambulatório;

III - colaborar com o Corpo Clínico e o Serviço de Enfermagem no sentido de lhes propiciar meios para o desempenho adequado de suas atividades;

IV - executar o treinamento do pessoal em serviço.

DA POSIÇÃO

Artigo 2º - O Serviço de Alimentação é uma dependência dos Serviços Gerais, estando o seu chefe diretamente subordinado ao ecônomo.

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - O Serviço de Alimentação se constitui de:

- a) Setor de Cozinha Geral; e
- b) Setor de Cozinha Dietética.

DA COMPETÊNCIA

Artigo 4º - Ao Setor de Cozinha Geral compete:

I - o preparo de toda alimentação destinada aos pacientes, acompanhantes e empregados;

II - a distribuição dos alimentos às unidades de enfermagem e refeitórios;

III - a limpeza e higienização da louça e utensílios;

IV - o controle da despensa.

Artigo 5º - Ao setor de Cozinha Dietética compete:

I - o preparo das dietas especiais;

II - a distribuição das dietas especiais;

III - o expurgo, preparo, aquecimento terminal

e distribuição de mamadeiras;

IV - a pesagem dos restos das dietas, para efeito de controle;

V - a limpeza de utensílios.

DAS ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL

Artigo 6º - Ao chefe do Serviço de Alimentação incumbe:

I - dirigir o serviço, executando e fazendo executar todos os atos necessários à sua coordenação e eficiência;

II - orientar o rigoroso preparo das dietas especiais prescritas pelos médicos;

III - organizar, com a nutricionista consultora, o cardápio semanal;

IV - controlar as sobras, evitando os desperdícios;

V - implantar as rotinas de trabalho que foram estudadas com a nutricionista consultora;

VI - cumprir e fazer cumprir o regulamento, rotinas, instruções e ordens de serviço;

VII - fiscalizar a observância das regras de higiene dos servidores e da manipulação dos alimentos.

Artigo 7º - À nutricionista consultora compete:

I - acompanhar as visitas médicas;

II - supervisionar a distribuição das dietas prescritas pelos médicos;

III - calcular, as dietas especiais, supervisionando e auxiliando na sua confecção;

IV - modificar a composição de algumas dietas quando convier, ouvido o médico responsável pelo paciente;

V - orientar e instruir os pacientes sobre dietas especiais a serem seguidas depois da alta;

VI - planejar e organizar cardápios para pacientes, acompanhantes e pessoal hospitalar;

VII - orientar as mães, mediante explicações e demonstrações práticas sobre esterilização de vasilhame e preparo de alimentação para nutrízes e lactantes;

VIII - orientar o treinamento do pessoal em serviço;

IX - supervisionar e auxiliar no preparo das

mamadeiras.

Artigo 8º - Cabe ao cozinheiro:

I - preparar, sob supervisão, a alimentação dos pacientes, acompanhantes e pessoal hospitalar;

II - cumprir e fazer cumprir as determinações do superior hierárquico.

Artigo 9º - Cabe ao auxiliar de cozinha:

I - fazer a limpeza de cereais, legumes e frutas;

II - cortar carne, limpar peixes e galináceos;

III - preparar mamadeiras, sucos, cafés e lanches;

IV - executar a limpeza de vasilhames, do equipamento das cozinhas, copas, refeitórios e outros locais de trabalho;

V - cumprir as determinações de seus superiores.

LAVANDERIA, ROUPARIA E COSTURA

DO OBJETO

Artigo 1º - A Lavanderia, Rouparia e Costura, compete:

- I - recolher, distribuir e controlar a roupa;
- II - lavar, secar e passar a roupa;
- III - confeccionar peças novas e consertar as estragadas;
- IV - guardar em ordem a roupa dos pacientes internados.

DA POSIÇÃO

Artigo 2º - A Lavanderia, Rouparia e Costura, integra os Serviços Gerais, estando seu chefe diretamente subordinado ao chefe dêsses Serviços.

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - A Lavanderia, Rouparia e Costura, se compõe de:

- a) Setor de Lavanderia; e
- b) Setor de Rouparia e Costura.

DA COMPETÊNCIA

Artigo 4º - O Setor de Lavanderia tem a seu cargo a execução das seguintes atividades:

- I - recolher a roupa suja das diferentes unidades;
- II - conferir os róis;
- III - separar a roupa para a lavagem;
- IV - lavar, secar e passar a roupa;
- V - entregar a roupa passada ao Setor de Rouparia e Costura.

Artigo 5º - Ao Setor de Rouparia e Costura compete:

- I - receber a roupa lavada e passada, verificando:
 - a) se necessita conserto;
 - b) se deve ser substituída.
- II - guardar a roupa recebida;
- III - distribuir a roupa necessária aos diferentes serviços e unidades de acôrdo com os róis;

- IV - confeccionar peças novas de roupa;
- V - consertar as peças estragadas;
- VI - guardar, ordenadamente, a roupa dos pacientes internados;
- VII - conferir periodicamente, o estoque de roupa dos diferentes serviços e unidades.

DAS ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL

Artigo 6º - Ao chefe da Lavanderia, Rouparia e Costura, incumbe:

I - chefiar os trabalhos da secção, coordenando e controlando sua execução;

II - estabelecer com o chefe dos Serviços Gerais, a prioridade de confecção de roupas;

III - propor ao chefe dos Serviços Gerais a substituição das peças estragadas;

IV - sugerir compra, substituição ou reforma de máquinas e equipamento em geral;

V - estudar com seu superior hierárquico, as normas técnico-administrativas necessárias ao bom funcionamento da secção.

Artigo 7º - Ao Costureiro incumbe:

I - consertar a roupa;

II - cortar e confeccionar peças novas;

III - marcar a roupa.

Artigo 8º - Ao serviçal incumbe:

I - recolher a roupa servida;

II - conferir os róis;

III - pesar a roupa a ser lavada;

IV - trabalhar com as máquinas, de acôrdo com as instruções recebidas;

V - lavar e passar, manual ou mecânicamente;

VI - entregar roupa lavada;

VII - proceder à limpeza e arrumação da secção;

VIII - executar outras tarefas determinadas por seu superior hierárquico.

CONSERVAÇÃO, MANUTENÇÃO E REPAROS

DO OBJETO

Artigo 1º - A Secção de Manutenção, Conservação e Reparos compete:

I - manter em boas condições de funcionamento as instalações elétricas, hidráulicas, de vapor, de comunicações e outras;

II - manter em boas condições de funcionamento as caldeiras, os incineradores, as bombas, os elevadores, o equipamento contra incêndio;

III - reparar máquinas, aparelhos, instrumentos, móveis, utensílios e outras peças de uso do Hospital;

IV - manter em bom estado de conservação os edifícios e dependências do Hospital.

DA POSIÇÃO

Artigo 2º - A Secção de Manutenção, Conservação e Reparos integra os Serviços Gerais, estando seu chefe diretamente subordinado ao economo.

Artigo 3º - A Manutenção, Conservação e Reparos se compõe de:

- a) Setor de Manutenção; e
- b) Setor de Oficinas.

DA COMPETÊNCIA

Artigo 4º - Ao Setor de Manutenção compete:

I - manter em bom estado de funcionamento as caldeiras, providenciando fornecimento adequado de vapor;

II - manter em bom estado de funcionamento todas as instalações do Hospital;

Artigo 5º - Ao Setor de Oficinas compete:

I - reparar os edifícios, máquinas, aparelhos, móveis e utensílios de uso do Hospital;

II - realizar a conservação preventiva dos edifícios, máquinas, aparelhos, móveis e utensílios do Hospital.

DAS ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL

Artigo 6º - Ao encarregado incumbe:

- I - chefiar a Secção, distribuindo as tarefas,

coordenando e controlando sua execução;

II - determinar as prioridades na execução dos trabalhos;

III - estudar as rotinas de serviço e propor melhorias.

Artigo 7º - Ao artífice incumbe:

I - a execução dos serviços próprios de seu ofício;

II - auxiliar o transporte de máquinas, móveis e utensílios a consertar;

III - conservar e guardar máquinas e ferramentas que usa.

Artigo 8º - Ao servente incumbe:

I - ajudar a manter as caldeiras e aparelhos de aquecimento e produção de vapor, em funcionamento;

II - limpar e vistoriar as caldeiras;

III - manter em ordem os registros determinados pelo seu superior imediato;

IV - proceder à limpeza dos locais não confiados aos outros serviços;

V - transportar máquinas, móveis e utensílios a consertar;

VI - executar tarefas determinadas por seu superior hierárquico.

ROTINAS E INSTRUÇÕES DE SERVIÇO

DO AVIAMENTO DE RECEITAS

1 - As receitas prescritas nos ambulatórios serão entregues pelos próprios pacientes, a Farmacia para as necessarias providências.

2 - Sendo a receita passível de cobrança, a Farmácia entregará uma nota de fornecimento em duas vias, ao paciente.

3 - Feito o pagamento à Caixa do Hospital, o paciente, de posse da 2ª via devidamente visada, retirará o medicamento da Farmacia.

4 - As listas de prescrições dos diversos serviços médicos ou de enfermagem serão encaminhadas pelo Serviço de Enfermagem a Farmacia, para necessarias providências até as 12 horas.

5 - As prescrições feitas pelos médicos para pacientes contribuintes serão também encaminhadas pelo Serviço de Enfermagem a Farmacia que emitirá nota de fornecimento em duas vias: numa que acompanha o medicamento e outra que será encaminhada a Contabilidade.

6 - A enfermagem pedirá ao paciente ou ao seu acompanhante que assine a nota de fornecimento que será enviada à Contabilidade.

RELAÇÃO DE PACIENTES

1 - Em t~oda Unidade de Enfermagem, dever~a haver uma Relaç~ao nominal e de localizaç~ao de pacientes internados, para facilidade do Corpo Cl~inico e da encarregada da enfermagem.

2 - Nesta lista constar~ao: o nome do paciente, a data da internaç~ao, o numero de registro, a enfermaria ou quarto, o numero do leito, seu estado de saude, o nome do medico responsavel.

3 - A relaç~ao deve ser mantida atualizada. Para isso os servidores ser~ao orientados no sentido de que sejam feitas modificaç~oes, no momento em que ocorrerem alteraç~oes.

*

RELATÓRIO GERAL

1 - O Relatório Geral tem por objetivo informar, aos servidores da enfermagem que entram em serviço, de todas as ocorrências verificadas no período de trabalho anterior.

2 - Deve ser claro, completo, porém resumido.

3 - É feito pelo enfermeiro-chefe ou seu substituto, no término de cada plantão.

4 - No Relatório deverá constar a relação nominal das internações, altas, óbitos, nascimentos, operações, pacientes em estado grave e os declarados fora de perigo, além de outras ocorrências verificadas no plantão.

*

DO RELATÓRIO DIÁRIO

1,- Terminado o expediente, o encarregado da Farmácia fará reunir tôdas as receitas e pedidos aviados no dia.

2 - As receitas e pedidos serão classificados em 2 grupos:

- a) Unidades de Enfermagem
- b) Ambulatório.

e cada grupo dividido em 2 sub-grupos:

- a) pagos
- b) gratuitos.

3 - Será feita a separação das fórmulas magistrais e dos preparados officinais.

4 - Serão somadas separadamente as quantidades de cada medicamento das fórmulas magistrais bem como dos preparados officinais e os resultados serão lançados no Relatório Diário.

5 - O Relatório será feito em 3 vias, a primeira enviada à Contabilidade, a segunda ao administrador e a terceira via será arquivada na própria Farmácia.

*

REGRAS GERAIS A SEREM SEGUIDAS NOS 3 PERÍODOS DE TRABALHO PELO PESSOAL DE ENFERMAGEM

1 - Apresentar-se ao serviço devidamente uniformizado, dez minutos antes do início do plantão, para responder à chamada.

2 - Ouvir a leitura do relatório do plantão anterior, bem como os fatos explicativos sobre o estado de saúde dos pacientes ou ocorrências variadas.

3 - Executar as tarefas determinadas pelo encarregado da Unidade.

4 - Proporcionar aos pacientes higiene e conforto.

5 - Atender com presteza os pacientes, evitando o toque contínuo das campainhas. Observar com especial cuidado e assiduidade os pacientes graves e operados.

6 - Manter os quartos, enfermarias e demais dependências, limpas e em ordem.

7 - Notificar o encarregado da Unidade sobre qualquer anormalidade.

8 - Fazer o levantamento da roupa da Unidade toda primeira segunda-feira do mês.

9 - Encaminhar todos os pedidos de serviços auxiliares médicos.

10 - Deixar recomendações escritas, quando necessário.

11 - Anotar no Relatório de Enfermagem toda anormalidade referente aos pacientes.

12 - Fazer o Relatório Geral.

ROTINA DO HORÁRIO DA MANHÃ

Pessoal de Enfermagem, exceto o encarregado da Unidade

- 1 - Controlar tóxicos e material, notificando imediatamente o encarregado sobre qualquer anormalidade na contagem.
- 2 - Iniciar o cuidado do paciente, fazendo distribuição de água, sabonete e solução dentifrícia para higiene oral.
- 3 - Preparar o paciente que vai para a sala de operação.
- 4 - Distribuir o café da manhã.
- 5 - Dar banho de leito ou de chuveiro nos pacientes, fazendo diariamente massagem com álcool etílico nas costas dos acamados.
- 6 - Tirar T.P.R. às 8 horas e cada 4 horas, se o paciente tiver mais de 37°,5 ou se houver determinação médica.
- 7 - Fazer o rol da roupa usada e enviá-la à Lavanderia.
- 8 - Distribuir o almoço, alimentar os pacientes, recolher a louça.
- 9 - Observar o horário de repouso dos pacientes, das 12 às 14 horas, exceto nos dias de visita.
- 10 - Receber a roupa da Lavanderia, conferir antes de assinar a gula e guarda-la.
- 11 - Enviar pedidos à Farmácia.
- 12 - Encaminhar altas e avisos de estado grave, etc. ao Registro, obedecendo as respectivas rotinas.

*

ROTINA DO HORÁRIO DA TARDE

Pessoal de Enfermagem, exceto o encarregado da Unidade

1 - Controlar os tóxicos e material do serviço, notificando o encarregado da Unidade sobre qualquer anormalidade na contagem.

2 - Ler o Relatório, visitar os pacientes graves, ao iniciar o serviço.

3 - Tirar T.P.R. de 4 em 4 horas, dos pacientes que tenham apresentado elevação termica ou que tenham sido operados. As 16 horas, tirar T.P.R. de todos os pacientes, em geral.

4 - Quando o paciente que foi internado pelo Registro Geral chegar do Serviço:

a) recebê-lo cordialmente, apresentá-lo aos colegas de quarto ou enfermaria;

b) prestar as informações solicitadas, instruindo o paciente recém-internado sobre os regulamentos do serviço, sobre o uso dos sanitários, mesa-de-cabeceira, etc.

5 - Verificar se o paciente vem com o prontuário médico e respectiva ficha-leito, se já tiver sido tratado no Hospital.

6 - No caso de internação direta, providenciar os impressos necessários para que o Interno ou Residente possa iniciar o prontuario medico.

7 - Notificar o encarregado da Unidade e o médico Interno do Hospital sobre a nova internação.

8 - Fiscalizar as visitas, não permitindo que ultrapassem o tempo regulamentar de permanência no quarto ou na enfermaria; impedi-las que se sentem nas camas, usem sanitarios ou louças dos pacientes.

9 - Auxiliar na distribuição do jantar e dar alimentação aos pacientes que não podem alimentar-se sozinhos.

ROTINA DO HORÁRIO DA NOITE

Pessoal de Enfermagem, exceto o encarregado da Unidade

1 - Ler cuidadosamente o Relatório Geral, a fim de se cientificar das ocorrências havidas.

2 - Rotular e distribuir latinhas e vidros para colheita de material a ser enviado ao Laboratório.

3 - Retirar e arquivar as papeletas que estiverem completas no prontuário médico, colocando novas folhas quando necessário.

4 - Ordenar o prontuário:

a) Quadro Gráfico

b) Evolução clínica - Prescrição médica

c) Relatório de Enfermagem.

5 - Verificar, de 4 em 4 horas, a T.P.R. dos pacientes operados, dos que tiveram febre no plantão anterior e dos que merecerem cuidados especiais.

6 - Limpar e completar o carro de curativos e os da sala de serviço.

7 - Lavar todos os copos.

8 - Anotar os pacientes que serão operados no dia seguinte.

9 - Conferir, com o encarregado da manhã, o material da Unidade, especialmente controlando tóxicos.

10 - Passar o plantão ao encarregado da Unidade, notificando todas as ocorrências.

*

INTERNAÇÃO DE PACIENTES

Quando um paciente fôr internado, as seguintes regras devem ser seguidas:

a) suas roupas serão discriminadas, no impresso: "Rol da Roupa do Paciente" devendo uma cópia ser enviada à Lavanderia, acompanhando a roupa;

b) seus valores e documentos serão anotados e discriminados no envelope "Valores e documentos", que será fechado e, sempre que possível, assinado pelo paciente e por testemunhas;

c) o envelope com os valores será enviado à Caixa para guarda;

d) o prontuário médico será feito pelo interno, caso seja esta a primeira vez que o paciente vem ao Hospital. Se já tiver sido registrado previamente, o seu prontuário deverá ser requisitado do Setor de Arquivo Medico, Estatística e Documentação;

e) a ficha-leito será providenciada pelo Registro Geral;

f) a internação do paciente deverá constar no Censo, no Relatório Geral e na Relação de Pacientes existente em cada serviço.

ENCAMINHAMENTO DE DOENTES PARA EXAME RADIOLÓGICO

1 - O pedido de exame radiológico deverá ser feito pelo médico responsável, através do impresso "Requisição de Exame Radiológico".

2 - A requisição será enviada ao Serviço de Radiologia, a fim de ser marcada a data da realização do exame.

3 - O Serviço de Radiologia informará sobre a necessidade ou não do preparo prévio do paciente para exame, marcando a sua data e horário.

4 - O paciente deverá ser cuidadosamente preparado, a fim de poder se submeter ao exame marcado.

5 - O paciente deverá ser sempre acompanhado por servidor da enfermagem, na sua ida e volta ao Serviço Radiológico.

6 - O pedido de exame radiológico deve ser lançado no Livro de Contrôles.

7 - O "Relatório de Exame Radiológico" será enviado aos Serviços e entregue ao encarregado da Unidade que lançará no Livro de Contrôles o seu recebimento e o reunirá ao prontuário.

*

EXAME • _____

RADIOLOGIA MÉDICA

NOME _____ Nº REGISTRO _____

SERVICO _____ QUARTO OU ENFERMARIA _____

End. To _____

RELATÓRIO

004 _____

Ass. _____

RELATÓRIO DE EXAME RADIOLOGICO

DATA _____

REQUISIÇÃO DE EXAME

Nº EXAME _____

NOME _____

NOME _____ Nº REGISTRO _____

Nº REG. _____

IDADE _____ CÔR _____ NACIONALIDADE _____

SERVIÇO _____

SERVIÇO _____ AMBULATORIO _____ QUARTO OU
ENFERMARIA _____ LEITO _____

HORA DA COLHEITA _____

MATERIAL _____

MATERIAL _____

NATUREZA DO EXAME _____

HORA DA ENTRADA NO LAB. _____

HORA DA COLHEITA _____ HORA DA ENTRADA NO LABORATÓRIO _____

NATUREZA DO EXAME _____

INDICAÇÕES CLÍNICAS _____

DR. _____

DATA _____ DR. _____

DATA _____

OBS.: AS REQUISIÇÕES INCOMPLETAS NÃO SERÃO ATENDIDAS.

REQUISIÇÃO DE EXAME RADIOLÓGICO

NOME _____	NOME _____ Nº REGISTRO _____
Nº REGISTRO _____	IDADE _____ SEXO _____ CÔR _____ ALTURA _____ PÊSO _____
SERVIÇO _____	SERVIÇO _____ AMBUL: _____ QUARTO OU ENFERMARIA _____ LEITO _____
REGIÃO _____	REGIÃO E ESCLARECIMENTOS COMPLEMENTARES _____
_____	DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO _____
OBJETIVO DO EXAME _____	QUEIXA, DURAÇÃO E EVOLUÇÃO DA MOLÉSTIA (RESUMO) _____
_____	OBJETIVO DO EXAME _____
DR _____	OBS. _____
DATA ____/____/____	DATA ____/____/____ DR. _____

PEDIDOS PARA EXAME DE LABORATÓRIO

1 - Os pedidos para exames de laboratório serão feitos no impresso "Requisição de Exame" e encaminhados ao Laboratório.

2 - Quando o exame solicitado se referir a fezes, urina e escarro, o material, colhido pela enfermagem, acompanhará a requisição.

3 - Excetuando-se fezes, urina e escarro, todo material é colhido por servidor do Laboratório ou pelo médico interno do serviço.

4 - O Laboratório informará quais os exames que devem ser feitos em jejum e a enfermagem seguirá a risca a orientação daquele serviço, a fim de evitar perda de tempo e demora para o paciente.

5 - Os resultados de exames serão entregues aos serviços pelos servidores do Laboratório e o servidor da enfermagem os anexará ao prontuário do paciente.

*

PACIENTES EM ESTADO GRAVE

1 - Observando a enfermeira ou parteira que o estado do paciente inspira cuidados especiais, chamará o medico interno, caso o medico responsavel não se encontre mais no Hospital.

2 - Constatando o médico que o estado do paciente é grave, será preenchido o impresso "Aviso de Estado Grave", que será enviado ao Registro para as devidas providências.

3 - A condição do paciente deverá ser anotada na Relação de Pacientes internados e no Relatório Geral.

4 - O impresso "Gráfico de Temperatura" deverá ser preenchido cada 4 horas e a temperatura, pulso, pressão e respiração serão assinalados em todos os relatorios.

5 - No impresso "Relatório de Enfermagem" será anotada a hora em que o paciente foi considerado em estado grave e por qual medico.

6 - No caso de iminência de morte, o médico responsavel ou o interno deve ser convocado para assistir o paciente.

7 - Será permitida visita diária ao paciente em estado grave.

8 - Se o paciente melhorar e o médico o considerar fora de perigo, será enviado ao Registro o impresso "Fora de Perigo" devidamente preenchido e assinado.

9 - A anotação de "estado grave" deverá ser retirada da Relação de Pacientes internados.

10 - Será anotado no Relatório Geral e no Relatório de Enfermagem que o paciente foi considerado fora de perigo.

*

AVISO DE ESTADO GRAVE

NOME _____ Nº REG. _____
SERVIÇO _____ ANDAR _____ QUARTO OU ENFERMARIA _____
DECLARADO EM ESTADO GRAVE ÀS _____ HORAS _____
MÉDICO _____
DATA _____
ENF. CHEFE _____

FÓRA DE PERIGO

NOME _____ Nº REG. _____
SERVIÇO _____ ANDAR _____ QUARTO OU ENFERMARIA _____
MÉDICO _____
DATA _____
ENF. CHEFE _____

AVISO DE ÓBITO

ÀS _____ HORAS

NOME _____

Nº DE REGISTRO _____ IDADE _____ SEXO _____

SERVIÇO _____ ANDAR _____ QUARTO OU ENFERMARIA _____

Nº DO LEITO _____ O ATESTADO FOI PREENCHIDO? _____

MOLÉSTIA DEFINIDA? _____

CASO DE POLÍCIA? _____

VERIFICADO POR _____
(NOME DO MÉDICO)

DATA _____

ENF. CHEFE _____

IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER

NOME _____ SEXO _____

REGISTRO Nº _____ CASO POLÍCIA _____

HORA DO ÓBITO _____ DATA ____/____/____

SERVIÇO _____

ASSIN. DO ENFERMEIRO _____

ÓBITO HOSPITALAR

O óbito no Hospital poderá se dar:

- a) no serviço onde o paciente esteve internado;
- b) na sala de operação.

1 - No caso de óbito no serviço:

a) quando o paciente deixar de respirar, a enfermeira responsável pela unidade chamará o médico, para verificação do óbito;

b) serão preenchidos o impresso "Aviso de Óbito", que será enviado ao Registro, e a etiqueta "Identificação do Cadáver";

c) depois de preparado, o corpo será transportado para o velório;

d) o prontuário e a Ficha-leito serão encaminhados ao Setor de Arquivo Médico e Estatística;

e) o óbito constará no Relatório Geral e no Genso, devendo ser o nome do paciente retirado da Relação de pacientes em estado grave, quando fôr o caso;

f) o leito será preparado para receber novo paciente.

2 - Nos casos de óbito na Sala de Operação:

a) o corpo devidamente identificado será removido para o velório pelos funcionários do Centro Cirúrgico;

b) o "Aviso de Óbito" será preenchido na sala e encaminhado ao serviço onde o paciente estava internado, para as devidas providências;

c) o prontuário será devolvido ao serviço com as anotações completas.

*

AVISOS E ESCALAS DE OPERAÇÕES

1 - Das operações marcadas em cada serviço, o cirurgião deverá mandar o "Aviso de Operação" ao encarregado do Centro Cirúrgico, convenientemente preenchido e assinado;

2 - os "Avisos de Operações" deverão estar em mãos do encarregado do Centro Cirúrgico até às 13 horas da véspera da operação;

3 - operações cujos Avisos forem feitos após essa hora, somente poderão se realizar no dia seguinte, se houver vaga no Centro Cirúrgico;

4 - são dispensadas de aviso prévio as operações de Emergência e as de contribuintes, devendo, neste último caso, o medico fazer comunicação ao Centro Cirúrgico;

5 - o encarregado do Centro Cirúrgico, juntamente com o Chefe do Serviço de Anestesia, de posse dos Avisos de Operações, fara a escala de salas e horarios, que sera comunicada ao Registro, aos serviços e ao Serviço de Transfusão;

6 - essas escalas serão mandadas afixar pelo encarregado do Centro Cirúrgico nos quadros de Avisos Gerais do Hospital;

7 - quando o cirurgião desejar qualquer instrumento ou material especial para determinada operação, deverá anotar no "Aviso de Operação".

8 - o impresso "Anotação de Operação" deverá ser preenchido pela circulante.

*

ANOTAÇÃO DE OPERAÇÃO

NOME _____ Nº REGISTRO _____
 SERVIÇO _____ QUARTO OU ENFERMARIA _____ LEITO _____ AMB _____
 TIPO DE OPERAÇÃO _____
 INICIADA ÀS _____ TERMINADA ÀS _____
 CIRURGIÃO _____ ASSISTENTES _____
 ANESTESIA _____ ANESTÉSICO _____
 ANESTESISTA _____
 INJEÇÕES _____
 FIOS _____
 OUTROS _____
 DATA ____/____/____ CIRCULANTE _____

AVISO DE OPERAÇÃO

ENDER _____ DATA ____/____/____ SALA _____ HORA _____
 NOME _____ Nº REGISTRO _____
 IDADE _____ SEXO _____ SERVIÇO _____ QUARTO OU ENFERMARIA _____ LEITO _____ AMB _____
 TIPO DE OPERAÇÃO _____
 CIRURGIÃO _____
 ASSISTENTE _____
 INSTRUMENTADOR _____
 ANESTESIA _____
 PREPARO DO LOCAL _____
 APARELHOS ESPECIAIS _____
 INSTRUMENTOS ESPECIAIS _____
 TRANSFUSÃO DE SANGUE _____
 CIRURGIÃO _____
 ENFERMEIRO CHEFE _____

AVISO DE ALTA

NOME _____ Nº REG. _____
SERVIÇO _____ ANDAR _____ QUARTO OU ENFERMARIA _____
MOTIVO: _____
ALTA ASSINADA POR: _____
PODERÁ SAIR ÀS _____ HORAS _____ PRECISA DE ACOMPANHANTE? _____
DAR L^{as} RAZÕES _____

DATA _____

ENF CHEFE

ALTA A PEDIDO

DESEJO SAIR DO HOSPITAL CONTRA O PARECER
MÉDICO E DA ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL.
O CORPO CLÍNICO E O HOSPITAL NÃO SERÃO RESPONSÁVEIS
PELOS DANOS QUE ESTA ATITUDE POSSA PROVOCAR SÔBRE
MINHA SAÚDE

TESTEMUNHA _____

TESTEMUNHA _____

DOENTE OU RESPONSÁVEL _____

DATA _____

ALTA HOSPITALAR

1 - A alta hospitalar se dará em duas eventualidades:

- a) por indicação médica; e
- b) a pedido.

2 - Em todos os casos cabe à enfermagem:

a) verificar se a Ficha-leito está totalmente preenchida e se o prontuário está em ordem e completo.

b) preencher o impresso "Aviso de Alta" e enviá-lo ao Registro;

c) se o paciente der alguma informação de maneira a facilitar o aviso à família, anotar no "Aviso de Alta";

d) se o paciente tiver que levar medicamentos, enviar a receita à Farmácia;

e) se houver necessidade de informação específica sobre a alimentação, avisar ao Serviço de Alimentação que o paciente está em alta;

f) se o paciente tiver que voltar ao ambulatório, providenciar para que o "Cartão de Identificação" lhe seja entregue, com a data de retorno assinalada;

g) a alta constará no Relatório Geral e no Censo;

h) o nome do paciente deverá ser retirado da relação de pacientes;

i) será anotada a alta no impresso "Gráfico de Temperatura" e no "Relatório de Enfermagem";

j) na Ficha-leito anotar-se-á a data e a hora de saída do Hospital;

k) a Caixa entregará os valores e documentos ao paciente, devendo este assinar o recibo de quitação;

- (continua) -

- (continuação) -

1) o leito será preparado para aguardar novo paciente

3 - No caso de alta a pedido o paciente assinará o impresso "Alta a Pedido" antes de sair do Hospital, devendo a enfermagem notificar o fato ao médico responsável.

ALTAS DE PACIENTES

1 - Salvo casos excepcionais, tôdas as altas devem ser assinadas pelos medicos, ate as 12 horas.

2 - Cabe aos encarregados das Unidades comunicar ao Registro, imediatamente após a assinatura dos medicos, as altas do dia, em impresso próprio, devendo todos os itens ser preenchidos.

3 - O Registro comunicará as altas aos Serviços de Alimentação, Lavanderia e Contabilidade para as devidas providências.

*

PRESCRIÇÕES MÉDICAS

1 - Todas as ordens e prescrições para tratamento deverão ser feitas por escrito e rubricadas. Todavia, uma ordem poderá ser considerada escrita, uma vez ditada e posteriormente rubricada pelo autor e pelo receptor.

2 - As ordens telefônicas serão escritas e assinadas por quem as recebe, mencionando sempre o nome de quem as ditou, a data e a hora do respectivo recebimento, devendo posteriormente serem ratificadas.

3 - O pessoal de enfermagem não poderá executar prescrições médicas, que não sejam escritas, salvo as constantes nos itens acima.

*

MESAS DE CABECEIRA

1 - As mesas de cabeceira dos quartos e enfermarias são destinadas a conter apenas os objetos de uso pessoal dos pacientes internados, livros ou revistas, toalha, não sendo permitida nelas a existência de qualquer espécie de alimento.

2 - Cabe ao serviço de enfermagem comunicar aos pacientes e seus familiares que esta ordem deve ser rigorosamente cumprida.

*

ARQUIVAMENTO DE PRONTUÁRIOS

1 - O arquivamento de prontuários no Hospital se fará de acordo com o seu número de Registro.

2 - As papeletas dos prontuários serão dispostas e arquivadas na seguinte ordem:

- a) Resumo Clínico;
- b) História Clínica;
- c) Evolução clínica - Prescrição Médica;
- d) Resultados de exames complementares;
- e) Papeleta de anestesia;
- f) Relatório de operação;
- g) Gráfico de temperatura;
- h) Relatório de enfermagem.

*

AMBULATÓRIO - PEQUENA CIRURGIA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO

ACTIVA E DURAÇÃO

NOTÍCIA DA M. DO DOENTE

ANACRÓSTICOS NOVOS E HEREDITÁRIOS

ESTADO FÍSICO

EXAME PRÉ-OPERATÓRIO

TRATAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

OPERADOR	ASSISTENTES		
INSTRUMENTADOR	ANESTESISTA	ANESTÉSIA	
ANESTÉSICO	QUANTIDADE	INÍCIO	FIM
NOTAS DURANTE A ANESTESIA			
OPERACÃO	DATA	INÍCIO	FIM

MED. CASO

DESCRIÇÃO DA OPERACÃO

EXAMES COMPLEMENTARES

AMBUL. OU SERVIÇO

NOME _____	Nº _____
SERVIÇO AMBUL. _____ EXAME Nº _____ SERVIÇO _____	
NOME _____ REGISTRO _____	
EXAME DE URINA-REAÇÃO _____ DENSIDADE _____ ALBUMINA _____ GLICÓSE _____ ACETONA _____ SEDIMENTO _____	
EXAME HEMATOLOGICO-GLOBULOS VERMELHOS _____ GLOBULOS BRANCOS _____ HEMOGLOBINA _____ VALOR GLOBULAR _____ TEMPO DE SANGRAMENTO _____ TEMPO DE COAGULAÇÃO _____	
OUTROS EXAMES _____ _____	
OBSERVAÇÕES:	
ROTINA PRÉ-OPERATÓRIA	ASS. _____ DATA _____
EXAME BACTERIOLÓGICO	ASS. _____ DATA _____
EXAME DE FEZES	ASS. _____ DATA _____
EXAME QUÍMICO DO SANGUE	ASS. _____ DATA _____
CONTAGEM GLOBAL-EXAME HEMATOLOGICO	ASS. _____ DATA _____
LIQUIDO CÉFALO-RAQUIDEANO	ASS. _____ DATA _____
EXAME DE URINA	ASS. _____ DATA _____
EXAMES DIVERSOS	ASS. _____ DATA _____
REAÇÕES SOROLÓGICA PARA SÍFILIS	ASS. _____ DATA _____
EXAME HEMATOLOGICO COMPLETO	ASS. _____ DATA _____

MATRÍCULA E CONSULTA DE PACIENTES QUE PROCURAM O HOSPITAL PELA PRIMEIRA VEZ

I - REGISTRO GERAL :

1. Escreve a tinta o nome do paciente no "Cartão de Identificação". Consulta o Fichário Nominal de Registro para verificar se não foi registrado anteriormente;

2. coloca no "Cartão de Identificação" um número de Registro que será sempre o mesmo, independente do número de vezes que vier ao Hospital para consulta;

3. faz a seleção médica do paciente, lançando no "Cartão de Identificação" o código correspondente ao Serviço para o qual será destinado;

4. preenche a matriz da "Ficha de Registro", fazendo a seleção econômico-social do paciente;

5. encaminha a Ficha para o encarregado da máquina copiadora, que executará as cópias de identificação nos seguintes impressos:

- a) "Cartão de Identificação";
- b) "Resumo Clínico" do prontuário;
- c) "História Clínica" ou "Pequena Cirurgia";
- d) Envelope.

6. entrega ao paciente o "Cartão de Identificação" e o Envelope contendo a Papeleta de "História Clínica" ou de "Pequena Cirurgia" e "Resumo Clínico";

7. encaminha o paciente ao médico, juntamente com o Envelope;

8. arquiva a Ficha Matriz de Registro por ordem alfabética do sobrenome, no Fichário Nominal de Registro, após serem seus dados copiados no "Livro de Registro";

9. após a consulta:

- a) arquiva o envelope por ordem numérica de Registro;
- b) envia o prontuário ao Serviço correspondente, em caso de internação;
- c) lança a data de retôrno no Livro de Ambulatório.

II - O MÉDICO:

1. atende o doente e preenche o seu prontuário;
2. após o exame:
 - a) requisita, quando necessário, os exames complementares de diagnóstico, preenchendo os impressos correspondentes;
 - b) faz a prescrição médica;
 - c) preenche a papeleta de Receituário;
 - d) preenche o Pedido de Internação se o caso assim o exigir;
 - f) dá alta ao paciente.

INSTRUÇÕES AOS REGISTRANTES

1. O nome do paciente e seu número de Registro devem constar em todos os impressos que forem usados pelo ou para o paciente. O máximo cuidado deve ser tomado para que esta rotina não seja desvirtuada.

2. Qualquer engano deve ser comunicado à chefia, que procederá às devidas correções em todos os impressos.

3. A seleção médica é uma indagação sucinta da queixa apresentada pelo paciente, a fim de que o seu encaminhamento ao ambulatório seja o mais correto possível.

FICHA DE REGISTRO

NÚMERO	DATA	SERVIÇO	REGISTRANTE			HORA
NOME			FILHO	DOR TOTAL	DOR PARCIAL	
RACIONALIDADE - DATA E LUGAR DE NASCIMENTO			PROFISSÃO			
TRADE	SEXO	E. CIVIL	CÔR	RELIGIÃO	EMPREGADOR	
RESIDÊNCIA			ENDEREÇO			
ESTADO			DESENHO MENOR			
NOME DO PAI			TOTAL DE VENC. DOS ANTERIORES			
NOME DA MÃE			EMPREGADO - TEMPO		PORQUE BENI? QUAIS? QUANT?	
NOME DO CÔNJUGE			É PAGO DE INT. DE PROVISÓRIAS? QUANT?			
Pessoa a ser notificada			PAG PARTE DE ANT. BENEFICENTES? QUANT?			
ENDEREÇO -			ENVIADO POR:			
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO						
SERVIÇO						
INTER- NAÇÃO						
ALTA						

DEVERÁ VOLTAR EM:

OBS

RESULTADO

TRATAMENTO

DIAGNÓSTICO

OBSERVAÇÕES

O DOENTE SÓ SERÁ ATENDIDO NO DIA MARCADO PARA CONSULTA. SÓ SE EFETUARÁ A CONSULTA MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DESTA. A PERDA OU EXTRAVIO DO MEMMO, IMPLICA NO PAGAMENTO DE CR\$ 10,00 PARA AQUISIÇÃO DE UM NOVO.

DEVOLVER ESTE CARTÃO AO AMBULATÓRIO QUANDO TERMINAR O TRATAMENTO.

HORÁRIO:
08h 30' a 9h 30'

IDENTIFICAÇÃO

NOME		DATA		SERVIÇO	
NOME					
RESIDÊNCIA - RUA E LUGAR DO RESIDENCIO					
TÍTULO	SEXO	S. CIVIL	CDR	RELIGIÃO	
RESIDÊNCIA			ESTADO		
NOME DO PAI					
NOME DA MÃE					
NOME DO CONJUGE					
Pessoa a qual se refere					
ENDEREÇO					
DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO					

SERVIÇO

DATA DO TÓRNO							
---------------	--	--	--	--	--	--	--

SERVIÇO

DATA DO TÓRNO							
---------------	--	--	--	--	--	--	--

SERVIÇO

DATA DO TÓRNO							
---------------	--	--	--	--	--	--	--

SERVIÇO

DATA DO TÓRNO							
---------------	--	--	--	--	--	--	--

4. Todo paciente que deixar de comparecer ao ambulatório por mais de 60 dias, além da data marcada, deve receber alta por abandono de tratamento.

*

MATRÍCULA E CONSULTA DE PACIENTES
QUE PROCURAM O HOSPITAL PELA 1ª VEZ

Agentes	Servidor do Registro Ge- ral	Médico
<p>Operações</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Escreve a tinta o nome do paciente no "Cartão de Identificação", consulta o Fichário Nominal do Registro para verificar se não foi registrado anteriormente; 2. coloca no "Cartão de Identificação" um número de Registro que será, sempre o mesmo, independente do número de vezes que vier ao Hospital para consulta; 3. faz a seleção médico do paciente, lançando no "Cartão de Identificação", o código correspondente ao serviço para o qual será destinado; 4. preenche a Matriz da "Ficha de Registro" fazendo a seleção econômica social do paciente; 5. encaminha a Ficha para o encarregado da máquina copiadora, que executará as cópias de identificação nos seguintes impressos: <ol style="list-style-type: none"> a) "Cartão de Identificação"; b) "Resumo Clínico"; c) "História Clínica" ou "Pequena Cirurgia"; d) Envelope. 6. entrega ao paciente o "Cartão de Identificação" e o Envelope contendo papuleta de "História Clínica" ou de "Pequena Cirurgia" e o "Resumo Clínico". 		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Atende o doente e preenche o seu prontuário; 2. após o exame: <ol style="list-style-type: none"> a) requisita, quando necessário, os exames complementares de diagnóstico, preenchendo os impressos correspondentes; b) faz a prescrição médica; c) preenche a papuleta de "Recitativo"; d) preenche o "Pedido de Internação" e o caso assim o exigir; e) dá alta ao paciente. 		

SELEÇÃO ECONÔMICO-SOCIAL

1 - Denomina-se seleção econômico-social o estudo da situação econômico-social do indivíduo, de modo a evitar que pacientes que podem custear suas despesas de tratamento sejam tratados gratuitamente no Hospital.

2 - A classificação econômico-social tem por fim estabelecer um plano de pagamento, de acordo com as condições de cada paciente.

3 - Nesta base, os pacientes são divididos em tipos:

Tipo A - Indigente - É o paciente sem renda alguma, que geralmente vive às expensas de terceiros ou de caridade pública ou ainda depende de obra de assistência social.

O indigente tipo A, não possuindo recursos de espécie alguma, necessita geralmente que o Hospital lhe forneça gratuitamente desde a consulta até os medicamentos indicados para o tratamento.

Tipo B - Indigente Hospitalar - É o paciente que não pode pagar o tratamento médico-hospitalar. Estão incluídos nesta classe os pacientes cuja situação econômica lhes permite levar uma vida normal, mas, se acometido de molestia, não possuem reserva econômica para custear o tratamento.

O indigente hospitalar poderá colaborar com o hospital pagando, total ou parcialmente, o medicamento, os exames complementares para elucidação de diagnóstico (laboratório, raios-X) o tratamento fisioterápico e outros

Tipo C - Os pacientes deste tipo são contribuintes que podem indenizar o hospital das despesas efetuadas com o seu tratamento, com uma determinada importância que não desajuste o seu orçamento.

Tipo D - É o paciente cuja situação econômica ou social permite pagar o custo integral do tratamento. Incluem-se neste grupo os pacientes contribuintes de Instituições de Previdência.

MATRÍCULA E INTERNAÇÃO DE PACIENTES

1 - Nenhum paciente poderá ser examinado no ambulatório, excluindo os casos de emergência, sem que esteja registrado no Hospital.

2 - Em caso de internação, cabe ao médico que atendeu o paciente preencher o "Pedido de Internação".

3 - Nenhum paciente poderá ser internado sem que seja acompanhado da respectiva "Ficha de Internação".

4 - Todas as papeletas relativas ao prontuário do paciente deverão ser fornecidas pelo serviço em que o mesmo fôr internado.

*

INTERNAÇÃO DE PACIENTES PELO REGISTRO GERAL

I - Ambulatório:

O médico:

1. Preenche o "Pedido de Internação";
2. completa o prontuário.

II - Registro Geral:

1. Recebe o "Pedido de Internação";
2. localiza a enfermaria ou quarto e leito em que será acamado o paciente;
3. faz a ficha de Internação, em 4 vias, enviando-as:
 - a- à Unidade de Enfermagem onde o Paciente vai ser internado - "Ficha-Leito";
 - b- ao Fichário de Informações sobre doentes - "Informações";
 - c- ao Pannel de Internações - "Internações";
 - d- à Contabilidade;
4. providencia a assinatura do paciente, do responsável e da testemunha, no impresso "Permissão para Operação";
5. encaminha o paciente para a Unidade de Enfermagem correspondente;
6. envia o prontuário do paciente à Unidade de Internação;
7. lança no "Livro de Internações" a nova internação;
8. orienta os acompanhantes sobre os dias de visita, entregando-lhes o "Cartão para visitantes";

9. lança na "Ficha de Registro" a data da internação e respectivo serviço;
10. notifica a internação ao Serviço de Alimentação.

III - Enfermagem:

1. Recebe o paciente e faz a sua higiene corporal, vestindo-lhe a roupa do Hospital, acomodando-o;
2. inicia o "Relatório de Enfermagem";
3. preenche o impresso "Gráfico de Temperatura", no que se refere a temperatura, pulso, respiração, peso e pressão;
4. arrola e coloca os valores e documentos em envelope, fecha-o com testemunhas e assina-o, providenciando a assinatura do paciente e da testemunha, encaminhando-o a Caixa para guarda;
5. envia o envelope à Caixa, acompanhado de recibo de entrega em duas vias;
6. arquiva a 2ª via, rubricada pelo servidor que recebeu o envelope;
7. faz o rol da roupa do paciente, em duas vias, enviando-a acompanhada da 2ª via, a lavanderia;
8. junta ao prontuário os impressos de rotina usados no Serviço;
9. chama o interno encaminhando-lhe o prontuário;
10. afixa a "Ficha-Leito" no leito do paciente;
11. lança a internação na "Relação de Pacientes" e no "Relatório Geral".

IV - Corpo Clínico:

O médico interno:

1. Examina o paciente, completando o prontuário;

FICHA DE INTERNAÇÃO
INFORMAÇÕES

NOME
NÚMERO
E
ENDEREÇO
DO
DOENTE

INTERNAÇÃO	HORA	SERVIÇO	QUARTO OU ENFERMARIA	ALTA	HORA
------------	------	---------	-------------------------	------	------

ESCREVA ABAIXO O NOME E NÚMERO DO DOENTE, E NÚMERO DA ENFERMARIA OU QUARTO

FICHA DE INTERNAÇÃO
CONTABILIDADE

... TA FICHA A CONTABILIDADE QUANDO O DOENTE FOR INTERNADO

ALTA

PEDIDO DE INTERNAÇÃO

NOME _____ SEXO _____ NR REC. _____

O _____ SERVIÇO _____

COM URGÊNCIA _____ SEM URGÊNCIA _____

DIA...NÓTIÇO PROVISÓRIO _____

REGIME ALIMENTAR _____

DATA _____

ASSINATURA DO MÉDICO _____

FICHA DE INTERNAÇÃO

FICHA - LEITO

ENVIAR ESTA FICHA AO ARQUIVO DA CLÍNICA QUANDO O DOENTE TIVER ALTA

NOME
NÚMERO
E
ENDEREÇO
DO
DOENTE

ADMISSÃO

HORA

SERVIÇO

QUARTO OU
ENFERMARIA

ALTA

HORA

CARTÃO PARA VISITANTES

1	PACIENTE _____	31
2	NR _____ SERVIÇO _____ ANDAR _____ QUARTO OU ENFERMARIA _____	30
3		29
4	TEMPO EM VISITA SEM ESTAR DO PACIENTE, SOLICITAMOS À VISITA NÃO PERMANECER MAIS DE 15 (QUINZE) MINUTOS JUNTO DO LEITO.	28
5	NÃO É PERMITIDA A ENTRADA DE CRIANÇAS	27
6	ANTES DE VISITAR O PACIENTE PASSE PELO REGISTRO GERAL.	26
7	ESTE CARTÃO DEVERÁ SER DEVOLVIDO AO REGISTRO QUANDO O PACIENTE TIVER ALTA	25
8		24
	9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	

PERMISSÃO PARA OPERAÇÃO

AUTORIZO O CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL
A PRATICAR QUALQUER OPERAÇÃO, ANESTESIA OU TRANSFUSÃO

OUTROSSIM, RESPONSABILIZO-ME PELA SUA RETIRADA, IMEDIATAMENTE
APÓS A NOTIFICAÇÃO DE SUA ALTA

_____ DE _____ DE 19____

RESPONSÁVEL

DOENTE

TESTEMUNHA

2. requisita os exames complementares, quando necessarios;
3. prescreve.

V - Lavanderia:

1. Recebe a roupa do paciente;
2. confere o rol com a roupa enviada;
3. faz a sua higienização e providencia a sua guarda;
4. lança no Livro de Contrôlê a internação do paciente, anotando a data, nome, numero de registro e a clínica de internação.

VI - Caixa:

1. Recebe e deposita no cofre o envelope contendo os valores e documentos;
2. passa recibo à enfermagem do que recebeu, arquivando uma via;

VII - Serviço de Alimentação:

1. Providencia a dieta para o paciente, de acôrdo com o regime alimentar prescrito pelo medico.

INTERNAÇÃO DE PACIENTES

Agentes	Médico do ambulatório	Servidor do Registro Geral	Servidor da Enfermagem	Médico interno
Operações 1. Preenche o "Pedido de Internação"; 2. completa o prontuário.	●			
1. Recebe o "Pedido de Internação"; 2. localiza a enfermaria ou quarto e leito em que será acamado o paciente; 3. faz a "Ficha de Internação", em 4 vias, enviando-as; a) a unidade de enfermagem onde o paciente vai ser internado; b) ao "Fichário de Informações" e sobre doentes (Informações); c) ao Pannel de Internações (Internações); d) a Contabilidade. 4. providencia a assinatura do paciente, do responsável e da testemunha no impresso "Permissão para Operação, Anestesia ou Transfusão"; 5. encaminha o paciente para a Unidade de Enfermagem correspondente; 6. envia o prontuário do paciente a Unidade de Enfermagem, correspondente.	●			
1. Recebe o paciente e faz a sua higiene corporal, vestindo-lhe a roupa do Hospital e acomodando-o; 2. inicia o "Relatório de Enfermagem"; 3. preenche o "Gráfico de Temperatura" no que se refere a temperatura, pulso, respiração, peso e pressão; 4. arrola e coloca os valores e documentos em envelope, fecha-o, com testemunhas e o assina, providenciando a assinatura do paciente e da testemunha, encaminhando-o a Caixa para guarda; 5. envia o envelope a Caixa, acompanhando de recibo de entrega em duas vias; 6. faz o rol de roupa do paciente, em duas vias e a envia, acompanhada da 2ª via a lavanderia; 7. junta ao prontuário os impressos de rotina usados na clínica; 8. chama o interno, encaminhando-lhe o prontuário.			●	
1. Examina o paciente, completando o prontuário; 2. requisita os exames complementares quando necessários; 3. prescreve.				●

REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS AUXILIARES

Pacientes de Ambulatório

I - Corpo Clínico:

1. O médico preenche e assina a Requisição de Serviço Auxiliar e a entrega ao paciente;
2. anota na papeleta "Evolução Clínica - Prescrição Médica" o pedido de requisição do Serviço;
3. prescreve, de acordo com o resultado do exame solicitado.

II - Enfermagem:

1. Encaminha o paciente, munido da Requisição, ao Serviço Auxiliar Médico;
2. apresenta o resultado ao médico.

III - Serviço Auxiliar Médico:

1. Recebe a requisição;
2. marca hora e data para exame ou entrega de material;
3. entrega ao paciente o material necessário para a colheita quando for o caso;
4. instrui o paciente, se houver necessidade de preparo prévio para o exame;
5. executa o exame;
6. lança os dados no impresso "Resultados de Exames Complementares";
7. encaminha o resultado ao ambulatório requisitante;
8. arquiva a cópia do resultado do exame;
9. faz o movimento do Serviço.

(continua)

(continuação)

IV - Ambulatório:

1. Recebe o resultado do exame complementar;
2. anexa o resultado ao prontuário.

ALTA DE PACIENTE

I - Corpo Clínico:

O medico:

1. completa o prontuário, instrui o paciente quanto ao tratamento a ser continuado;
2. notifica à enfermeira que o paciente está em alta;
3. preenche a "Ficha-Leito".

II - Enfermagem:

A. das Unidades:

1. Preenche e envia o "Aviso de alta" ao Registro Geral;
2. notifica a alta ao Serviço de Alimentação;
3. envia à Farmácia receita para medicamentos que o paciente tiver que levar;
4. verifica se a "Ficha-Leito" está preenchida e a arquiva;
5. verifica se o prontuário está completo, ordenado e o envia ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
6. se o prontuário ou "Ficha-Leito" não estiverem completos, devolve ao medico para completá-los;
7. veste o paciente e aguarda a ordem do Registro para a sua saída;
8. acompanha o paciente à Caixa, para o recebimento de valores;
9. acompanha o paciente até o Registro, entregando-o à família.

III - Registro Geral:

1. recebe o "Aviso de Alta";
2. anota no "Fichário de Informações" a solicitação de alta;
3. notifica à família, quando for o caso, que o paciente está em alta, anotando na "Ficha de Internação" as providências tomadas;

4. solicita a roupa do paciente à Lavanderia;
5. comunica a alta à Contabilidade;
6. avisa a Unidade de Enfermagem que a família está esperando o paciente;
7. entrega os medicamentos ao paciente;
8. anota a alta, hora de saída, nome e grau de parentesco do acompanhante, quando se tratar de menor;
9. arquiva a "Ficha de Internação";
10. retira a "Ficha de Internação" do Painel de Internação, anexando-a à Ficha do Fichário de Informações, para arquivamento;
11. anota a alta na "Ficha de Registro", arquivando-a;
- 12 - lança a alta no "Livro de Altas e Óbitos";

IV - Farmácia:

1. Recebe a receita e providencia os medicamentos;
2. envia os medicamentos ao Registro Geral;
3. anota os medicamentos fornecidos.

V - Caixa:

1. Entrega ao paciente o envelope com os seus valores, realizando a devida conferência, em sua presença;
2. recebe e arquiva o documento de entrega do envelope devidamente visado.

VI - Serviço de Alimentação:

1. Recebe o "Aviso de Alta" da enfermeira;
2. retira e inutiliza a ficha do paciente;
3. retira o nome do paciente do movimento do Serviço.

VII - Setor de Arquivo, Estatística e Documentação:

1. Recebe o prontuário médico;
2. classifica os diagnósticos e operações;
3. lança na "Ficha Etiológica" e na de "Operação" os dados correspondentes;
4. arquiva o prontuário pelo número de registro do paciente;
5. inclui os dados do paciente nos diversos movimentos estatísticos.

RELATÓRIO DIÁRIO DO MOVIMENTO DE DOENTES

	DIA DE DE 19		TOTAL DO DIA	TOTAL PROGRESSIVO GERAL 19
	DO DIA	REGISTRO GERAL ANTERIOR		
REGISTRADOS				
AMBULATORIO				
INTERNACÖES				
MASCIMENTOS				
ALTAS				
OBITOS				
OPERACÖES				
LEITOS OCUPADOS DOENTES EM ESTADO GRAVE				

CHEFE

ALTA DE PACIENTES

Agentes	Médico	Servidor de Enfermagem	Servidor de Registro	Lavanderia	Farmácia	Caixa
Operações 1. Completa o prontuário, instrui o paciente, quanto ao tratamento a ser continuado; 2. notifica a enfermeira que o paciente está em alta; 3. preenche a "Ficha-Leito".	●					
1. Preenche e envia o "Aviso de Alta" ao Registro Geral; 2. envia à Farmácia, receita para medicamentos que o paciente tiver que levar.	●					
1. Recebe o "Aviso de Alta"; 2. notifica a família, quando for o caso, que o paciente está em alta, anotando na "Ficha de Internação" as providências tomadas; 3. solicita a roupa do paciente à Lavanderia; 4. comunica a alta à Contabilidade; 5. avisa a Unidade de Enfermagem que a família está esperando o paciente.			●			
1. Envia a roupa ao Serviço.				●		
1. Recebe a receita e providencia os medicamentos; 2. envia os medicamentos ao Registro Geral.					●	
1. Feste o paciente e aguarda a ordem do Registro para sua saída; 2. acompanha o paciente a Caixa, para o recebimento de valores; 3. acompanha o paciente até o Registro entregando-o à família.			●			
1. Entrega ao paciente o envelope com os seus valores, realizando a devida conferência, em sua presença.						●
1. Entrega os medicamentos ao paciente; 2. anota a alta, hora de saída, nome e grau de parentesco do acompanhante, - quando se tratar de menor.				●		

ÓBITOS DE PACIENTES

I - O Corpo Clínico:

O médico:

1. verifica o óbito e assina o "Aviso de Óbito";
2. completa o prontuário médico;
3. preenche o "Atestado de Óbito" em três vias;
4. completa a "Ficha-Leito".

II - Enfermagem:

1. Envia o "Aviso de Óbito" e duas vias do Atestado de Óbito ao Registro Geral;
2. coloca no pulso do cadáver a "Ficha de Identificação";
3. prepara e veste o cadáver;
4. envia o cadáver para o velório;
5. envia o prontuário ao Arquivo Médico e Estatística;
6. arquiva a "Ficha-Leito"

III - Registro:

1. Recebe o "Aviso de Óbito" e chama a família;
2. solicita por telefone, da lavanderia, a roupa do cadáver;
3. entrega à família o Atestado de Óbito;
4. entrega os valores do paciente à família, solicitando quitação;
5. lança a ocorrência na "Ficha de Registro" e no "Livro de Altas e Óbitos";
6. notifica o Serviço de Alimentação e a Contabilidade;
7. entrega a quitação do recebimento de valores pela família a Caixa.

(continua)

IV - Lavanderia:

1. Envia a roupa ao Serviço;
2. dá baixa no Livro de Contrôlo.

V - Serviço de Alimentação:

1. Retira a ficha do paciente e a inutiliza;
2. retira o nome do paciente da relação de doentes internados.

VI - Setor de Arquivo, Estatística e Documentação:

1. Recebe o prontuário médico;
2. classifica a doença e a causa da morte;
3. classifica as operações;
4. lança na "Ficha Etiológica" e na de "Operação" os dados correspondentes;
5. arquivava o prontuário no arquivo de Óbitos;
6. inclui os dados do prontuário nos movimentos estatísticos.

Observação: Quando o óbito se der antes do exame médico se processar e antes do paciente ser registrado, não deverá ser computado como obito hospitalar.

*

VISITAS A DOENTES CONTRIBUINTES

1 - A fim de que não seja perturbado o serviço de assistência médica e de enfermagem, bem como a higienização, conforto, repouso e bem estar dos pacientes, os contribuintes só poderão receber visitas das 15 às 20 horas, diariamente.

2 - Fora desse horário, somente poderá permanecer junto ao paciente o seu acompanhante. Quando se tratar de caso grave ou desesperador, serão permitidas a qualquer hora, com consentimento expresso do médico assistente, as visitas e a permanência de parentes e amigos.

3 - É proibida a entrada, como visita, de menores de 12 anos.

PRONTUÁRIOS DE PACIENTES

1 - Só poderá ter vistas aos prontuários médicos o médico responsável, os funcionários do Serviço de Arquivo Médico e Estatística, de Enfermagem, o Chefe do Corpo Clínico e aqueles que por determinação escrita do Chefe do Serviço tenham necessidade de examinar os referidos prontuários.

2 - Não é permitida a saída de prontuários médicos do Serviço de Arquivo Médico e Estatística para estudo, sem requisição assinada pelo médico interessado.

3 - Quando um médico desejar estudar prontuários de pacientes de outros Serviços, deverá obter consentimento escrito dos respectivos responsáveis.

4 - Uma simples consulta a um prontuário poderá ser feita pelo médico de um Serviço, sem necessidade de requisição.

5 - Somente por determinação judicial poderá ser retirado do Hospital um prontuário médico.

*

FLUXO DE PACIENTES

Operações \ Agentes	Médico	Servidor da Enfermagem	Servidor do Registro Geral	Lavanderia
<ol style="list-style-type: none"> 1. Verifica o óbito e assina o "Aviso de óbito"; 2. completa o prontuário médico; 3. preenche o "Atestado de óbito" em três vias; 4. completa a "Ficha-Leite". 	●			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Envia o "Aviso de óbito" e duas vias do "Atestado de óbito" ao Registro Geral; 2. coloca no pulso do cadáver a "Ficha de Identificação". 		●		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Recebe o "Aviso de óbito" e chama a família; 2. solicita por telefone, da lavanderia a roupa do cadáver. 			●	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Envia a roupa ao Serviço. 				●
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prepara e veste o cadáver; 2. envia o cadáver para o Velório. 		●		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrega à família o "Atestado de óbito"; 2. entrega os valores do paciente à família, solicitando quitação; 3. notifica o serviço de Alimentação e Contabilidade. 		●		

INTERNAÇÃO DE CONTRIBUINTES

1 - Somente poderão internar contribuintes os médicos do Corpo Clínico ou os que forem credenciados.

2 - Os pacientes ambulantes entrarão no Hospital pela porta principal, devendo ser atendidos por servidor do Registro, que preencherá as Fichas de Registro e de Internação.

3 - Selecionado o quarto e feito o depósito exigido pela administração, o caixa convocará o servidor de enfermagem para acompanhar o paciente aos seus aposentos.

4 - O Registro tomará providências para que o médico assistente do paciente seja imediatamente notificado de sua internação.

*

EXPEDIÇÃO DE CORRESPONDÊNCIA

1 - Quando a correspondência expedida fôr entregue em mãos, sera registrado em livro de protocolo o numero do expediente e, quem recebê-la, assinará o competente recibo.

2 - Quando a correspondência fôr expedida pelo correio, sera relacionada em lista, que sera visada por servidor daquela repartição.

3 - A lista de correspondência postada no correio sera arquivada em pasta propria por ordem cronologica.

*

PERMANÊNCIA DE PACIENTES NO HOSPITAL POR MAIS DE 15 DIAS

1 - O Serviço de Arquivo Médico e Estatística deverá enviar quinzenalmente ao administrador a relação de pacientes internados há mais de 15 dias, com o respectivo diagnóstico.

2 - O administrador entender-se-á com o diretor clínico a respeito, e este se entrosará diretamente com o médico responsável, para que lhe seja explicada a causa da permanência prolongada.

3 - Os casos, cuja justificativa da longa permanência não for plausível, serão levados ao conhecimento do C.T.

*

PRONTUÁRIOS DE PACIENTES CONTRIBUINTES

1 - O Corpo Clínico do Hospital deverá preencher o prontuário médico dos pacientes contribuintes, da mesma forma como o faz com o dos doentes não contribuintes.

2 - O prontuário médico dos pacientes contribuintes será arquivado no Serviço de Arquivo Médico e Estatística por número de Registro.

3 - Quando o médico assistente o desejar, poderá colocar no cabeçalho das papeletas apenas as iniciais do paciente contribuinte.

RECEBIMENTO, DISTRIBUIÇÃO E ARQUIVAMENTO DE CORRESPONDÊNCIA

1 - A correspondência do Hospital, será encaminhada fechada ao administrador, que a abrirá e despachará, devolvendo-a à Secretaria.

2 - A Secretaria, recebida a correspondência, registra-a em fichas, pela procedência, registrando:

- a) assunto;
- b) data de entrada;
- c) distribuição.

3 - Em seguida, a correspondência é enviada às dependências para onde foi despachada ou preparado o expediente, se o determinar o despacho.

4 - Quando o papel for arquivado, na ficha de entrada se anotará a data de arquivamento e o número da pasta.

5 - As pastas para arquivamento da correspondência recebida e expedida serão organizadas por assunto e por interessado; por assunto quando se tratar de casos que demandam várias demarches, e por interessado quando se tratar de órgão ou pessoa com quem o Hospital mantenha correspondência habitual e rotineiramente, como repartições públicas, tais quais o Conselho Estadual de Assistência Hospitalar e o Serviço de Medicina Social.

*

REQUISIÇÃO E ENTREGA DE MATERIAL EM ESTOQUE

1 - Com exceção das requisições de drogas e medicamentos, destinados a Farmacia e dos gêneros, destinados ao Serviço de Alimentação, que poderão ser feitas diariamente, todos os outros grupos de materiais só poderão ser requisitados uma vez por semana, em dias predeterminados para cada grupo.

2 - Para efeito de requisição, os materiais são grupados em:

- a) de escritório;
- b) de limpeza;
- c) de enfermagem;
- d) de copa, mesa e cozinha;
- e) de conservação e reparos.

3 - Todos os serviços do Hospital requisitarão, no mesmo dia, um determinado grupo de materiais, usando impresso proprio.

4 - As requisições deverão estar no escritório do administrador, no dia marcado, até as 12 horas, a fim de serem autorizadas.

5 - A entrega do material requisitado será feita no dia imediato.

6 - O encarregado da unidade que receber o material deverá conferi-lo e passar recibo.

*

HORÁRIO DE TRABALHO

1 - Todo empregado deverá observar rigorosamente o horário de trabalho que lhe fôr estabelecido pela administração.

2 - Somente depois de devidamente uniformizado, poderá o empregado marcar o ponto para entrada em serviço.

3 - Nenhum empregado poderá marcar o ponto de saída sem estar devidamente uniformizado.

g

PREPARO DE CORRESPONDÊNCIA

1 - A correspondência do Hospital será numerada seguidamente. O numero será colocado no alto, à esquerda, antes da data.

2 - Será observada à esquerda margem de área de três centímetros e, à direita, de dois, devendo o texto ser enquadrado de forma a apresentar disposição harmônica no papel.

3 - A correspondência será toda feita com duas cópias, uma que se arquivava na pasta própria, outra arquivada, por ordem cronológica, na pasta geral.

4 - No envelope, no alto, à esquerda, registrar-se-á o numero do expediente correspondente.

*

ESCALA DE FÉRIAS

1 - A escala de férias será organizada pelos chefes e encarregados dos diferentes serviços no Impresso "Escala de Férias", e submetida a aprovação do administrador, quinze dias antes do termino de cada ano.

2 - Qualquer alteração na escala de férias só poderá ser feita com autorização do administrador, após demonstração de sua necessidade.

3 - A escala de férias será fixada para conhecimento dos empregados.

4 - Antecipadamente ao início da data de férias a Secretaria dará conhecimento a cada órgão dos servidores que entrarão em gozo de férias.

*

DO ABASTECIMENTO DA COZINHA

1 - Diariamente, a cozinha fará o cálculo dos gêneros necessários ao preparo das dietas do dia imediato, tomando como base:

- a) cardápio do dia;
- b) quantidade de dietas fornecidas no dia imediato.

2 - Efetuados os cálculos, será preenchida uma requisição que será enviada até as 19 horas à despensa.

3 - Qualquer gênero que se torne necessário, e que não foi previsto, será solicitado à despensa que fará as alterações necessárias na via de requisição em poder da cozinha.

4 - A despensa, de posse da requisição, providenciará a separação dos gêneros requisitados e os entregará à cozinha antes das 7 horas do dia referido na requisição.

5 - A despensa, terminada a entrega do dia, remeterá à chefia do Serviço as requisições atendidas, bem como o preço médio de custo do material fornecido.

*

REQUISIÇÃO DE MATERIAL

Agentes Operações	Servidor Encarrega- do	Chefe do Serviço	Administra- dor	Almoxari- fe	Auxiliar de Almoxari- fado
1. Verifica o material necessário; 2. preenche a requisição, em 3 vias; 3. encaminha-a ao Chefe do Serviço.	●				
1. Visa a requisição; 2. encaminha ao Administrador, antes das 12 horas, a 1ª e 2ª vias.		●			
1. Recebe a requisição; 2. visa-a; 3. encaminha-a ao almoxarifado.			●		
1. Recebe a requisição (2 vias); 2. distribui-a para atendimento (2ª via).				●	
1. Recebe a requisição (2 vias); 2. separa o material; 3. dá baixa nas fichas de prateleira; 4. entrega o material, contra recibo nas 2 vias da requisição; 5. devolve as 2 vias.					●
1. Recebe as 2 vias da requisição; 2. envia a 1ª via a Contabilidade; 3. arquiva a 2ª via, por ordem cromo- lógica.				●	

FOLGAS E PLANTÕES

1 - Todos os empregados do Hospital terão direito a um dia de folga semanal.

2 - Nos feriados nacionais, 1º de janeiro, terça-feira de carnaval, sexta-feira santa, 21 de abril, 7 de setembro, 2 de novembro, 15 de novembro e 25 de dezembro, e nos feriados locais, os empregados terão também direito a folga.

3 - Os chefes e encarregados deverão organizar a escala de folgas semanais e as correspondentes aos feriados, de forma a não haver prejuízo para o serviço.

4 - Se num feriado, por necessidade de serviço, o empregado for obrigado a trabalhar, terá direito a folga correspondente, em dia que for determinado pelo seu chefe.

5 - As folgas constarão sempre de escala e qualquer alteração deverá ser comunicada por escrito a Secretaria.

6 - As folgas não poderão ser acumuladas, a fim de serem gozadas em dias subsequentes.

*

TIPOS DE DIETA

- 1 - As dietas no Hospital são grupadas em:
 - a) Dieta Geral ou normal;
 - b) Dieta especial ou terapêutica.
- 2 - Dieta geral ou normal é a que se destina a conservar o equilíbrio metabólico do organismo.
- 3 - A dieta especial ou terapêutica tem por objetivos:
 - a) fazer o paciente ganhar ou perder pêso;
 - b) colocar determinado órgão em repouso;
 - c) regular a capacidade de metabolizar certos alimentos;
 - d) produzir efeitos especiais;
 - e) contrabalançar deficiências ou sintomas de carência;
 - f) selecionar alimentos de acôrdo com as necessidades do paciente.
- 4 - De acôrdo com a sua consistência, qualquer um dos tipos acima citados se apresenta sob as seguintes formas:
 - a) dieta leve;
 - b) dieta branda;
 - c) dieta líquida.
- 5 - A prescrição da dieta será sempre da alçada médica.
- 6 - Quando a dieta não estiver sendo bem tolerada pelo paciente, o médico responsável deverá tomar conhecimento, a fim de serem tomadas as necessarias providências.

ROUPA DE PACIENTES

1 - Logo que um paciente fôr internado, a Lavanderia arrecadara a sua roupa de uso pessoal, acompanhada de respectivo rol e providenciara a sua lavagem (roupa interna) e expurgo (roupa externa), se fôr o caso, tendo-a pronta, dentro de 24 horas.

2 - A roupa e outros pertences serão guardados no setor de guarda roupas de doentes internados, ate que sejam requisitados pelo Registro Geral ou pela Enfermagem.

3 - Na ocasião da alta, a Enfermagem deverá verificar se o que foi entregue pela Lavanderia corresponde ao rol preenchido quando da admissao do paciente.

*

DO ABASTECIMENTO E CONSUMO

1 - O suprimento de gêneros alimentícios será feito pelo Almojarifado, mediante requisição, nos prazos determinados pela administração e em quotas suficientes para o consumo no período compreendido entre um e outro pedido.

2 - Em se tratando de gêneros perecíveis tais como frutas, verduras, carnes, ovos, leite, a sua entrega será feita em quotas diárias, na sua maioria, e no próprio Serviço de Alimentação, sendo guardados no frigorífico ou na despensa.

3 - A verificação da natureza, qualidade e peso dos produtos acima mencionados ficará sob a responsabilidade do Serviço de Alimentação, devendo as respectivas notas de entrega, depois de visadas, serem enviadas ao Almojarifado, para contrôlo.

4 - Toda requisição de gêneros alimentícios da despensa para as cozinhas, e copas dos andares, se fara por intermedio de impresso apropriado.

5 - A despensa deverá possuir fichas de prateleira (iguais às usadas pelo Almojarifado), nas quais será lançado o movimento de entrada e saída, o saldo existente e o preço medio de custo de cada produto, fornecido pelo Almojarifado. Estas fichas deverão estar sempre atualizadas.

*

CONTAS DE CONTRIBUINTES

1 - Ao internar-se, o paciente contribuinte fará um depósito correspondente a sete diárias, depósito este renovado mediante aviso da Contabilidade de que suas despesas ultrapassaram a importância depositada.

2 - Todos os serviços, diariamente, remeterão à Contabilidade os comprovantes de despesas feitas pelos contribuintes.

3 - Recebido o Aviso de Alta, a Contabilidade deverá extrair a conta e enviá-la à Caixa, onde será paga pelo paciente, ao sair.

*

DA DISTRIBUIÇÃO DE ALIMENTOS

1 - A distribuição de refeições, lanches, café ou qualquer alimento ao paciente sera feita pelo Serviço de Enfermagem, observando-se o seguinte horario:

- 1ª refeição - 7 horas - desjejum
- 2ª refeição - 11 horas - almoço
- 3ª refeição - 14 horas - merenda
- 4ª refeição - 17 horas - jantar
- 5ª refeição - 20 horas - chá ou leite

2 - Na distribuição de alimentos obedecer-se-á à seguinte ordem:

- a) dietas terapêuticas;
- b) dietas gerais.

3 - Se o paciente não estiver em condições de fazer a refeição sozinho, será auxiliado por um elemento do Serviço.

4 - Nenhum paciente sujeito a regime especial poderá receber quantidade de alimento diversa daquela que lhe foi destinada.

5 - Nas dietas calculadas, o Serviço de Enfermagem deverá pesar as sobras, fazendo a devida anotação no prontuario do paciente.

6 - Terminada a refeição, as sobras deverão ser recolhidas e enviadas à cozinha.

*

CONSERTOS

1 - Nenhum consêrto será executado sem a "Requisição de conserto", feita pelo servidor interessado.

2 - Quando o consêrto não puder ser executado nas oficinas do Hospital, o encarregado da Seção de Conservação, Manutenção e Reparos providenciara sua execução na oficina com a qual o Hospital mantém contrato, ou, se não houver, fara um pedido de orçamento, que sera submetido ao administrador.

3 - Terminado o consêrto a 1ª via de requisição é enviada ao ecônomo e a 2ª via à Contabilidade.

4 - No caso dos consêrtos executados fora, será enviada a Contabilidade a nota fiscal ou documentos correspondentes.

REQUISIÇÃO DE CONSERTO Nº _____

1ª VIA	
DE _____	URGENTE
<small>ORÇÃO REQUISITANTE</small>	<small>NORMAL</small>
SOLICITO O CONSERTO DE _____	

LOCALIZAÇÃO _____	
RECEBI	<small>ENCARREGADO DO SERVIÇO REQUISITANTE</small>
_____	____/____/____
<small>CHefe DA SEÇÃO OU SERVIÇO</small>	<small>DATA</small>

TROCA DE ROUPA NAS UNIDADES

1 - O "Rol de roupa" será usado para encaminhar roupa servida à lavanderia e roupa limpa, desta à Unidade.

2 - O empregado, ao preencher o rol de roupas em duas vias, deve relacionar as peças enviadas, colocar a data e a designação da unidade e assinar.

3 - O empregado da Lavanderia, ao receber a roupa deverá pesá-la, conferir o rol, visá-lo e encaminhá-lo à rouparia.

4 - De posse do rol, o empregado da rouparia fará a separação da roupa correspondente, encaminhando-a à Unidade de origem.

5 - O empregado da Unidade deverá conferir a roupa recebida, assinando o recibo no rol, que será devolvido à Rouparia.

6 - A conferência deverá ser feita na presença do empregado da Rouparia, e à vista do rol para que seja verificado se esta enviou à Unidade roupa equivalente a remetida para a Lavanderia.

DO CUSTO DA DIETA

1 - O preço médio de cada tipo de dieta deverá ser apurado pelo Serviço de Alimentação que usará os seguintes dados:

- a) custo do material gasto (alimentos e outros);
- b) custo da mão de obra empregada;
- c) valor da depreciação das máquinas, móveis, instrumentos, aparelhos e utensílios empregados;
- d) custo dos lubrificantes;
- e) custo da força e luz;
- f) despesas indiretas.

2 - Para se obter os elementos acima citados, o Serviço lançará mão dos seguintes documentos:

- a) para o item a - preço médio fornecido pela despensa;
- b) para o item b - montante líquido das folhas de pagamento do Serviço de Alimentação;
- c) para os outros itens, os dados fornecidos pela Contabilidade.

3 - O custo médio de cada tipo de dieta será o resultado da totalidade de gastos para cada um, dividido pelo número de dietas preparadas, observando-se os seus diversos tipos.

*

MUDANÇAS

1 - A mudança de móveis, máquinas e aparelhos, de uma sala para outra, será previamente autorizada pelo chefe do serviço.

2 - O pedido de mudança será feito em duas vias do impresso "Pedido de Mudança", sendo a 1ª via encaminhada à contabilidade, para efeito de atualização dos registros de patrimônio.

3 - As mudanças serão feitas exclusivamente pela Zeladoria.

PEDIDO DE MUDANÇA

DE _____, EM _____
SERVIÇO INTERESSADO

_____ SOLICITO PROVIDENCIAR, NO PERÍODO DE _____ MS.
A _____ ME, DO DIA _____, A MUDANÇA DE: _____

DE SALA Nº _____ PARA A SALA Nº _____

AUTORIZO

CHEFE DO SERVIÇO

CHEFE OU ENCARECADO

TROCA DE ROUPA

<p align="center">Agentes</p> <p align="center">Operações</p>	Atendente	1ª Ser- viçal	2ª Ser- vical	Servidor da rouparia
<ol style="list-style-type: none"> 1. Retira a roupa necessária dos armários; 2. troca as camas e os pacientes; 3. separa as peças de roupa suja; 4. conta-as e prepara o rol em duas vias; 5. coloca a roupa no saco marcado; 6. entrega a roupa e a 1ª via do rol. 				
<ol style="list-style-type: none"> 1. Recebe a roupa e o rol; 2. coloca o saco no carrinho e se dirige à lavanderia, depois de correr as diversas Unidades; 3. descarrega os sacos e entrega os róis. 				
<ol style="list-style-type: none"> 1. Recebe os róis; 2. confere a roupa; 3. separa-a para lavar; 4. entrega os róis visados. 				
<ol style="list-style-type: none"> 1. Recebe os róis; 2. separa a roupa limpa correspondente; 3. entrega-a para distribuição. 				
<ol style="list-style-type: none"> 1. Recebe a roupa limpa; 2. faz sua distribuição. 				
<ol style="list-style-type: none"> 1. Recebe a roupa; 2. confere; 3. guarda. 				

CONCLUSÕES

O trabalho que apresentamos, permite-nos chegar a conclusões de interesse para o planejamento de um hospital de comunidade:

I

O coeficiente de leitos hospitalares no país é excessivamente baixo.

II

O relativo aumento que se tem verificado no número de leitos, não tem sido acompanhado do aumento numérico correspondente, de pessoal hospitalar habilitado.

III

O Estado de São Paulo possui um coeficiente de leitos hospitalares inferior ao de alguns Estados brasileiros.

IV

Há necessidade de se realizar um recenseamento hospitalar no país.

V

O recenseamento hospitalar no país, deve ser feito "in loco" e por técnicos habilitados.

VI

Os coeficientes em leitos hospitalares na grande maioria dos Estados brasileiros, são nas capitais, muito superiores aos do interior.

VII

A maioria dos edifícios hospitalares do país não apresenta condições que facilitem a prestação de boa assistência médica.

VIII

Deve ser incentivada a formação de pessoal hos-

pitalar, em bases práticas e consentâneas com a nossa realidade.

IX

Cada Estado deve ser responsável pelo planejamento de sua assistência hospitalar.

X

O Hospital "Dona Carolina Malheiros" possuía, em 1947, as características dos hospitais de comunidade da época.

XI

O conceito de agrupamento dos elementos do hospital geral em unidades, tem facilitado o trabalho dos técnicos hospitalares.

XII

Raros hospitais possuem regulamento em vigor.

XIII

Grande maioria dos hospitais não possui prontuário médico.

XIV

O Hospital "Dona Carolina Malheiros", em 1947, era inadequado e não oferecia condições para a boa prática da medicina.

XV

A inauguração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo influenciou decisivamente na renovação dos padrões de assistência hospitalar no país.

XVI

Nenhum hospital deve ser construído sem que haja motivação da comunidade.

XVII

O planejamento de um hospital de comunidade de-

ve ser feito atendendo, não só às suas necessidades, como às suas possibilidades.

XVIII

A determinação do número de leitos necessários para uma comunidade, tem sido feita de forma empírica, em nosso país.

XIX

A grande maioria dos autores preconiza um coeficiente de 4,0 a 5,0 leitos por 1.000 habitantes como necessidade em leitos de hospitalização geral.

XX

A técnica seguida pela "Commission on Hospital Care", para determinação do número de leitos de hospitalização geral, oferece perspectivas de aplicação prática em nosso país, podendo ser usada, inclusive, para pequenas comunidades.

XXI

A aplicação do coeficiente leito-óbito e da estimativa da porcentagem de óbitos hospitalares deve ser feita em nosso país, em bases mais modestas.

XXII

A determinação do coeficiente de leitos necessários para São João da Boa Vista, feita com a utilização, em base mais modesta, dos valores preconizados pela "Commission on Hospital Care", demonstrou a sua aplicabilidade em nosso meio.

XXIII

A estimativa que fizéramos, para São João da Boa Vista, do crescimento da porcentagem de óbitos hospitalares, sobre óbitos gerais, vem sendo confirmada nos últimos anos.

XXIV

A procura de assistência no Hospital "Dona Carolina Malheiros" aumentou durante o período de cons-

trução do novo edifício, evidenciando-se notavelmente após o seu término.

XXV

Nenhum hospital deve ser construído sem o estudo pormenorizado de um programa, feito por técnicos em administração hospitalar.

XXVI

O programa de um hospital deve ser orientado dentro do conceito das Unidades do Hospital Geral.

XXVII

Apenas nos grandes hospitais se justifica a existência de Unidades para as diversas especialidades da medicina.

XXVIII

Qualquer hospital geral deve possuir Unidades especiais para obstetrícia e pediatria.

XXIX

O tipo de acomodações que o Hospital de São João da Boa Vista oferece aos pacientes, permite o seu agrupamento por especialidades.

XXX

É possível determinar-se, com relativa exatidão, a necessidade em leitos obstétricos para uma comunidade.

XXXI

É justificável, na situação atual, a permanência dos recém-nascidos junto aos leitos de suas mães.

XXXII

A Unidade de Enfermagem preconizada pelos norte-americanos não é aconselhável no ambiente brasileiro.

XXXIII

Deve ser incentivada a criação das Associações de Senhoras Auxiliares nos hospitais brasileiros.

XXXIV

Os primeiros pavilhões construídos em São João da Boa Vista, após 1947, apresentam falhas.

XXXV

A ação do novo Hospital "Dona Carolina Malheiros" se fez sentir na comunidade, seja pelo aumento do número de internações, seja pelo notável aumento do número de nascimentos no mesmo.

XXXVI

Um bom hospital é fator de fixação do médico na comunidade e de atração de especialistas.

XXXVII

Um hospital eficiente previne o deslocamento dos doentes para outras localidades.

XXXVIII

A ação conjugada da comunidade com o Governo na construção e manutenção de um hospital, representa a solução ideal para os problemas assistenciais no país.

XXXIX

A ação coordenada do hospital e da unidade sanitária trará economia para a comunidade.

XL

A conjugação de esforços do hospital e da unidade sanitária propiciará melhor assistência aos habitantes da comunidade.

XLI

O regulamento dos hospitais de comunidade deve prevêr organização racional, adequada e tão simples quanto possível.

XLII

O Corpo Clínico de um hospital deve ser regido por um regulamento por êle próprio elaborado.

REFERÊNCIAS

=====

1. PEDROSO, O.P. - Regulamento do corpo clínico. Rev. paulista hosp. 6 : 9 - 14, 1958.
2. Comissão Especial de Assistência Hospitalar - Anteprojeto de lei orgânica de assistência médico-hospitalar para o País. Rev. técnica planejamento hosp. 2 : 75-76, 1956.
3. PERRONE, O.R. - Armamento Hospitalar no Brasil. Rio de Janeiro, Depart. Nac. Saude - Div. Org. Hosp., 1958.
4. STONE, J.E. - Hospital Organization and Management. 4ª ed. London, Faber & Faber, 1952.
5. Commission on Hospital Care - Hospital Care in the United States. New York, Commonwealth Fund., .. 1947.
6. MCGIBONY, J,R. - Principles of Hospital Administration. New York, G.P. Putnan's Sons, 1952.
7. PEDROSO, O.P. - Subsídios para um plano de desenvolvimento da assistência hospitalar no Estado de São Paulo. Rev. Paulista hosp., 2 : 9-28, 1954.
8. PEDROSO, O.P. - Recenseamento hospitalar. An. 1º Congr. Brasil. Med. Militar. s.l.p., Acad. Brasil. Med. Militar, 1954. v.2 pp. 580-601.
9. Divisão de Organização Hospitalar - Instituições Hospitalares e Para-Hospitalares do Brasil. Rio de Janeiro, Minist. Educ. e Saude, 1952.
10. Centro de Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem - Relatório. Rio de Janeiro, 1959 (a ser publicado).
11. CARVALHO, L. de F. - Elementos do hospital geral. Rev. paulista hosp., 2 : 29-34, 1954.

12. United States Public Health Service. Hospital Facilities Section - Elements of the general hospital. Hospitals 20, 1946.
13. United States Public Health Service. Division of Hospital Facilities - Design and construction of general hospitals. Chicago, Modern Hosp. Pub., 1947.
14. ROSENFELD, I. - Hospitals; integrated design. New York, Reinhold Pub. Corp., 1947.
15. BUTLER, C. & ERDMAN, A. - Hospital planning. New York, F.W. Dodge Corp., 1946.
16. Committee on Designing, Constructing and Equipping of Public Hospitals in Ontario; a Guide to Hospital Building in Ontario. Toronto, Univ. Toronto Press, 1954.
17. VALDETARO, O.; NADALUTTI, R.; CORREIA, I.B. & MÜLLER, H. - Padrões mínimos - Hospitais - Rio de Janeiro, Serv. Especial Saude Publica, 1952.
18. PEDROSO, O.P. - Relatório sobre as condições da assistência hospitalar na Republica Argentina, Apresentado ao Diretor da Repartição Sanitaria Panamericana, na Republica Argentina, em 1957. (a ser publicado) Cópia na Biblioteca da Faculdade de Higiene e Saude Publica da Univ. de S. Paulo.
19. PUECH, L.M. de R. - O Problema da Assistência Hospitalar do Estado de São Paulo. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1939.
20. STONE, J.E. - Hospital Organization and Management. 2ª ed. London, Faber & Faber, 1932.
21. STONE, J.E. - Hospital Organization and Management. 3ª ed. London, Faber & Faber, 1944.
22. Committee on County Hospitals - Report for 1927. In Transactions of the American Hospital Ass. 29th Annual Convention. Chicago, s.c.p., 1927.

23. RANKING, W.P.S.; HANNAFORD, H.E. & VAN ARSDALL, H.P.
- The small general hospital.
24. EMERSON, H. - Estimating adequate provision for organized care of the sick. Modern Hosp. 35: 1930.
25. LEE, R.I. & JONES, L.W. - The fundamentals of good medical care. In Committee on the Costs of Medical Care - Publication n. 22. Chicago, Univ. Chicago Press, 1933.
26. MILLS, A.B. & MILLS, P. - The need for more hospitals in rural areas. Modern Hosp. 44 : 1935.
27. DAVIS, M.M. - Are there enough beds? or too many? Modern Hosp. 48 : 1937.
28. Committee on Hospital Planning and Equipment - Report. In Transactions of the American Hospital Ass. - 37th Annual Convention. Chicago, s.c.p., 1935.
29. Interdepartmental Committee to Coordinate Health and Welfare Activities. Technical Committee on Medical Care - The need for a National Health Program. Washington, U.S. Government Printing Office, 1938.
30. PONTON, T.R. - Survey reveals need for increased general hospital service. U.S. Hosp. Management, 56 : 1943.
31. MOUNTIN, J.W.; PENNELL, E.H. & HOGE, V.H. - Health Service Areas; Requirement for General Hospitals and Health Centers. Pub. Health Serv. Bull. 292: 1945.
32. Hospital Survey and Construction Act. Public Law 725. In 79th Congress.
33. Hospital Resources and Needs - The reports of the Michigan Hospital Survey. Battle Creek, W.K. Kellogg Found., 1946.
34. Hospital Council of Greater New York - The Master Plan for Hospitals and Related Facilities for New York City. New York, 1947.

35. Comissão de Assistência Hospitalar - Censo Hospitalar do Estado de São Paulo; 1935 - 1936. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1938. v.A
36. MORETTI, B. - Ospedali. Milano, U. Hoepli Ed., 1935.
37. MORETTI, B.F. - Ospedali. 3ª ed. Milano, U. Hoepli Ed., 1951.
38. WALSH, W.H. - Modern trends in hospital planning and equipment. Hospitals 14 : 1940.
39. SOUZA, I.de & PEDROSO, O.P. - O Novo Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Santos. São Paulo, Ed. Medico-Social Ltda., 1945.
40. MacEACHERN, M.T. - Hospital Organization and Management. 3ª ed., Chicago, Physicians Record Comp., 1957.
41. WEINERMAN, E.R. - The quality of medical care. In GOLDMANN, F. & LEAVELL, H.R. eds. - Medical Care for Americans. In Ann. Am. Acad. Political & Social Sc. 273 : 185-191, 1951.
42. MASCARENHAS, R. & CASTRO, P.C. - Coordenação das atividades dos órgãos locais de saúde pública e a assistência hospitalar. In An. 1º Congr. Nac. Hosp. e da 1ª Conf. Nac. de Diretores de Serv. Assist. Hosp. - Rio de Janeiro, 1955. Rio de Janeiro, Serv. Graf. do I.B.G.E., 1955. v.1 pp. 305 - 312.

*

- ANEXO -

IMPRESSOS MAIS USUAIS RECOMENDADOS PARA QUALQUER
HOSPITAL DE COMUNIDADE

REQUISIÇÃO DE ELECTROCARDIOGRAMA

NR LEVANTE _____

SEC. ANTERIOR NR _____

NOME _____ DE REMETENTE _____

IDADE _____ SEXO _____ CÔR. _____ MAC. _____ PROFISSÃO _____

SERVIÇO _____ QUARTO OU _____ LITTO _____ AMB. _____

ANTECEDENTES: REUMATISMO _____ CORÓIA _____ CHAGAS _____ OUTROS _____

QUEIXA E DURAÇÃO DA MOLÉSTIA ATUAL (RESUMO) _____

VÔMITOS _____ SUAVEIRA _____ MEDICAÇÃO EM USO _____ DIGITALICOS _____

EXAME FÍSICO: PULSAÇÃO _____ BERRAMES _____ CIANOSE _____

SINAIS DE IMPUL. CARDIACA _____ PRESSÃO ARTERIAL _____

EXAMES LAB.: HEMÁCIAS _____ REAÇÕES P/LUSS _____ M. GUERRIÑO _____

DIAS CLÍNICO _____

DATA _____ / _____ / _____ ASS. _____ MEDICO _____

NOME _____

NR _____

SERVIÇO _____

DR. _____

DATA _____ / _____ / _____

SERVIÇO _____ QUARTO DE _____ AMBULATÓRIO _____
L. PEREIRA

NOME _____ Nº REGISTRO _____

RITMO:

FREQUÊNCIA:

DURAÇÃO: P =

PR =

QRS =

QTc =

STP:

STQR:

ST:

ST:

ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS

CONCLUSÃO:

RELATÓRIO DE ELETROCARDIOGRAMA:

ASS: _____ médica

DATA: ____/____/____

REQUISIÇÃO DE TRANSFUÇÃO

NOME _____		Nº REGISTRO _____			
IDADE _____	SEXO _____	COR _____	NACIONALIDADE _____		
SERVIÇO DIAGNÓSTICO _____		QUARTO OU ENFERMARIA _____	LEITO _____		
INDICAÇÃO _____					
GRUPO SANGUÍNEO _____	O	A	B	AB	RNI _____
URGÊNCIA _____	IMEDIATA		RELATIVA		ROTINA _____
DADOS CLÍNICOS _____	PRESSÃO _____		C.V. _____		H.B. _____
_____	PULSO _____		C.B. _____		DATA _____

DATA _____

ASS. DO MÉDICO _____

A- REQUISITOS INCOMPLETOS DE SERVIÇO NÃO SÃO PATEL. A ENVIAR.

NOME _____

Nº REGISTRO _____

SERVIÇO _____

PEDIDO PELA AY _____

DATA _____

ASS. _____ MÉDICO _____

Nº _____

TIPO:
RH: _____

TRANSFUSÃO DOADOR

NOME _____

NOME DO PAI _____ NAC. _____ NOME DA MÃE _____ NAC. _____

NAC. _____ IDADE _____ SEXO _____ COR _____ PÉSO _____ P. ARTERIAL: _____

RESIDÊNCIA _____

OUTROS ENDEREÇOS _____

ANTECEDENTES: LUES: _____ TBC: _____ MALÁRIA _____ ALERGIA _____ ICTERICIA _____

RESIDIU EM ZONA DE MALEI: _____

RESIDIU EM RESÍDUOS ONDE HÁ BARBEIROS? _____ FOI PICADO? _____

DATA			
R. WASSERMAN			
R. KAHN			
R. KLINE			
R. KOLMER			
M. GUERREIRO			

6" x 4"

Nº _____

TRANSFUZO DOADOR

TIPO:
RH: _____

NOME _____

NOME DO PAI _____ NAC. _____ NOME DA MÃE _____ NAC. _____

NAC. _____ IDADE _____ SEXO _____ CÔR _____ PÊSO _____ P. ARTERIAL: _____

RESIDÊNCIA _____

OUTROS ENFEREÇOS _____

ANTECEDENTES: LUES: _____ TBC: _____ MALÁRIA _____ ALERGIA _____ ICTERICIA: _____

RESIDIU EM ZONA DE MALÉI. _____

RESIDIU EM REGIÕES ONDE HÁ BARBEIROS? _____ FOI PICADO? _____

DATA			
R. WASSERMAN			
R. KAHN			
R. KLINE			
R. KOLMER			
M. GUERREIRO			

6" x 4"

VALORES E DOCUMENTOS

PERTENCENTES A _____ Nº REGISTRO _____

ARROLADOS POR: _____

DATA _____

TESTEMUNHAS: _____

_____ DE _____ DE 19____
CIDADE

EXMO(A) SR(A)

RUA

ESTADO

PRAZADO(A) SENHOR(A)

ENCAMINHAMOS A V.S. O PACIENTE SR.(A) _____
_____, COM _____

_____, CAS., SOLT., VIÚVO, RESIDENTE _____
_____ EM TRATAMENTO NESTE HOSPITAL.

ESTANDO O PACIENTE SEM RECURSOS, SOLICITAMOS O INTERESSE
E A AJUDA DE V.S.

ANTECIPADAMENTE, AGRADECEMOS A ATENÇÃO DISPENSADA

AVISO DE NASCIMENTO

ÀS _____ HORAS

NOME DA MÃE _____ NO REGISTRO _____

NO REGISTRO _____

SERVIÇO _____ ANDAR _____ QUARTO OU ENFERMARIA _____

NO DO LEITO _____

SEXO _____

ESTADO GERAL _____ PÊLO _____

GESTAÇÃO _____

DATA _____

ENF. CHEFE _____

CENSO DIÁRIO

SERVIÇO _____ ANDAR _____ DATA _____

INTERNACIONES

NR REG	QUARTO OU ENFERMARIA	LEITO	NOME DO PACIENTE	INICIAIS

TOTAL:

NASCIMENTOS

NR REG	QUARTO OU ENFERMARIA	LEITO	NOME DA MÃE	SEXO	PESO	INICIAIS

TOTAL:

ALTAS

NR REG	QUARTO OU ENFERMARIA	LEITO	NOME	INICIAIS

TOTAL:

ÓBITOS

NR REG	QUARTO	LEITO	NOME	INICIAIS

TOTAL:

OPERADOS

NR REG	QUARTO OU ENFERMARIA	LEITO	NOME	INICIAIS

TOTAL:

EM ESTADO GRAVE

NR REG	QUARTO OU ENFERMARIA	LEITO	NOME	INICIAIS

TOTAL:

RETIRADOS DA LISTA ACIMA

NR REG	QUARTO OU ENFERMARIA	LEITO	NOME	INICIAIS

TOTAL:

OBSERVAÇÕES:

QUADRO DO MOVIMENTO

PC DO DIA ANTERIOR.	ALTAS
INTERNALSES	OBITOS:
NASCIMENTOS	TRANSFERÊNCIAS:
TOTAL:	TOTAL:
	NO SERVIÇO ÀS 24 HORAS:

Nº DE LEITOS VAGOS: _____

_____ ENFERMEIRO - CHEFE

ESCALA DE FÉRIAS

ANO _____

SERVIÇO OU SEÇÃO _____

	NOME DO SERVIDOR	PERÍODO DE FÉRIAS				OBSERVAÇÕES
		INÍCIO		FIM		
		DIA	MÊS	DIA	MÊS	

APPROVAÇÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

MOVIMENTO DE REFEIÇÕES

DATA: / /

REFEIÇÕES	REFEITÓRIOS		CUSTO TOTAL	SERVIÇO DE ENFERMAGEM		CUSTO MÉDIO POR PESSOA	TOTAL GERAL	
	PAGAS AVUL. CORR.	VCTA HOJE		Nº DE DOENTES	CUSTO		Nº DE PESSOAS	CUSTO
1ª REFEIÇÃO								
ALMOÇO								
MERENDA								
EXTRA (NOITE)								
CEIA								
MAMADEIRA								
SOPA E SUCO								
TOTAL								
CAPE' SIMPLES								

RESPONSÁVEL PELO 1º PERÍODO _____
RESPONSÁVEL PELO 2º PERÍODO _____

AVISO DE QUEBRA DE MATERIAL

SERVICIO _____

ANDAR _____

ARTICULOS QUEBRADOS _____

COMO FORAM QUEBRADOS _____

QUEM OS QUEBROU _____

SUGESTOES PARA EVITAR QUEBRAS FUTURAS _____

DATA _____

ASSINATURA _____

AVISO DE QUEBRA DE MATERIAL

SERVICIO

ANDAR

ARTÍCULOS QUEBRADOS

COMO FORAN QUEBRADOS —

QUEM OS QUEBROU —

SUGESTÕES PARA EVITAR QUEBRAS FUTURAS —

DATA _____

ASSINATURA: _____

ERRATA

Pg.	linha	onde se lê:	leia-se:
9	16	repugnantes	repugnantes
13	11	exigisse	exigissem
14	15	de de	do do
14	24	pouca	pouco
17	31	cam	vam
21	6	de deveria	deveria
23	17	pupulações	populações
26	36	médico	médio
28	26	tivesse	tivessem
29	26	ultrapassesse	ultrapassasse
35	2	Hoje	Hoge
36	28	elito-óbito	leito-óbito
52	3	Desigining	Designing
57	23	com o	como o
57	28	êste	Este
61	8	colocadas	colocados
69	33	autonomia	autonomia
71	6	quadriânio	quadriênio
121	1	necessários	necessárias
131	18	numa	uma