

INSTITUTO DE REABILITACAO DE SAUDE
RUA DO COMENDADOR JOAO DE SAUS
10000-000 SAO PAULO, SP

Ministro da Saude
Carlos Corrêa de Menezes Sant'anna
Secretário-Geral
Eleutério Rodrigues Neto

Ministério da Saúde
Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde
Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde

Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde

2.^a Edição

106
725.1:614.39(035)

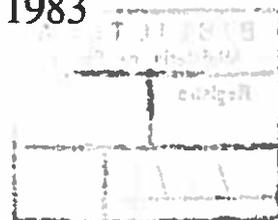
E 523m

J. 2

1983

2.º Centro de Documentação do Ministério da Saúde

Brasília - 1983



© 1983. Ministério da Saúde
Série A: Normas e Manuais Técnicos, 3

Centro de Documentação do Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios - Bloco G - Térreo
70058 Brasília, DF
Telefone: (061) 226-8286
Telex: (061) 1752 e (061) 1251

2ª Reimpressão da 2ª edição 1985.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde.

Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. — 2. ed. — Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983.

120 p.: il. — (Série A: Normas e manuais técnicos; n. 3).

2001 015672

BIBLIOTECA	
Ministério da Saúde	
Registro	D
11.19.10.10	
11/12/10	U.3

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

APRESENTAÇÃO

A presente edição das *Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde* vem agregar um passo a mais na evolução desse documento que busca e orienta a adequação física e funcional da rede de serviços de saúde do país.

As primeiras normas foram elaboradas, em 1974, pela antiga Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar deste Ministério, sob o título *Normas de Construção e Instalação do Hospital Geral*. A seguir, foram revisadas pelo grupo de trabalho instituído pela Portaria n.º 517, de 26.11.75, e integrado por Augusto Alves do Amorim, Sylvia Caldas Ferreira Pinto, Zedith Belems Moreira, Ernesto Fessel, Lucílio Feliciano de Castilho, Odair Pacheco Pedroso, Dirceu Eulálio, Delcídes de Oliveira Baumgratz, Nalva Pereira Caldas, Lourdes Freitas Carvalho e Gennyson Amado, representantes de várias entidades, resultando na Portaria n.º 400, de 6.12.77, e publicadas no mesmo ano, com reimpressões em 1979 e 1980.

Estas normas sofreram alterações, posteriormente, através das Portarias n.º 138, de 27.3.78, e 272, de 18.11.81. Esta última modifica a área física das unidades sanitárias de molde a adequá-las às disposições da Resolução CIPLAN n.º 3, de 25.3.80, cujo texto está incluído neste documento. Tal reformulação coube ao grupo de trabalho instituído pela Portaria n.º 326, de 13.10.80, sendo formado por Antonio Carlos de Azevedo, Sylvia Caldas Ferreira Pinto, Celeste Leal Ivo, Mara Lúcia Barbosa Carneiro, Eros Saraiva de Andra-

de, Elisa Viana Sá, Ubiratan Moreira, Asher Kiperstok First, Délcio Fonseca Sobrinho, Clarice Della Torre Ferrarini, Julio Cesar Schmit e Cyro Coimbra de Rezende.

Também a Portaria n.º 30, de 11.2.77, foi modificada pela Portaria n.º 282, de 17 de novembro de 82, tendo em vista atualizar e restringir seu conteúdo à terminologia física, já que os demais termos foram objeto da publicação sobre terminologia básica de saúde, em volume à parte.

Em 1978, foi publicado, em exemplar separado, o manual de orientação para as normas da Portaria n.º 400/77, que, na presente edição, foi incluído como um de seus capítulos.

A Resolução CIPLAN n.º 3/80, por sua vez, já é o resultado de articulação interministerial a nível da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação Saúde/Previdência e leva a orientação normativa um passo além dos instrumentos anteriores, ao estabelecer as condições para a expansão e adequação da rede de serviços de saúde, incluindo tipologia física e dotação de pessoal.

Desta forma pretende o Ministério da Saúde que o presente volume inclua o elenco completo de normas para a expansão, adequação e caracterização física da rede de serviços básicos de saúde, além das normas que já contribuem para construção de hospitais gerais, independentemente de sua situação na rede de serviços.

BASES LEGAIS

**LEI N.º 6 229,
DE 17 DE JULHO DE 1975**

Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1.º O complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde, organizado e disciplinado nos termos desta lei, abrangendo as atividades que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde, nos seguintes campos de ação:

I — O do Ministério da Saúde, ao qual compete formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, cabendo-lhe particularmente:

- a) elaborar planos de proteção da saúde e de combate às doenças transmissíveis e orientar sua execução;
- b) elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- c) assistir o governo na formulação da política nacional de alimentação e nutrição, inclusive quanto à educação alimentar, e, com a colaboração dos demais ministérios diretamente envolvidos na execução dessa política, elaborar e propor à aprovação do Presidente da República o Programa Nacional de

Alimentação e Nutrição, a coordenação de execução, supervisão, fiscalização e avaliação de resultados;

d) coordenar a ação de vigilância epidemiológica em todo território nacional e manter a vigilância nas fronteiras e nos portos e aeroportos, principalmente de entrada, no país;

e) efetuar o controle de drogas, medicamentos e alimentos destinados ao consumo humano;

f) fixar normas e padrões pertinentes a cosméticos, saneantes, artigos de perfumaria, vestuários e outros bens, com vistas à defesa da saúde e diminuição dos riscos, quando utilizados pela população em geral;

g) fixar normas e padrões para prédios e instalações destinados a serviços de saúde;

h) avaliar o estado sanitário da população;

i) avaliar os recursos científicos e tecnológicos disponíveis para melhorar o estado sanitário da população e a viabilidade de seu emprego no país;

j) manter fiscalização sanitária sobre as condições de exercício das profissões e ocupações técnicas e auxiliares relacionadas diretamente com a saúde;

l) exercer controle sanitário sobre migrações humanas, bem como sobre importação e exportação de produtos e bens de interesse da saúde;

II — O do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado, cabendo-lhe particularmente:

- a) elaborar planos de prestação de serviços de saúde

às pessoas;

b) coordenar, em âmbito nacional, o subsistema de prestação de serviços de saúde às pessoas;

c) credenciar, para integrarem o subsistema público, instituições de finalidade não lucrativa que prestem serviços de saúde às pessoas;

d) prestar diretamente serviços de saúde às pessoas, ou contratá-los com entidades de fins lucrativos ou não, sujeitando-as a fiscalização permanente;

e) experimentar novos métodos terapêuticos e novas modalidades de prestação de assistência, avaliando sua melhor adequação às necessidades do país;

f) fixar, em colaboração com o Ministério da Saúde, normas e padrões para prestação de serviços de saúde a pessoas, a serem observados pelas entidades vinculadas ao sistema;

g) promover medidas adequadas à redução do custo dos medicamentos de maior eficácia e de comprovada necessidade para proteção da saúde e combate às doenças, inclusive subvencionando sua aquisição, ou distribuindo-os gratuitamente às classes mais pobres da população.

III — O do Ministério da Educação e Cultura, incumbido principalmente da formação e da habilitação dos profissionais de nível universitário, assim como do pessoal técnico e auxiliar necessário ao setor saúde, cabendo-lhe particularmente:

a) orientar a formação do pessoal de saúde para atender às necessidades prioritárias da área, em quantidade e em qualidade;

b) manter os hospitais universitários ou de ensino, zelando para que, além de proporcionarem elevado padrão de formação e aperfeiçoamento profissional, prestem serviços de assistência à comunidade em que se situem;

c) orientar as universidades que incorporam a formação de pessoal para as atividades de saúde, no sentido de se capacitarem a participar do processo de avaliação e planejamento das atividades regionais de saúde;

d) promover a integração progressiva dos hospitais e institutos de treinamento de pessoal de saúde no Sistema Nacional de Saúde, aparelhando-os para desempenhar as funções que lhes forem atribuídas pelo sistema e ampliando a área de treinamento pela utilização de outras instituições de prestação de serviços pessoais de saúde do Sistema Nacional de Saúde.

IV — O Ministério do Interior, atuando nas áreas de saneamento, radicação de população, desenvolvimento regional integrado e assistência em casos de calamidade pública, cabendo-lhe particularmente:

a) realizar as obras de saneamento ambiental de sua responsabilidade e promover a ampliação dos siste-

mas de abastecimento de água e de esgotos sanitários, em conformidade com as prioridades dos planos de saúde e em articulação com o Ministério da Saúde;

b) orientar a política habitacional no sentido de que, além de proporcionar acesso da população a morada adequada e confortável, observe as necessárias condições de higiene e preveja, nos conjuntos habitacionais, os equipamentos sociais indispensáveis à manutenção da saúde e seus moradores.

V — O do Ministério do Trabalho, quanto à higiene e segurança do trabalho, à prevenção de acidentes, de doenças profissionais e do trabalho, à proteção, disciplina corporativa e política salarial das profissões de saúde, cabendo-lhe particularmente:

a) desenvolver as atividades de higiene e segurança do trabalho em consonância com as necessidades da área de saúde e tendo em vista a prioridade das ações preventivas;

b) desenvolver programas de preparação de mão-de-obra para o setor saúde.

VI — O dos demais ministérios, cujas ações relacionadas com a saúde constituam programas específicos passíveis de medidas de coordenação pelo órgão disciplinador do sistema.

VII — O dos estados, Distrito Federal, territórios e municípios, que receberão incentivos técnicos e financeiros da União para que organizem seus serviços, atividades e programas de saúde, segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde, cabendo assim, particularmente:

a) Aos estados, ao Distrito Federal e aos territórios:

1) instituir em caráter permanente o planejamento integrado de saúde da unidade federada, articulando-o com o plano federal de proteção e recuperação da saúde, para a região em que está situada;

2) integrar suas atividades de proteção e recuperação da saúde no Sistema Nacional de Saúde;

3) criar e operar com a colaboração dos órgãos federais, quando for o caso, os serviços básicos do Sistema Nacional de Saúde previstos para a unidade federada;

4) criar e operar as unidades de saúde do subsistema estadual, em apoio às atividades municipais;

5) assistir técnica e financeiramente os municípios para que operem os serviços básicos de saúde para a população local;

6) cooperar com os órgãos federais no equacionamento e na solução dos problemas de saúde de sua área.

b) Aos municípios:

- 1) Manter os serviços de saúde de interesse da população local, especialmente os de pronto-socorro;
- 2) Manter a vigilância epidemiológica;
- 3) Articular seus planos locais de saúde com os planos estaduais e federais para a área;
- 4) Integrar seus serviços de proteção e recuperação da saúde no Sistema Nacional de Saúde.

Art. 2.º O Conselho de Desenvolvimento Social apreciará a Política Nacional de Saúde formulada pelo Ministério da Saúde, bem como os programas de diferentes ministérios, no que diz respeito a assuntos de saúde, com vistas a preservar as diretrizes de coordenação geral compatível, definidas nos planos nacionais de desenvolvimento.

Parágrafo único. Para fins programáticos, os planos setoriais serão classificados pelas seguintes áreas:

- a) área de ação sobre o meio ambiente, compreendendo atividades de combate aos agressores encontrados no ambiente natural e aos criados pelo próprio homem, ou as que visem a criar melhores condições ambientais para a saúde, tais como a proteção hídrica, a criação de áreas verdes, o abastecimento de alimentos, a adequada remoção de dejetos e outras obras de engenharia sanitária;
- b) área de prestação de serviços a pessoas, compreendendo as atividades de proteção e recuperação da saúde das pessoas, por meio da aplicação individual ou coletiva de medidas indicadas pela medicina e ciências correlatas;
- c) área de atividades de apoio, compreendendo programas de caráter permanente, cujos resultados deverão permitir: o conhecimento dos problemas de saúde da população; o planejamento das ações de saúde necessárias; a capacitação dos recursos humanos para os programas prioritários; a produção e a distribuição dos produtos terapêuticos essenciais, e outros.

Art. 3.º Em relação a cada área de atuação, a União exercerá ações próprias e supletivas.

I — no campo da saúde coletiva, ação própria no combate às endemias, no controle das epidemias, nos casos de calamidade pública e nas ações de caráter pioneiro, utilizando na medida do possível a colaboração dos estados e municípios.

II — no campo da saúde individual, ações próprias e supletivas, de preferência conjugando os esforços e recursos da União, dos estados e dos municípios e das entidades privadas.

Art. 4.º Na elaboração de planos de programas de saúde, ter-se-á em vista definir e estabelecer mecanismos de coordenação intersetorial, para aumento da produtividade, melhor aproveitamento de recursos e meios disponíveis em âmbito nacional, regio-

nal e local, visando a uma perfeita compatibilização com os objetivos, metas e ações dos planos de desenvolvimento do governo federal e com as diretrizes da Política Nacional de Saúde.

Art. 5.º Os ministérios que desempenhem atividades incluídas no Sistema Nacional de Saúde, com base no levantamento dos problemas epidemiológicos e no diagnóstico da situação de cada área do país, inclusive no que tange aos recursos físicos, humanos e financeiros disponíveis, elaborarão programas regionais levando sempre em conta a participação de todos os órgãos públicos e privados que atuam na região de modo a organizá-los segundo hierarquia técnica condizente com a área assistida e os pontos de convergência para atendimento de riscos especiais. Parágrafo único. As Coordenadorias Regionais de Saúde, do Ministério da Saúde, instituídas pelo Decreto n.º 74 891, de 13 de novembro de 1974, atuarão como unidades de apoio ao Sistema Nacional de Saúde, com vistas à conjugação de esforços para elaboração de programas regionais que integrem num todo harmônico as atividades preventivas, curativas e de reabilitação.

Art. 6.º A construção ou ampliação de novos hospitais e outras unidades de saúde deverão observar obrigatoriamente os padrões mínimos fixados pelo Ministério da Saúde e visar ao preenchimento de lacunas na rede do sistema, verificados pelo ministério competente referido no artigo 1.º.

§ 1.º As instituições financeiras oficiais somente concederão créditos para construção, ampliação, reforma ou equipamento de unidades de saúde cujos projetos tenham sido previamente aprovados pelo ministério competente do Sistema Nacional de Saúde.

§ 2.º Fica vedada a credenciação ou o contrato de serviços de unidades de saúde pela União, inclusive por seus órgãos da administração indireta, cuja construção se inicie após a promulgação desta lei, sem que os respectivos projetos tenham sido previamente aprovados pelo ministério competente referido no artigo 1.º.

Art. 7.º O Poder Executivo baixará os atos necessários à implantação da disciplina aprovada por esta lei.

Art. 8.º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário. Brasília, 17 de julho de 1975; 154.º da Independência e 87.º da República.

Ernesto Geisel

Ney Braga

Arnaldo Prieto

Paulo de Almeida Machado

João Paulo dos Reis Velloso

Maurício Rangel Reis

L. G. do Nascimento e Silva.

DECRETO N.º 76 973,
DE 31 DE DEZEMBRO DE 1975

Dispõe sobre normas e padrões para prédios destinados a serviços de saúde, credenciação e contratos com os mesmos e dá outras providências.

O Presidente da República, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei n.º 6 229, de 17 de julho de 1975,

DECRETA:

Art. 1.º As construções e instalações de serviços de saúde em todo o território nacional obedecerão às normas e padrões fixados pelo Ministério da Saúde.

§ 1.º Compete às secretarias de saúde, ou órgãos equivalentes dos estados, do Distrito Federal, dos territórios e dos municípios, a aprovação dos projetos e autorização para funcionamento, uma vez apurado o exato cumprimento das normas e padrões de que trata esse artigo.

§ 2.º Compete às secretarias de obras, ou órgãos equivalentes dos estados, do Distrito Federal, dos territórios e dos municípios, o licenciamento para as construções e sua aprovação observadas as prescrições do código de obras local.

Art. 2.º As normas e padrões, de que trata o artigo 1.º, item I, letra g, da Lei n.º 6 229, de 17 de julho de 1975, a serem fixados por ato do Ministro da Saúde disporão sobre:

I — Conceitos e definições.

II — Localização adequada.

III — Áreas de circulação, externas e internas.

IV — Área total construída.

V — Acomodação dos pacientes.

VI — Locais para o adequado atendimento clínico, cirúrgico e de recuperação dos pacientes.

VII — Instalações sanitárias, elétricas, mecânicas e hidráulicas.

VIII — Instalações para atendimento de pacientes.

IX — Áreas destinadas à alimentação e ao lazer dos pacientes.

X — Serviços gerais especializados.

XI — Detalhes sobre os tipos de materiais de construção.

XII — Sistemas de segurança contra acidentes e de emergência.

XIII — Instalações para o destino adequado final dos dejetos.

XIV — Pormenores, atendidas às peculiaridades, necessidades locais, e condições específicas em cada caso.

Art. 3.º O Ministério da Saúde se articulará com as respectivas secretarias de saúde, a fim de orientá-las sobre o exato cumprimento e interpretação das normas baixadas em conformidade com este decreto.

Art. 4.º As instituições financeiras oficiais somente concederão créditos para a construção, ampliação ou reforma de unidades de saúde, bem assim a aquisição de equipamentos, quando os respectivos projetos tenham sido previamente aprovados pelo Ministério da Saúde.

Art. 5.º Nenhuma contratação ou credenciação de serviços com unidades de saúde será efetivada pelos órgãos da administração direta ou indireta da União sem que os respectivos projetos de construção, inclusive os de ampliação ou reforma, iniciadas após a vigência da Lei n.º 6 229, de 17 de julho de 1975, tenham recebido aprovação prévia do Ministério da Saúde.

Art. 6.º Para os efeitos deste decreto entendem-se como serviços de saúde ou unidades de saúde os hospitais, postos ou casas de saúde, consultórios, clínicas em geral, unidades médico-sanitárias, outros estabelecimentos afins ou locais onde se exerçam atividades de diagnóstico e tratamento, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 7.º A inobservância do disposto neste decreto e nas normas e padrões a serem baixados pelo Ministério da Saúde configurará infração de natureza sanitária a ser apurada e punida na forma do Decreto-Lei n.º 785, de 25 de agosto de 1969.

Art. 8.º Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 31 de dezembro de 1975; 154.º da Independência e 87.º da República.

Ernesto Geisel

Paulo de Almeida Machado

A — CONCEITOS E DEFINIÇÕES TERMINOLOGIA FÍSICA

Portaria n.º 282, de 17 de novembro de 1982.
O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 2.º do Decreto n.º 76 973, de 31 de dezembro de 1975, resolve:
I — Aprovar os conceitos e definições de que trata o item I do artigo 2.º do Decreto n.º 76 973, de 31 de dezembro de 1975, referentes a terminologia física.
II — Revogar as Portarias n.º 30, de 11 de fevereiro de 1977 e n.º 61, de 15 de fevereiro de 1979.
III - Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.
Waldyr Mendes Arcoverde

I — TERMINOLOGIA FÍSICA

A terminologia física será definida com os termos elemento e unidade, ou seja:

Elemento — Área ou compartimento com finalidade determinada que, em conjunto, compõe uma unidade do estabelecimento de saúde.

Unidade — Conjunto de elementos funcionalmente agrupados, onde são executadas atividades afins. Pode variar em número, dimensão e denominação, em função da capacidade operacional, finalidade e técnicas adotadas.

Administração (unidade) — Conjunto de elementos destinado a processar as atividades administrati-

vas do estabelecimento de saúde. Exemplo: pessoal, contabilidade, comunicação e outros.

Agência transfusional — Elemento destinado a receber e armazenar o sangue processado, pronto para aplicação.

Almoxarifado — Conjunto de elementos destinado à recepção, guarda, controle e distribuição do material necessário ao funcionamento do estabelecimento de saúde.

Ambulatório (unidade) — Conjunto de elementos que possibilita a prestação de assistência a pacientes, sem regime de internação.

Anatomia patológica (unidade) — Conjunto de elementos destinado à realização de estudos de tecidos retirados cirurgicamente de pacientes e exames macro e microscópicos de cadáveres, para fins de diagnóstico.

Área de reanimação — Elemento destinado aos primeiros cuidados ao recém-nascido e sua identificação.

Área de transferência — Elemento destinado a transferência de maca do paciente cirúrgico e serve de barreira contra contaminação.

Área restrita — Conjunto de elementos de maior rigor asséptico, protegido por barreira contra contaminação.

Arquivo médico e estatística (unidade) — Conjunto de elementos destinado a identificação, sele-

ção, controle, guarda, conservação e processamento das informações de todos os dados clínicos e sociais do paciente ambulatorial ou internado.

Compreende o registro geral, arquivo médico e a estatística.

Barreira contra contaminação — Bloqueio que deve existir nos locais de acesso a áreas onde seja exigida assepsia e somente permitida a entrada de pessoas com indumentária completa.

Berçário (unidade) — Conjunto de elementos destinado a alojar recém-nascidos sadios, prematuros e patológicos.

Capela — Elemento destinado à realização de atos ou ofícios religiosos.

Centro cirúrgico (unidade) — Conjunto de elementos destinado às atividades cirúrgicas, bem como à recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata.

Centro cirúrgico-obstétrico (unidade) — Conjunto de elementos destinado às atividades cirúrgicas e obstétricas.

Centro de material (unidade) — Conjunto de elementos destinado à recepção e expurgo, preparo e esterilização, guarda e distribuição do material para as unidades do estabelecimento de saúde.

Centro obstétrico (unidade) — Conjunto de elementos destinado à higienização, trabalho de parto, parto e os primeiros cuidados com os recém-nascidos.

Consultório — Elemento destinado ao desenvolvimento de consulta (médica, odontológica, enfermagem e outras).

Copa — Elemento destinado à distribuição dos alimentos e ao preparo eventual de pequenas refeições.

Depósito de material de limpeza — Elemento destinado à guarda de aparelhos, utensílios e material de limpeza.

Depósito de equipamento — Elemento destinado à guarda de peças de mobiliário, aparelhos, equipamento e acessórios de uso eventual.

Dispensação de medicamentos — Elemento destinado à recepção, à guarda, ao controle e à distribuição de medicamentos industrializados para uso dos pacientes.

Emergência (unidade) — Conjunto de elementos destinado à assistência de pacientes, cujos agravos à saúde necessitam de atenção imediata, com ou sem risco de vida.

Enfermaria — Elemento destinado à internação de três a seis pacientes.

Farmácia — Conjunto de elementos destinado à manipulação de fórmulas magistrais e oficinais e à recepção, guarda, controle e distribuição de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos para uso dos pacientes.

Hemoterapia (unidade) — Conjunto de elementos destinado à colheita, armazenamento, distribuição e aplicação de sangue e seus derivados.

Internação (unidade) — Conjunto de elementos destinado à acomodação e assistência do paciente internado.

Internação geral (unidade) — Conjunto de elementos destinado à internação de pacientes em leitos indiferenciados.

Internação especial (unidade) — Conjunto de elementos destinado a pacientes, exigindo características especiais, como berçário e pediatria.

Isolamento — Conjunto de elementos, dotado de barreira contra contaminação, destinado a internar pacientes suspeitos ou portadores de doenças transmissíveis (contagiosas).

Isolamento reverso — Conjunto de elementos, dotado de barreira contra contaminação, destinado à proteção de pacientes altamente suscetíveis, os imunodeprimidos e os queimados.

Lactário (unidade) — Conjunto de elementos destinado ao preparo de alimentação para crianças, basicamente fórmulas lácteas, manipuladas em área restrita.

Medicina física (unidade) — Conjunto de elementos destinado ao emprego de agentes físicos para fins de diagnóstico (eletrodiagnóstico), tratamento e reabilitação, através da eletroterapia, termoterapia, fototerapia, hidroterapia, massoterapia e mecanoterapia.

Medicina nuclear (unidade) — Conjunto de elementos onde se realizam as atividades relacionadas com a utilização de substâncias radioativas, para fins de diagnóstico e tratamento.

Necrotério — Elemento destinado à guarda e conservação do cadáver até a sua remoção ou a realização da necropsia.

Patologia clínica (unidade) — Conjunto de elementos destinado à realização de análises clínicas necessárias ao diagnóstico e à orientação terapêutica de pacientes.

Pediatria (unidade) — Conjunto de elementos destinado à internação de pacientes de até 14 anos.

Posto de enfermagem — Elemento destinado às atividades administrativas do serviço de enfermagem.

Pronto atendimento — Conjunto de elementos destinado a atender urgências dentro do horário de serviço do estabelecimento de saúde.

Quarto — Elemento destinado à internação de um ou dois pacientes ou de um paciente e um acompanhante.

Radiodiagnóstico (unidade) — Conjunto de elementos onde se concentram os equipamentos e se realizam as atividades concernentes ao uso dos raios X para fins de diagnóstico.

Radioterapia (unidade) — Conjunto de elementos destinado ao emprego dos raios X e radiações ionizantes com fins terapêuticos.

Rouparia — Elemento ou local destinado à guarda de roupa proveniente da lavanderia.

Sala de admissão e higienização — Elemento destinado à admissão e preparo da parturiente.

Sala de atendimento — Elemento destinado a atender pacientes externos pelo pessoal de saúde (controle de gestante, criança e outro).

Sala de cirurgia — Elemento destinado à realização de intervenções cirúrgicas.

Sala de curativos — Elemento destinado a exames, curativos e outros procedimentos médicos e de enfermagem.

Sala de espera — Elemento destinado a pacientes, acompanhantes que aguardam atendimento, visitas e outros. Pode ser utilizada também para educação dos pacientes.

Sala de imunização — Elemento destinado à aplicação, conservação e registro de vacinas.

Sala de parto — Elemento destinado ao atendimento do parto por via baixa.

Sala de pré-parto — Elemento destinado a acomodar a parturiente durante a fase inicial do trabalho de parto.

Sala de preparo — Elemento destinado a pesar, medir, verificar pressão arterial ou outro preparo do paciente para consulta ou exame.

Sala de recuperação — Elemento onde se concentram os pacientes egressos das salas de operação para receberem os cuidados pós-anestésicos e/ou

pós-operatório imediatos.

Sala de reidratação — Elemento destinado à reidratação de crianças.

Sala de serviço — Elemento destinado ao preparo da medicação e do material utilizado na assistência ao paciente.

Sala de utilidade ou expurgo — Elemento destinado à limpeza, desinfecção e guarda dos utensílios utilizados na assistência ao paciente.

Sala de visitadoras sanitárias — Elemento destinado ao trabalho das visitadoras.

Secretaria — Elemento destinado à realização das atividades administrativas específicas.

Serviços complementares de diagnóstico e tratamento — Conjunto de unidades onde se realizam atividades que complementam o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação de pacientes.

Serviços gerais (unidade) — Conjunto de elementos onde se realizam os serviços que suprem roupa, alimentação, transporte e todo material necessário para o funcionamento do estabelecimento de saúde.

Serviços mecânicos (unidade) — Conjunto de elementos destinado à instalação e manutenção necessárias ao funcionamento do estabelecimento de saúde. Exemplo: oficinas de manutenção, conservação e reparos, central de oxigênio, vácuo, vapor, gerador de emergência, caldeira, etc.

Tratamento intensivo (unidade) — Conjunto de elementos destinado à acomodação de pacientes que exigem assistência médica e de enfermagem ininterrupta, além da utilização de equipamento especializado.

Velório — Elemento destinado à permanência do cadáver para ser velado pela família.

1. Introduction

2. Literature Review

3. Methodology

4. Results

5. Discussion

6. Conclusion

The purpose of this study is to investigate the relationship between ethical leadership and employee trust.

It is expected that ethical leaders will be perceived as more trustworthy than unethical leaders.

This study contributes to the literature on ethical leadership and trust.

The findings of this study have implications for organizations and managers.

Future research should explore the underlying mechanisms of this relationship.

Keywords: ethical leadership, trust, organizational behavior.

1. Introduction

In recent years, there has been a growing concern about the ethical behavior of leaders in organizations.

Research has shown that ethical leadership is associated with positive organizational outcomes.

One of the key mechanisms through which ethical leadership influences outcomes is trust.

Trust is a critical component of organizational success and is often cited as a key factor in employee performance.

Therefore, understanding the relationship between ethical leadership and trust is important for organizations.

This study aims to explore the relationship between ethical leadership and trust.

The research questions are: (1) How does ethical leadership influence trust? (2) What are the underlying mechanisms of this relationship?

The study is organized as follows: Section 2 reviews the literature on ethical leadership and trust. Section 3 describes the methodology. Section 4 presents the results. Section 5 discusses the findings. Section 6 concludes the study.

2. Literature Review

2.1 Ethical Leadership

Ethical leadership refers to the degree to which leaders exhibit ethical behavior and promote ethical values in their organizations.

Ethical leaders are characterized by their honesty, integrity, and fairness in their interactions with others.

Research has shown that ethical leadership is associated with positive organizational outcomes, such as increased employee trust, organizational commitment, and performance.

One of the key mechanisms through which ethical leadership influences outcomes is trust.

Trust is a critical component of organizational success and is often cited as a key factor in employee performance.

Therefore, understanding the relationship between ethical leadership and trust is important for organizations.

B — HOSPITAL GERAL DE PEQUENO E MÉDIO PORTE

PORTARIA N.º 400, de 6 de dezembro de 1977

O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 2.º do Decreto n.º 76 973, de 31 de dezembro de 1975, e tendo em vista o disposto no artigo 1.º, inciso I, letra g, da Lei n.º 6 229, de 17 de julho de 1975, resolve:

I — Ficam aprovadas as normas e os padrões sobre construções e instalações de serviços de saúde, que com esta baixam, a serem observados em todo o território nacional, em complementação à Portaria Ministerial n.º 80, de 11 de fevereiro de 1977, para os efeitos do disposto nos artigos 4.º e 5.º do Decreto n.º 76 973, de 31 de dezembro de 1975.

II — O órgão competente da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde, se articulará com as secretarias de saúde, a fim de orientá-las sobre o exato cumprimento e interpretação das normas aprovadas.

III — A inobservância das normas e padrões aprovados por esta portaria constitui infração à legislação sanitária federal tal como configurado no artigo 10 inciso II, da Lei n.º 6 437, de 20 de agosto de 1977.

Paulo de Almeida Machado

(Modificada pela Portaria n.º 138, de 27 de março de 1978.)

II — LOCALIZAÇÃO ADEQUADA

Deverá ser levado a efeito estudo das condições especiais para a localização do hospital e escolha de terreno, objetivando-se:

a) Abastecimento de água adequado em qualidade e quantidade, com um mínimo de 500 litros por dia e por leito. Disponibilidade de rede de esgotos e de água pluviais, assim como de luz, força, telefone e gás.

b) Proximidade do centro da comunidade a que a instituição médico-hospitalar se destinar, facilidade de vias de acesso e meios de transporte.

c) Ocupação de, no máximo, 50% da área total do terreno, já computadas as de ampliações futuras.

d) Orientação da construção que permita iluminação e ventilação adequadas nos locais de permanência prolongada dos pacientes e em outros especiais, como os centros cirúrgico e obstétrico.

e) Existência de drenagem natural, e evitar movimentação de terra e terrenos de aterro.

f) Afastamento mínimo de 5 m em relação às vias públicas e de 3 m em relação às divisas de propriedades vizinhas, obedecendo-se às leis estaduais e códigos de posturas municipais.

g) Evitar proximidade de áreas de influência de indústrias, depósitos de inflamáveis e explosivos, quartéis, centros de diversões, cemitérios e outros agentes produtores de ruídos, poeiras, fumaças e

fortes odores.

III — ÁREAS DE CIRCULAÇÃO EXTERNA E INTERNA

1. CIRCULAÇÃO EXTERNA

1.1 ENTRADAS E SAÍDAS

Todo hospital deverá ter as seguintes entradas e saídas independentes:

- a) para pacientes e visitantes;
- b) para servidores, material e serviço;
- c) para a unidade de emergência;
- d) para a unidade de ambulatório (ou de pacientes externos);
- e) para a saída de guarda de cadáveres.

1.2 LOCAIS DE ESTACIONAMENTO

Deverão ser previstos locais de estacionamento para viaturas de servidores, acompanhantes, bem como para ambulâncias e demais veículos de serviço, respeitado um mínimo de 12 m² para cada 4 leitos.

2. CIRCULAÇÃO INTERNA

A circulação interna do hospital deverá ser estudada de forma a:

- a) proteger de tráfego estranho ao serviço áreas como centro cirúrgico, centro obstétrico, unidade de terapia intensiva, berçário e unidades especiais de isolamento;
- b) evitar o cruzamento dos tráfegos limpo e contaminado;
- c) evitar o cruzamento desnecessário de pacientes internados, externos e de visitantes.

A circulação interna compreende:

2.1 CIRCULAÇÃO HORIZONTAL

2.1.1 Os corredores de circulação de pacientes ambulantes ou em cadeiras de rodas, macas ou camas, de tráfego intenso de pessoal, de material, deverão ter a largura mínima de 2 m, não podendo ser utilizados como sala de espera.

Nas áreas de circulação só poderão ser colocados cabines telefônicas, bebedouros, extintores de incên-

dio e lavatório, de tal forma que não obstruam o tráfego ou reduzam a largura mínima especificada.

2.1.2 Os corredores internos e de uso exclusivo do serviço, quando destinados apenas à circulação de pessoal e de cargas não volumosas, deverão ter um mínimo de 1,20 m de largura.

2.2 CIRCULAÇÃO VERTICAL

A circulação vertical para movimentação de pacientes da unidade hospitalar só poderá ser feita, basicamente, através de rampas e elevadores.

2.2.1 Escadas

A construção das escadas deverá obedecer à portaria do Ministério do Trabalho referente à prevenção de incêndio, ao código de obras da localidade e outras exigências legais supervenientes, bem como às seguintes especificações adicionais:

- a) as escadas que, por sua localização, se destinem ao uso de pacientes, deverão ter largura mínima de 1,50 m e serem providas de corrimão;
- b) nas unidades de internação, a distância entre a escada e a porta do quarto (ou enfermaria) mais distante não deverá ultrapassar 35 m;
- c) escadas destinadas ao uso exclusivo do pessoal deverão ter largura mínima de 1,20 m;
- d) o piso de cada degrau deverá ser antiderrapante e ter profundidade mínima de 30 cm;
- e) a altura de cada degrau não deverá ser superior a 14 cm;

Obs.: As variações possíveis dos degraus deverão obedecer à seguinte fórmula: 2 vezes altura + profundidade = 64 cm.

- f) nenhuma escada deverá ter degraus dispostos em leque;
- g) nenhum lance de escada deverá vencer mais de 2,00 m sem patamar intermediário;
- h) o vão de escada não poderá ser utilizado para a instalação de elevador ou monta-cargas;
- i) as escadas não poderão abrir diretamente no corredor;
- j) o **hall** das escadas servindo mais de três pavimentos deverá estar isolado por porta corta-fogo;
- l) no pavimento em que se localize a saída do prédio deverá estar nitidamente assinalado "SAÍDA".

2.2.2 Rampas

As rampas deverão ser construídas obedecendo os itens:

- a) rampas só poderão ser utilizadas para atender, no máximo, a dois pavimentos;
- b) nenhuma rampa poderá ter inclinação superior a 10%;
- c) nenhuma rampa deverá ter largura inferior a 2,00 m;
- d) toda rampa deverá ter, obrigatoriamente, piso antiderrapante e proteções laterais com corrimão;
- e) em nenhum ponto da rampa o pé-direito deverá ser inferior a 2,00 m.

2.2.3 Elevadores

A instalação de elevadores deverá obedecer à Norma NB-30 da ABNT, aos dispositivos legais do Ministério do Trabalho e a outras exigências legais, bem como às seguintes especificações adicionais.

2.2.3.1 Capacidade

A instalação deverá ser capaz de transportar em cinco minutos:

- 8% da população calculada em 1,5 pessoas por leito, onde houver monta-cargas para o serviço de alimentação e material;
- 12% da população calculada em 1,5 pessoas por leito, onde não houver monta-cargas.

2.2.3.2 Para transporte de pacientes

Deverão ser instalados elevadores para o transporte de pacientes em toda instituição que tenha unidade de internação ou unidade de diagnóstico e tratamento dos pacientes internados, centro cirúrgico, centro obstétrico, unidade de terapia intensiva e radiologia, localizadas em pavimento diferente do térreo. Excetuam-se os hospitais onde uma ou mais das unidades acima referidas estejam localizadas num pavimento apenas, diverso do térreo e servido por rampa.

Especificações a serem observadas:

- a) em hospital de até 200 leitos deverão ser previstos dois elevadores para pacientes;
- b) em hospital com mais de 200 leitos deverá ser previsto um elevador para pacientes, para cada 100 leitos ou fração;
- c) as dimensões mínimas da cabine do elevador para pacientes serão de 2,20 m x 1,20 m, para possibili-

tar o transporte de macas;

- d) o elevador para pacientes deverá ter portas de correr simultâneas na cabine e no pavimento, com largura livre de 1,10 m;
- e) todo elevador para pacientes deverá estar dotado de nivelamento automático e de dispositivo que possibilite a interrupção das chamadas dos andares, para levar a cabine diretamente ao andar desejado.

2.2.3.3 Para passageiros e carros de transporte.

A instalação deverá obedecer aos seguintes itens:

- a) sempre que os elevadores para pacientes não satisfizerem o volume de tráfego total, calculado de acordo com os valores mínimos discriminados no item 2.3.1, deverão ser instalados elevadores adicionais para o transporte de médicos, servidores, visitantes e mercadorias;
- b) os elevadores destinados ao transporte de mercadorias deverão ser dotados de portas de correr simultâneas, na cabine e no pavimento;
- c) quando o serviço de alimentação for instalado em pavimento superior ao térreo, deverá ser previsto elevador ou monta-cargas específico para o abastecimento.

2.2.3.4 Comando

Os elevadores servindo a mais de quatro pavimentos deverão ter comando automático, coletivo, com seleção na subida e na descida.

2.2.4 Monta-cargas

A instalação de monta-cargas deverá obedecer à norma NB-30 da ABNT, bem como às seguintes especificações adicionais:

- a) os monta-cargas instalados em hospital deverão ser utilizados unicamente para o transporte de cargas limpas, nunca para o transporte de lixo ou de roupa usada;

Obs.: Esta prescrição não se aplica quando se prevê a utilização de recipientes fechados.

- b) as portas dos monta-cargas deverão abrir para recintos fechados e nunca diretamente para o corredor;
- c) em cada andar o monta-cargas deverá ser dotado de porta corta-fogo, automática, do tipo leve.

2.2.5 Tubo de Queda

Não é permitido tubo de queda para lixo e roupa usada.

IV — ÁREA TOTAL CONSTRUÍDA

A estimativa das necessidades de área de construção por leito, do hospital geral, faz-se com base no estudo de três das principais unidades do hospital, quais sejam a de internação, a de diagnóstico e tratamento e a de administração e apoio.

Admite-se que deva ser satisfeito um mínimo de 45 m² de construção por leito, em hospitais de até 150 leitos, e que valores próximos a este são igualmente aceitáveis.

Recomenda-se as seguintes relações por unidade:

Unidade de internação	21 m ² /leito
Unidade de diagnóstico e tratamento	12 m ² /leito
Unidade de administração e apoio	12 m ² /leito

Obs.: a) Não foram incluídas, para efeito de cálculo, as áreas destinadas à unidade de ambulatório, uma vez que a mesma não guarda relação de proporção

com os leitos instalados.

b) Os valores acima mencionados incluem áreas de circulação, paredes e poços.

V — ACOMODAÇÃO DE PACIENTES

VI — LOCAIS PARA ADEQUADO ATENDIMENTO CLÍNICO, CIRÚRGICO E DE RECUPERAÇÃO DE PACIENTES

VII — INSTALAÇÕES SANITÁRIAS, ELÉTRICAS, MECÂNICAS E HIDRÁULICAS

VIII — INSTALAÇÕES PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES

IX — ÁREAS DESTINADAS À ALIMENTAÇÃO E AO LAZER DOS PACIENTES

X — SERVIÇOS GERAIS E ESPECIALIZADOS

1. UNIDADE DE ADMINISTRAÇÃO

ELEMENTOS	ÁREA MÍNIMA EM m ²	
	Até 50 leitos	Até 150 leitos
Hall de entrada	30	40
Portaria e recepção	8	12
Sanitários para público — ambos os sexos (2)	4	4
Sanitários para pessoal — ambos os sexos (2)	4	4
Registro e matrícula de Pacientes	8	12
Secretaria: comunicação, arquivo, contabilidade e pessoal	24	60
Sala para elaboração de contas hospitalares	—	16
Sala para serviço de compras de material	—	8
Sala para tesouraria e caixa	—	8
Sala da diretoria clínica	—	12
Sanitário anexo à diretoria clínica	—	2
Sala de reuniões	20	20
Depósito para material de limpeza	2	2
Sala de espera	—	12
Sala para chefia de enfermagem	10	10
Sanitário anexo à chefia de enfermagem	2	2
Sala para secretaria do serviço de enfermagem	—	12
Sala da chefia dos serviços administrativos	—	12
Sanitário anexo à chefia dos serviços administrativos	—	2
Sala para a secretaria do diretor administrativo	—	12
Sala para o diretor administrativo	12	12
Sala para o provedor ou diretor-presidente	—	12
Sanitário anexo à sala do diretor-presidente ou provedor	—	2
Copa	—	8

Nota: Recomenda-se a inclusão de área própria para auditório dentro das previsões da unidade de administração.

2. UNIDADE DE CONFORTO DO CORPO CLÍNICO

ELEMENTOS	ÁREA MÍNIMA EM m ²	
	Até 50 leitos	Até 150 leitos
Vestiário para médicos	8	12
Sanitário anexo ao vestiário para médicos, com chuveiro	3	3
Vestiário para médicas	—	8
Sanitário anexo ao vestiário para médicas, com chuveiro	—	3
Sala de estar dos médicos	8	20
Quarto dos médicos plantonistas	9	27
Sanitário anexo ao quarto dos médicos plantonistas	3	9
Copa	—	8

Notas: A biblioteca hospitalar deverá ser planejada considerando-se a conveniência de sua proximidade com a unidade de arquivo médico e estatística, para maior facilidade dos profissionais da unidade.
Em hospitais de até 150 leitos, a biblioteca poderá estar integrada à unidade de arquivo médico e estatística ou à sala de reuniões.

3. UNIDADE DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA

ELEMENTO	ÁREA MÍNIMA EM m ²	
	Até 50 leitos	Até 150 leitos
Arquivo médico e estatística	24	60

Nota: O serviço de arquivo médico e estatística poderá ser desmembrado, situando-se a parte de estatística em local diferente, desde que de fácil acesso ao corpo clínico e não distante do ambulatório.

4. UNIDADE DE AMBULATÓRIO

ELEMENTOS	ÁREA MÍNIMA EM m ²	
	Até 50 leitos	Até 150 leitos
Hall de entrada, sala de espera, recepção e registro	50	64
Sanitário para público — ambos os sexos (2)	4	8
Sanitário para pessoal — ambos os sexos (2)	4	8
Sala para secretaria da unidade de ambulatório	8	14
Consultório médico	9	9
Sala de serviços	8	8
Sala de utilidades	8	8
Sala para depósito de material de limpeza	4	4
Sala para ações de saúde pública	12	12
Sala para chefia da unidade de ambulatório	—	8
Sanitário anexo à sala de chefia de unidade de ambulatório	—	2
Sala para serviço social	8	8
Sala para inspetoria de saneamento	8	8
Sala para visitantes sanitários	—	12
Sala de demonstrações	20	20

Notas: Os quatro últimos elementos mencionados são considerados o mínimo exigível no caso de a unidade ambulatorial servir como centro de saúde.

A unidade ambulatorial deverá estar localizada de modo a permitir entrada privativa e independente, fácil acesso aos serviços complementares de diagnóstico e tratamento e circulação interna própria.

Os consultórios deverão ser reunidos de acordo com a finalidade a que se prestarem, nas áreas das clínicas médicas, pediátrica, gineco-obstétrica, cirúrgica e odontológica e outras; servirão, igualmente, para salas de tratamento, inclusive para pequenas cirurgias.

Os consultórios devem ter dimensão mínima linear de 2,50 m.

Os consultórios de clínica oftalmológica devem ter uma dimensão mínima de 6,50 m, quando não se dispuser de equipamento moderno de refração.

Os consultórios de clínica otorrinolaringológica devem ter área para audiometria com mínimo de 5 m², com tratamento acústico.

Os consultórios de clínica gineco-obstétrica, proctológica e urológica devem dispor de sanitários privativos.

Os consultórios de ortopedia devem ter área mínima de 18 m².

As áreas previstas para espera, cerca de 5 m² por consultório, devem ser, sempre que possível, descentralizadas, constituindo áreas individuais para:

- pacientes aguardando matrícula;
- pacientes aguardando consulta.

Obs.: A descentralização deve permitir, no mínimo, separação dos locais de espera para pediatria, higiene materno-infantil e doenças transmissíveis.

5. UNIDADE DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

5.1 UNIDADE DE FISIOTERAPIA

ELEMENTOS	ÁREA MÍNIMA EM m ²	
	Até 50 leitos	Até 150 leitos
Sala de recepção e espera	—	16
Sala de tratamento	18	—
Sanitários para público — ambos os sexos (2)	—	4
Sala para consultório médico	—	9
Sala para massagem, eletroterapia e mecanoterapia	—	24
Depósitos de aparelhos	—	8
Sala para fisioterapeuta e auxiliares	—	8
Sanitários para pessoal — ambos os sexos (2)	—	4
Vestiário e sanitário para pacientes — ambos os sexos	—	12

5.2 UNIDADE PARA HEMOTERAPIA

ELEMENTOS	ÁREA MÍNIMA EM m ²	
	Até 50 leitos	Até 150 leitos
Sala de secretaria, recepção e identificação de doadores	12	16
Sala de colheita de sangue e de exame de doadores	16	—
Sala para laboratório	20	24
Sala de exames de doadores	—	10
Sala de colheita (2 leitos ou poltronas)	—	16

Nota: Os hospitais de pequeno porte e médio porte localizados em áreas metropolitanas poderão optar por agência transfusional, quando mantenham estreita articulação com hospital que disponha de unidade de hemoterapia. Entende-se por agência transfusional aquela que recebe o produto processado, pronto para aplicação.

A unidade deve ser localizada de modo a permitir fácil acesso para doadores e para as unidades de emergência, de centro cirúrgico e de centro obstétrico.

5.3 UNIDADE DE PATOLOGIA CLÍNICA

ELEMENTOS	ÁREA MÍNIMA EM m ²	
	Até 50 leitos	Até 150 leitos
Recepção e espera	—	16
Sala para exames de rotina	16	—
Sala para colheita de material	—	12
Sanitário anexo à sala de colheita de material	—	2
Sala para secretaria da unidade	—	8
Sala para médicos	—	8
Laboratório	—	36
Sala para limpeza e esterilização de material	—	14
Sala para técnicos do laboratório	—	8
Depósito de materiais	—	8
Sanitários para pessoal — ambos os sexos (2)	—	4

Nota: A área total prevista no item laboratório refere-se a laboratório que executa exames de urina, parasitologia, bioquímica, hematologia, sorologia, bacteriologia e microscopia.

5.4. UNIDADE DE ANATOMIA PATOLÓGICA

5.4.1 Patologia cirúrgica

ELEMENTOS	ÁREA MÍNIMA EM m ²	
	Até 50 leitos	Até 150 leitos
Secretaria, arquivo de lâminas e peças de microscopia	—	8
Recepção de peças e preparo de técnicas histológicas	—	8

5.4.2 Patologia de necropsia

ELEMENTOS	ÁREA MÍNIMA EM m ²	
	Até 50 leitos	Até 150 leitos
Sala para o médico patologista	—	8
Sanitário anexo à sala do médico patologista com chuveiro	—	3
Câmara frigorífica para cadáver	—	8
Vestiário de pessoal	—	8
Sanitário anexo ao vestiário de pessoal — com chuveiro	—	3
Sala para limpeza e esterilização de material	—	14
Sala para necropsia	—	20
Sala para utilidades	—	8
Secretaria	—	8
Sala para preparo de peças	—	12
Sala para guarda de peças	—	8
Sala para técnicos	—	8
Sanitário anexo à sala para técnicos com chuveiro	—	3

Nota: Nos hospitais de 50 leitos deverá ser prevista uma sala para guarda de cadáveres, de, no mínimo, 16 m².

5.5 UNIDADE DE RADIOLOGIA CLÍNICA

ELEMENTOS	ÁREA MÍNIMA EM m ²	
	Até 50 leitos	Até 150 leitos
Recepção, secretaria e espera	—	20
Sala de espera para paciente em maca ou cadeira de rodas	—	12
Sala para interpretação radiográfica e arquivo	8	10
Sanitário para pacientes — ambos os sexos (2)	2	4
Vestiário especial anexo a uma ou duas salas de exame	—	12
Copa	—	4
Sala para preparo de paciente, com sanitário	—	6
Sala para câmara escura convencional, com ou sem câmara clara ou processamento automático	10	10
Depósito de material	4	4
Depósito de material de limpeza	—	2
Sala para aparelho de raios X, fixo	25	25
Depósito de aparelho de raios X, transportável	—	4
Recepcionista	—	4
Sala para arquivo de chapas radiográficas	—	16
Sala para médicos da unidade	—	8
Sanitário anexo à sala do médico da unidade	—	2
Secretaria	—	10
Sala para técnicos operadores de raios X	—	8

Nota: O serviço de radiologia deve obedecer às determinações constantes de norma brasileira de proteção radiológica, da ABNT, e a outras exigências legais supervenientes.

São dispostos como padrões recomendáveis, não obrigatórios:

- a) a unidade deve estar localizada, preferencialmente, em pavimento térreo, de modo a permitir fácil acesso aos pacientes de ambulatório, à unidade de emergência e à circulação vertical necessária aos pacientes internados;
- b) a unidade deve estar localizada de modo a impedir contaminação radiológica de pessoas e materiais;
- c) a unidade deve estar localizada de modo a permitir sua expansão futura, guardadas as exigências técnicas e a crescente demanda e complexidade dos serviços.

5.6. UNIDADE DE ELETROCARDIOGRAFIA

ELEMENTO	ÁREA MÍNIMA EM m ²	
	Até 50 leitos	Até 150 leitos
Sala de exame de paciente e traçados gráficos	8	12

5.7. DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTO

ELEMENTO	ÁREA MÍNIMA EM m ²	
	Até 50 leitos	Até 150 leitos
Sala para dispensário de medicamento	8	16

6. UNIDADE DE INTERNAÇÃO GERAL

ELEMENTOS	ÁREA MÍNIMA EM m ²	
	Até 50 leitos	Até 150 leitos
Posto de enfermagem	6	6
Sala de serviço	8	8
Sala de exames e curativos	9	12
Sala de utilidades	9	9
Depósito de material sujo (roupa e lixo)	4	4
Copa	8	8
Sala de refeitório ou de estar	12	14
Rouparia	4	4
Depósito de materiais e equipamentos	8	8
Sanitário para pessoal — ambos os sexos (2)	4	4
Sala para relatório e prescrição médica	—	8
Quarto de isolamento	9	9
Sanitário anexo ao quarto de isolamento, com chuveiro	3	3
Antecâmara com lavatório e visor	2	2
Quarto para um leito	9	9
Sanitário anexo ao quarto de um leito — com chuveiro	3	3
Quarto para dois leitos	14	14
Sanitário anexo ao quarto de dois leitos — com chuveiro	3	3
Enfermaria para três leitos	19,50	19,50
Sanitário anexo à enfermaria de três leitos ou mais — com chuveiro	3	3

Notas: A unidade deve ter até 25 leitos, quando constituída de quartos individuais; até 32 leitos quando constituída de quartos de dois leitos e até 40 leitos quando distribuída entre quartos e enfermarias.

A profundidade das enfermarias não deve permitir a colocação de mais de três leitos paralelos à janela.

Nos quartos e enfermarias, a fim de manter-se livre circulação e facilidade de atendimento, são exigidos, como mínimos, os seguintes espaços: 50 cm entre o leito e a parede paralela, 150 cm entre o pé do leito e a parede ou o outro leito fronteiro, 100 cm entre dois leitos paralelos.

São consideradas áreas mínimas por leito:

- quarto de um leito: 9 m² por leito;
- quarto de dois leitos: 7 m² por leito;
- enfermaria de três leitos: 6,50 m² por leito;
- enfermaria de mais de três leitos: 6 m² por leito.

Os quartos e as enfermarias devem ter como medida linear mínima 2,50 m.

Somente a cabeceira do leito poderá estar encostada à parede.

Em enfermarias, o maior número de leitos permitido é de seis, com sanitários individuais.

Obs.: Enfermarias com mais de quatro leitos devem ser previstas somente em hospitais de grande porte, porque permitem pouca flexibilidade na utilização dos leitos.

O posto de enfermagem deve estar em posição central em relação aos leitos da unidade, não devendo distar mais de 35 m do leito mais afastado.

Cada quarto ou enfermaria deverá ter acesso direto a um sanitário que poderá servir simultaneamente a dois cômodos anexos, desde que sejam observados os seguintes registros mínimos:

- 1 vaso sanitário para 6 leitos;
1 lavatório para cada 6 leitos;
1 chuveiro para cada 12 leitos.
- acesso ao vaso sanitário através de vestíbulo ventilado provido de lavatório.

Recomenda-se a previsão de lavatórios adicionais para uso de médicos e pessoal de enfermagem, instalados em recessos de circulação.

Obs.: A guarda de macas e de cadeiras de rodas poderá ser feita em recesso de circulação.

7. UNIDADE DE BERÇÁRIO

ELEMENTOS	ÁREA MÍNIMA EM m ²	
	Até 50 leitos	Até 150 leitos
Posto de enfermagem	4	12
Sala para preparo e higienização do recém-nascido	4	6
Sala de utilidades	—	8
Sala de serviço	—	8
Rouparia	—	2

Notas: Recomenda-se a permanência de mãe e filhos saudáveis num mesmo ambiente, com a prática de ações que configuram a técnica conhecida como *rooming-in* (alojamento conjunto). Adotada esta técnica, o berço deve ficar com separação mínima de 2 m de outro berço e colocado sempre ao lado da mãe. Dispensa-se, no caso, o berçário de recém-nascidos saudáveis.

Para cada leito de obstetrícia deve existir um berço para recém-nascido saudável, centralizado na unidade de berçário. A unidade de berçário justifica-se quando o número de berços para recém-nascidos for superior a 12.

Para cada berço de recém-nascido saudável deve haver 2,20 m² de área.

Para berço de isolamento, de prematuros e nascidos fora do centro obstétrico, deve haver 2,50 m² de área, guardando entre si afastamento mínimo de 1 m.

A sala para recém-nascidos saudáveis tem seu limite máximo de lotação fixado em 12 berços, guardando entre si afastamento mínimo de 0,60 m.

A sala para recém-nascidos prematuros ou de baixo peso tem seu limite máximo de lotação fixado em seis berços.

A sala para isolamento de recém-nascidos patológicos ou portadores de doenças transmissíveis tem seu limite máximo de lotação em 6 berços.

A sala de observação para recém-nascidos fora do centro obstétrico tem seu limite máximo de lotação fixado em 6 berços.

Para cada grupo de 24 berços de recém-nascidos saudáveis deve haver um posto de enfermagem e uma sala para exame, higienização e rouparia.

Os berços para recém-nascidos, ainda em que número inferior a 24, devem ser divididos, em duas salas, pelo posto de enfermagem e pela sala de exame, higienização e rouparia.

Devem ser calculados, num mínimo de 10% sobre o total, os berços para recém-nascidos com menos de 2 500 g ou que necessitem de incubadora, berço aquecido e de cuidados especiais.

Devem ser calculados, num mínimo de 10% sobre o total, os berços para isolamento, e em 5% os berços para a sala de observação.

Para as salas de isolamento de prematuros e de observação deve ser prevista área própria para anotações de enfermagem e higienização, privativo da unidade.

Fica reservado à instituição o direito de localizar dentro da unidade de obstetrícia a unidade de berçário, quando esta última for de pequenas dimensões.

Cada sala deverá ser dotada de lavatório com torneira comandada sem o uso das mãos.

Quando o número de berços para recém-nascidos for superior a 12, as incubadoras e os leitos aquecidos podem ser localizados numa das salas para recém-nascidos saudáveis.

O acesso à unidade só deve ser feito através do posto de enfermagem da própria unidade.

Recomendam-se visores para as circulações internas e externas.

8. UNIDADE DE LACTÁRIO

ELEMENTOS	ÁREA MÍNIMA EM m ²	
	Até 50 leitos	Até 150 leitos
Sala da encarregada	—	8
Sanitário anexo à sala da encarregada	—	2
Sala de preparação e esterilização de mamadeiras	—	12
Sala de guarda de mamadeira e alimentos preparados	—	8
Sala de vestiário	—	4

Obs.: O lactário poderá estar localizado no serviço de alimentação, na unidade de berçário ou em outro local afastado de contaminação e tráfego, desde que permita boa supervisão e fácil acesso aos locais de consumo.

9. UNIDADE DE PEDIATRIA

ELEMENTOS	ÁREA MÍNIMA EM m ²	
	Até 50 leitos	Até 150 leitos
Posto de enfermagem	—	8
Sala de serviço	—	8
Sala para exames e curativos	—	12
Copa	—	8
Sala de utilidades	—	8
Rouparia	—	4
Depósito	—	8
Sanitários para pessoal — ambos os sexos (2)	—	4
Sala de refeitório e recreação	—	24

Notas: Unidade de pediatria não deve existir em hospitais com menos de 50 leitos, reservando-se, neste, de 15 a 20% de sua capacidade para leitos pediátricos.

Em hospitais de pequeno porte não se justifica serviço de enfermagem especializado em pediatria.

São consideradas áreas mínimas por leito pediátrico:

- para recém-nascidos ou lactentes: 2,50 m²;
- para infantes e pré-escolares: 3,50 m²;
- para escolares: 5 m².

A unidade pediátrica com um mínimo de 30 e máximo de 70 leitos deve ser dividida em quatro partes:

- 50% da capacidade para crianças de até 2 anos;
- 30% da capacidade para infantes (2 a 5 anos);
- 10% da capacidade para pré-escolares (5 a 7 anos);
- 10% da capacidade para escolares (7 a 12 anos).

Um máximo de 12 crianças, de até 2 anos, poderá ser agrupado numa enfermaria, que deve estar ligada a outra enfermaria através de um subposto de enfermagem e sala de higienização (de 12 m²).

Os infantes não devem ser agrupados em enfermarias de mais de seis leitos, separadas duas a duas por elemento de 12 m², para subposto de enfermagem e sanitário completo.

O refeitório e sala de recreação devem guardar proporções mínimas de 1,20 m² por leito pediátrico, excluídos os berços, e com capacidade para 50% dos pacientes.

Os quartos e enfermarias devem ser dotados de lavatórios.

Para os lactentes devem ser previstos banheira e balcão para higienização.

Para os infantes devem ser previstos banheira com balcão, chuveiros e lavatório colocados em altura que facilite sua utilização.

As crianças pré-escolares e escolares devem ser agrupadas em quartos e enfermarias com sanitário e chuveiro anexo.

Para cada grupo de seis leitos deve ser previsto um chuveiro.

As enfermarias dos lactentes não devem ter portas diretas para os corredores, exigindo-se acesso pelo subposto de enfermagem e visores amplos e adequados.

As salas de apoio à unidade pediátrica têm características iguais de internação geral.

Para cada grupo de 10 leitos deve ser previsto um quarto de isolamento, com as características próprias.

10. UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO

ELEMENTOS	ÁREA MÍNIMA EM m ²	
	Até 50 leitos	Até 150 leitos
Quarto ou área separada por divisórias	—	10
Posto de enfermagem	—	8
Secretaria	—	4
Sala de serviço	—	8
Sala de utilidades	—	8
Depósito de equipamento e material especializado	—	8
Rouparia	—	4
Sala para médicos	—	12
Sanitário anexo à sala dos médicos	—	2
Local para exames de laboratório	—	8
Sala de espera para visitantes	—	8
Sanitário anexo à sala de espera para visitantes	—	2
Sanitário para pessoal — ambos os sexos (2)	—	4
Copa	—	4
Sala para material de limpeza e roupa usada	—	8

Notas: Deve ser observada uma área mínima de 10 m² por leito da unidade de tratamento intensivo.

A unidade de tratamento intensivo deve estar localizada próxima ao centro cirúrgico e/ou do serviço de emergência e/ou da sala de recuperação pós-operatória, não exceder de 10 leitos e ter fácil e rápido acessos.

Uma unidade de tratamento intensivo só se justifica em hospitais com 100 ou mais leitos ou naqueles menores especializados em cirurgia, cardiologia e em emergência.

Recomenda-se a previsão de um leito em área isolada, dentro da unidade de terapia intensiva, com as características de quarto de isolamento e com flexibilidade para utilização normal.

11. UNIDADE DE EMERGÊNCIA (Urgência de Pronto-Socorro)

ELEMENTOS	ÁREA MÍNIMA EM m ²	
	Até 50 leitos	Até 150 leitos
Recepção e espera	18	36
Sanitário para público (2) e pessoal (2)	4	4
Sala de registro	6	12
Sala de primeiro atendimento	12	24
Sala para hidratação	12	12
Sala para exame clínico e tratamento	12	36
Sala para gesso	—	16
Sala para pequenas cirurgias, com área para lavabo	14	18
Sala de estar e repouso para médicos	8	8
Sanitário anexo à sala de estar e repouso — com chuveiro	3	3
Sala para guarda de aparelho de raios X, transportável	4	4
Sala para câmara escura	4	4
Sala para higienização	—	8
Sala para posto de enfermagem	4	4
Sala de serviço	8	8
Copa	4	4
Sala de expurgo	4	4
Rouparia	4	8
Sala para guarda de roupa usada e material de limpeza	4	8
Sala para repouso e observação de pacientes para ambos os sexos (2)	14	18
Sanitário anexo à sala de repouso (2)	2	2
Sala para guarda de maca e outros equipamentos	4	8
Sala de isolamento	—	8
Sala de entrevistas	—	8

Notas: A unidade do serviço de emergência deve estar localizada de modo a permitir fácil acesso ao público, entrada independente, facilidade de ligação com os centros cirúrgico e obstétrico e com a unidade de exames complementares para diagnóstico e tratamento.

A sala de registro deve estar localizada junto à entrada da unidade, permitindo a admissão adequada dos pacientes e o controle indispensável de sua movimentação, podendo, ainda, prestar informações ao público.

A sala para exames e tratamento pode ser individual ou coletiva.

Neste último caso deverá ser subdividida por paredes laváveis, com área de serviço comum a todas as subdivisões, cujas dimensões mínimas são de 9m² (incluindo-se a área comum de serviço).

O posto de enfermagem deve ser localizado próximo às salas de repouso e hidratação.

A sala de redução de fraturas e aplicação de gesso, quando existente, deve ser exclusiva para seus fins.

12. UNIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO

ELEMENTOS	ÁREA MÍNIMA EM m ²	
	Até 50 leitos	Até 150 leitos
Vestiário masculino	8	12
Sanitário anexo ao vestiário masculino — com chuveiro	3	3
Vestiário feminino	8	12
Sanitário anexo ao vestiário feminino — com chuveiro	3	3
Posto de enfermagem (chefia e secretaria da unidade)	8	16
Sala de estar e para relatórios médicos	—	12
Copa	4	4
Sala de estar e repouso para pessoal	—	8
Sala para material de limpeza	4	4
Sala de expurgo	8	8
Local de lavabo	2	2
Sala para cirurgia geral	25	25
Sala para estocagem de material esterilizado e outros	4	8
Sala para guarda de aparelhos	—	8
Área para guarda de transferência de macas	—	12
Sala para guarda de aparelho de raios X, transportável	—	4
Sala para câmara escura	—	4

Nota: A unidade de centro cirúrgico deve estar localizada de modo a ficar livre do trânsito de pessoas e materiais estranhos ao trabalho que nele se realiza. Os vestiários devem ser dispostos de tal modo que se constituam, para o pessoal, na única forma de adentrar ao centro cirúrgico após troca de roupa. Para cada duas salas cirúrgicas deve ser previsto lavabo com duas torneiras, dotadas de características tais que permitam seu fechamento sem o uso das mãos. A sala de cirurgia geral deve ter área mínima de 25 m², sem dimensão inferior a 4,65 m lineares.

Para as salas de cirurgia especializadas são consideradas como mínimas as seguintes áreas:

- neurocirurgia ou cirurgia cardiovascular: 36 m² e sala auxiliar anexa, para aparelhos de 12 m²;
- cirurgia ortopédica: 36 m² e sala auxiliar anexa, para aplicação de gesso, de 20 m², quando justificada pelo programa da unidade;
- cirurgia de pequeno porte, tipo ORL, oftalmologia, endoscopia e outros: 20 m².

Para cada grupo de 50 leitos hospitalares ou fração exige-se uma sala de cirurgia. Deve ser prevista para a unidade de centro cirúrgico sala de recuperação pós-anestésica para atender, no mínimo, dois pacientes simultaneamente, em condições técnicas satisfatórias. O número de salas de recuperação pós-anestésica, assim como sua capacidade operativa, deve guardar relação com o programa de trabalho determinado para a unidade. As salas para cirurgia ortopédica, cardiovascular e neurológica devem ficar o mais afastado possível da circulação externa ao centro cirúrgico.

Quando estiver prevista sala de cirurgia obstétrica deve ser prevista, também, uma sala auxiliar para os cuidados com o recém-nascido. Quando existir sistema centralizado de distribuição de oxigênio e óxido nitroso, deve ser previsto, também, um depósito para reserva destes elementos nas proximidades do centro cirúrgico.

13. UNIDADE DE CENTRO DE MATERIAL

ELEMENTOS	ÁREA MÍNIMA EM m ²	
	Até 50 leitos	Até 150 leitos
Recepção e expurgo	10	12
Preparo de material	12	28
Esterilização	12	16
Guarda e distribuição de material	6	10

O centro de material esterilizado pode estar localizado dentro da unidade de centro cirúrgico, mas de forma a permitir acesso direto da parte externa ao expurgo e, no caso, deve ser prevista seqüência lógica de salas: recepção — expurgo — preparo — esterilização — guarda e distribuição.

14. UNIDADE DE CENTRO OBSTÉTRICO

ELEMENTOS	ÁREA MÍNIMA EM m ²	
	Até 50 leitos	Até 150 leitos
Vestiário masculino	8	8
Sanitário anexo à sala do vestiário masculino — com chuveiro	3	3
Vestiário feminino	8	8
Sanitário anexo à sala do vestiário feminino — com chuveiro	3	3
Sala para posto de enfermagem (chefia e secretaria da unidade)	8	8
Sala para admissão e higienização	8	12
Sanitário anexo à sala para admissão e higienização — com chuveiro	3	3
Sala para pacientes em trabalho de parto	9	9
Sanitário anexo à sala para pacientes em trabalho de parto	2	2
Local para lavabo	2	2
Sala de parto	20	20
Sala de cirurgia	—	25
Local para reanimação e identificação do recém-nascido	8	8
Sala para estocagem de material esterilizado e outros	4	4
Sala de expurgo	4	4
Sala de estar e repouso para pessoal	—	8
Sanitário anexo à sala de estar e repouso para pessoal	—	2
Sala para material de limpeza	2	2
Copa	—	4
Sala de espera para familiares de pacientes cirúrgicos	—	12
Sanitário anexo à sala de espera para familiares de pacientes cirúrgicos	—	2

Notas: A unidade do centro obstétrico deve estar localizada de modo a ficar livre de trânsito de pessoas e de materiais estranhos ao trabalho que nela se realize, preferentemente contígua ao centro cirúrgico.

A sala de parto deve ter área mínima de 20 m², sem dimensão inferior a 4 m.

Para cada grupo de 10 leitos de clínica obstétrica deve haver um leito para pacientes em trabalho de parto.

Para cada grupo de 20 leitos de clínica obstétrica deve haver uma sala de parto.

À instituição de até 50 leitos fica reservado o direito de localizar o centro obstétrico dentro da unidade de centro cirúrgico.

Na sala de pré-parto a área mínima exigida é a de 9 m² por leito, quando individual, e de 7 m² por leito, quando utilizada para dois leitos.

Quando existir sistema centralizado de distribuição de oxigênio e óxido nitroso, deve ser previsto também um depósito para reserva destes elementos nas proximidades do centro obstétrico.

15. UNIDADE DE INTERNAÇÃO PARA DOENÇAS MENTAIS AGUDAS

ELEMENTOS	ÁREA MÍNIMA EM m ²	
	Até 50 leitos	Até 150 leitos
Quarto de leito individual	—	9
Sanitário anexo ao quarto de leito individual, com chuveiro	—	3
Enfermaria para três leitos	—	19,50
Sanitário anexo à enfermaria para três leitos — com chuveiro	—	3

Notas: Os hospitais gerais com mais de 100 leitos poderão dispor de unidade psiquiátrica, cujo número de leitos deverá ser de 10% do total e, no máximo, de 30 leitos.

Os leitos psiquiátricos devem situar-se no corpo do hospital e ser o mais possível semelhantes aos leitos gerais; admite-se proteção de janelas, feita de forma discreta.

Recomenda-se para cada grupo de 10 leitos psiquiátricos um quarto de um leito destinado a receber pacientes em situação de emergência.

O posto de enfermagem deve situar-se de forma a permitir rápido e fácil acesso aos quartos e enfermarias, assim como observação contínua dos pacientes em situações de emergência.

Recomenda-se a utilização dos leitos psiquiátricos eventualmente ociosos com pacientes de outras áreas.

Deve ser previsto local destinado à socioterapia e terapia grupal, também utilizado por outros pacientes, dentro da unidade internação.

A unidade de internação para crianças não deve ultrapassar de cinco leitos por unidade.

Os elementos de apoio à unidade psiquiátrica têm características e dimensões iguais aos da unidade de internação geral. Para permitir maior flexibilidade às enfermarias, os sanitários podem ser coletivos, por sexo compreendendo os seguintes elementos:

- vestiários dotados de roupeiros individuais;
- 1 lavatório para cada 6 pacientes;
- 1 boxe para chuveiro para cada 6 pacientes;
- 1 vaso sanitário para cada 6 pacientes.

16. UNIDADE DE SERVIÇOS GERAIS

16.1 SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO

Compreendendo áreas para recepção e estocagem de gêneros alimentícios, frigoríficos, preparo de alimentos e dietas especiais, cocção, frituras e assados, lavagem e higienização de utensílios, distribuição de alimentos, chefia e secretaria, a unidade deve ter uma área mínima de 1,50 m² por leito instalado.

A sala para refeitório deverá ter no mínimo 1 m² por comensal.

Notas: O mínimo exigido de 1,50 m² por leito instalado refere-se a hospitais de até 50 leitos. Os hospitais de mais de 50 leitos devem ter área disponível nunca inferior a 75,00 m², porém com um mínimo de 1,20 m² por leito. Para unidades com mais de 150 leitos, o mínimo exigido é de 1,00 m² por leito, com área total nunca inferior a 180 m².

O serviço de alimentação e refeitório deve estar localizado, preferencialmente, no pavimento térreo.

Deve ser prevista uma seqüência lógica para o fluxo de serviço: recepção e controle - despensa - preparo - cocção - distribuição - copa e lavagem.

16.2 LAVANDERIA

Compreendendo áreas para recepção, lavagem e passagem de roupas, rouparia, costura, distribuição, chefia e secretaria, deve ter uma área mínima de 1,20 m² por leito instalado.

Notas: O mínimo exigido de 1,20 m² por leito instalado refere-se a hospitais de até 50 leitos. Os hospitais de mais de 50 leitos devem ter área disponível nunca inferior a 60 m², porém, com um mínimo de 1,00 m² por leito.

Para unidades com mais de 150 leitos o mínimo exigido é de 0,80 m² por leito, com área total nunca inferior a 150 m².

A lavanderia deve estar localizada, preferencialmente, no pavimento térreo.

Da área total da unidade cabem aproximadamente:

- a) 25% à separação e lavagem;
- b) 45% ao setor de acabamento;
- c) 30% à rouparia, costura e controle.

16.3 MATERIAL

Compreendendo áreas para almoxarifado, compras e distribuição de materiais, deve ter uma área mínima de 0,80 m² por leito instalado.

Notas: O mínimo exigido de 0,80 m² por leito instalado refere-se a hospitais de até 150 leitos. Os hospitais de mais de 150 leitos devem ter área nunca inferior a 120 m², porém, com um mínimo de 0,60 m² por leito.

A unidade de material deve estar localizada, preferencialmente, no pavimento térreo e ter separação física para os diversos tipos de material estocado.

16.4 VESTIÁRIO PARA PESSOAL

Deve estar prevista área mínima de 0,50 m² por funcionário. Em cada vestiário deve haver um sanitário, com chuveiro e lavatório anexo, com área mínima de 3 m².

Deve estar prevista localização centralizada para a unidade considerados os percentuais de 25 para homens e 75 para mulheres, para efeito de cálculo.

Nota: O que se refere especialmente a vestiários deve obedecer à Portaria n.º 9, de maio de 1968, do Departamento Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho.

16.5 OFICINA DE MANUTENÇÃO

Deve estar prevista área mínima de 20 m², considerando-se para efeito de cálculo a relação de 0,50 m² por leito.

XI — DETALHES SOBRE OS TIPOS DE MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO E ACABAMENTO

No acabamento da construção hospitalar deverão ser obedecidas as seguintes disposições:

1. TETOS, PAREDES E PISOS

1.1 Todo o material utilizado para o acabamento de tetos, paredes e pisos deverá ser resistente e de fácil limpeza.

1.2 As tubulações do sistema elétrico, hidráulico e mecânico, necessárias ao abastecimento e à coleta em unidades de diagnóstico e tratamento, como centro cirúrgico, centro obstétrico, emergência, unidade de terapia intensiva, radiologia e laboratório, bem como as tubulações necessárias ao abastecimento e à coleta do serviço de nutrição e dietética, central de esterilização e lavanderia, nunca deverão ser embutidas, mas correrão em forros ou pisos falsos, desembocando em poços visitáveis, para facilitar a sua manutenção e alteração.

1.3 Em áreas com salas de cirurgia, parto, recuperação, terapia intensiva, berçários e salas destinadas ao preparo de alimentação e refeitórios, não deverá haver tubulação exposta.

1.4 Unidades que exigem permanência prolongada de pessoas ou guarda de material que possa ser afetado por eventual irradiação, como despensa, farmá-

cia e almoxarifado, não deverão ser instalados no pavimento imediatamente abaixo do serviço de radiologia.

1.5 O acabamento do teto, paredes e piso das unidades de radiologia deverá obedecer à norma NB-32 da ABNT, referente à proteção radiológica.

1.6 Nos locais onde houver aglomeração de público, fontes de ruído ou vibração, deverão ser previstos revestimentos, de acordo com a norma NB-101 da ABNT, que impeçam a propagação e reverberação.

1.7 Refeitório geral, salas de recreação e mecanoterapia não deverão estar localizados sobre quartos, enfermarias, salas de cirurgia, parto ou terapia intensiva, salvo quando forem adotadas medidas de proteção acústica.

1.8 Quando áreas de serviço como cozinha, copa de lavagem, lavanderia, garagem, oficina ou casa de máquinas, bem como outras fontes comprovadas de ruído, estiverem localizadas no mesmo bloco que as unidades de internação e tratamento dos pacientes, deverá ser previsto tratamento acústico nas paredes adjacentes, por meio de material isolante, de acordo com a norma NB-101 da ABNT.

1.9 Salas que contenham equipamento que gere calor deverão ser isoladas e ventiladas de forma a impedir o aquecimento do piso localizado sobre as máquinas.

1.10 Onde forem utilizados agentes anestésicos inflamáveis deverá ser previsto processo de prevenção

contra explosões. (Tomadas e interruptores à prova de faísca, localizados 1,50 m acima do piso).

1.11 Todos os pisos sujeitos a lavagem constante deverão ser de material resistente a água e soluções germicidas, isentos de desenhos e ranhuras que dificultem a limpeza.

1.12 O piso nas áreas de trabalho molhado do serviço de nutrição, lavanderia e central de esterilização deverá ter superfície antiescorregadia.

1.13 Teto, paredes e piso de salas de cirurgia, parto, recuperação, terapia intensiva, berçários e outras áreas igualmente sensíveis deverão ser perfeitamente lisos, sem frestas ou saliências que possam abrigar partículas de sujeira.

1.14 O acabamento em serviço de nutrição e dietética, copas, expurgos e sala de necropsias não deverá proporcionar frestas, saliências, cantos ou aberturas que possam abrigar insetos, roedores e sujeira.

2. ESQUADRIAS

Todas as esquadrias instaladas no hospital deverão ser de fácil limpeza e manutenção e obedecer aos itens:

2.1 As seguintes entradas deverão ter porta com largura mínima de 1,50 m:

- a) entrada principal do centro cirúrgico e das salas de cirurgia;
- b) entrada principal do centro obstétrico e das salas de parto;
- c) entrada principal da unidade de radiologia e das salas de exame e tratamento;
- d) entrada principal do serviço de emergência e do ambulatório;
- e) entrada principal de serviço e entrada da(s) oficina(s).

2.2 As salas de radiologia, esterilização, cozinha, lavanderia e outras unidades onde for instalado equipamento de grande porte, deverão ter porta ou painel removível com largura que permita a passagem de maquinaria.

2.3 Todas as portas utilizadas para a passagem de macas e leitos deverão ter largura mínima de 1,00 m e sempre que possível de 1,10 m, para facilitar a passagem do leito.

2.4 As portas da unidade de psiquiatria deverão ser dotadas de visor (olho mágico) e terão trincos e chaves somente na face para o corredor.

2.5 As portas dos sanitários de pacientes deverão abrir para fora do banheiro, a fim de permitir que sejam abertas sem necessidade de empurrar o paciente eventualmente caído atrás da porta. As portas deverão ser dotadas de fechaduras que poderão ser abertas com facilidade em caso de emergência.

2.6 As janelas da unidade de pediatria deverão apresentar condições adequadas à segurança das crianças.

2.7 As janelas da unidade de psiquiatria deverão ser basculantes ou dotadas internamente de tela de aço, sempre que possível montada sobre molas.

2.8 Quando não for instalado ar condicionado, as seguintes salas devem ter janelas teladas:

— salas de cirurgia, parto, recuperação, terapia intensiva e berçário;

— salas do serviço de nutrição, lavanderia e central de esterilização;

— quarto de isolamento, sala de necropsia e sala para guarda de cadáveres;

— quartos e enfermarias sujeitos a mosquitos.

2.9 Os vidros de portas, janelas ou painéis que cheguem até 50 cm do piso deverão ser do tipo não-estilhaçável.

3. PÉ-DIREITO

Na construção hospitalar deverá ser obedecido o seguinte pé-direito:

3.1 Em salas de cirurgia, parto, emergência e outras salas com luminárias instaladas no teto, o pé-direito útil não deverá ser inferior a 3,00 m, não computado o espaço para dispositivos de sustentação e dutos.

3.2 Em salas de radiologia, medicina física, cozinha, lavanderia e esterilização, o pé-direito deverá ser estudado de acordo com o equipamento a ser instalado, não devendo ser inferior ao pé-direito útil básico de 3,00 m.

3.3 Canos e trilhos suspensos sobre locais de circulação deverão ser instalados a, pelo menos, 2,20 m do piso.

3.4 Nas demais unidades do hospital, o pé-direito não deverá ser inferior a 2,70 m.

4. MODULAÇÃO

A modulação apropriada aos projetos hospitalares é de 1,20 m.

XII — SISTEMA DE SEGURANÇA CONTRA ACIDENTES E DE EMERGÊNCIA

As especificações e recomendações que compõem os sistemas de segurança contra acidentes e de emergência estão detalhados nos diversos capítulos das presentes normas.

XIII — INSTALAÇÕES PARA O DESTINO ADEQUADO FINAL DOS DEJETOS

A instalação dos esgotos sanitários deverá obedecer à norma da ABNT, bem como às seguintes especificações adicionais:

1. Deverá ser evitada a instalação de tubo de esgoto no teto, ou a instalação de tubo exposto, em sala de cirurgia e parto, sala de recuperação ou terapia intensiva, berçário, áreas de estocagem e preparo de alimentação, refeitório, áreas de preparo e estocagem do material esterilizado, rouparia e outras áreas sensíveis à contaminação. Onde não for possível evitar a instalação de tubulação suspensa nestas áreas, deverão ser tomadas precauções especiais para proteção contra possível vazamento.

2. Nenhuma bolsa de tubo ou conexão será montada em sentido contrário ao escoamento.

3. É indispensável a previsão de ralo em todas as salas cujos pisos necessitem de lavagem constante, como:

a) sanitários, salas de serviço, salas de curativo, expurgo, depósitos de material de limpeza e roupa suja;

b) salas de serviço de nutrição e dietética, da central de esterilização, da lavanderia e das oficinas;

c) laboratório, unidade de transfusão de sangue, câmara escura e clara, sala de necropsias, hidroterapia;

d) emergência e sala de cistoscopia.

4. Não deverá haver ralo em câmara frigorífica, sala de cirurgia e parto, com exceção da sala de cistoscopia mencionada no item anterior.

5. Os tubos de esgoto das pias utilizadas para soluções corrosivas (em expurgos, copas, ante-sala de isolamento, lactário, laboratório, câmaras escura e clara) deverão ser de material resistente à corrosão.

6. Tratamento específico, mediante o emprego de caixas de separação e interceptação dos materiais prejudiciais às tubulações e a ação bioquímica das bactérias, deverá ser previsto para o efluente dos seguin-

tes locais de trabalho: sala de gesso, cozinha, copa de lavagem, lavanderia, oficinas e garagem.

7. Onde não for possível lançar o efluente do hospital em rede de esgotos, o destino das águas servidas deverá ser cuidadosamente estudado para atender às seguintes especificações:

a) o efluente a ser lançado em córrego ou lagoa deverá ser previamente tratado com cloro;

b) onde for prevista a utilização de fossas sépticas, com posterior dispersão do efluente, a vazão para cada fossa não deverá ser superior a 75 m³ por dia.

XIV — PORMENORES, ATENDIDAS AS PECULIARIDADES, NECESSIDADES LOCAIS E CONDIÇÕES ESPECÍFICAS EM CADA CASO

A — NORMA TÉCNICA SOBRE INSTALAÇÕES SANITÁRIAS

As instalações sanitárias deverão obedecer às seguintes especificações, considerada a distribuição de água:

1. Lavatórios, pias e torneiras:

a) antes de cada aparelho sanitário deverá ser instalado registro de fechamento;

b) lavatório e pias situados em áreas de atendimento aos pacientes deverão ter a saída da torneira situada, pelo menos, a 130 mm acima do nível da borda do aparelho sanitário;

c) os lavatórios terão drenos com diâmetro nominal de pelo menos 1 1/4". As pias terão drenos com diâmetro nominal de, pelo menos, 1 1/2";

d) as torneiras usadas por médicos, enfermagem e pessoal encarregado da manipulação de alimentos poderão ser comandadas por válvulas que possam ser operadas sem o uso das mãos. Caso sejam usadas torneiras com alavanca de extensão, esta não deverá ter mais de 110 mm de comprimento exceção feita a pias de laboratório, pias para lavagem de instrumentos e lavabos, cuja alavanca deverá ter pelo menos, 150 mm de comprimento;

e) antes de torneiras providas de conexão para mangueira, e ainda de todos os aparelhos aos quais possam vir a ser ligadas mangueiras, tais como tanques de lavagem, dosadores de germicidas, pias de laboratório, lavador de comadres e mesa de necropsias, deverá ser instalado dispositivo de elevada confiabilidade, que impeça reversão de fluxo.

Obs.: Em lugar desse dispositivo, será tolerado o uso de um par de válvulas de retenção em série. Essas

válvulas deverão ter vedação por meio de elastômero que seja imune à imersão prolongada em água fria ou quente.

2. Vasos sanitários

a) recomenda-se que todos os vasos sanitários sejam equipados com caixas de descarga, a fim de evitar-se contaminação e desperdício de água. As caixas de descarga deverão ser providas de silenciadores;

b) todos os assentos sanitários deverão ser de plástico não poroso, sempre que possível abertos na frente, para diminuir-se os riscos de contaminação.

3. Chuveiros

Os boxes de chuveiros deverão ter área de, pelo menos, 0,65 m² e, em planta, sua menor dimensão será de, pelo menos 0,75 m. Suas paredes serão lisas e impermeáveis até, pelo menos 2,00 m acima do piso.

Os pisos dos boxes de chuveiros deverão ter superfície antiderrapante.

Deverá ser previsto apoio para o paciente em todo chuveiro e, sempre que possível, ao lado de cada vaso sanitário.

B — NORMA TÉCNICA SOBRE INSTALAÇÕES ELÉTRICAS

As características e a capacidade de todos os sistemas elétricos instalados deverão obedecer às normas da ABNT, bem como às seguintes especificações adicionais indispensáveis à segurança dos pacientes:

1. Contrato de instalação

Para comprovação de sua concordância com as normas vigentes e as especificações do projeto deverá ser exigido ensaio do sistema completo, incluindo-se os sistemas isolados de energia, de aterramento do alarme e pisos condutivos.

2. Sistema alimentador

Deverão ser observados os seguintes itens:

a) o sistema alimentador e a capacidade da subestação transformadora e dos alimentadores deverão ser cuidadosamente determinados em função das correntes de demanda máxima dos sistemas de luz e força estabelecidas pela indicação de:

- carga de cada aparelho fixo e móvel a ser utilizado nas diversas unidades do hospital;
- iluminação prevista para cada sala;
- sistema de condicionamento de ar;
- eventual previsão de processamento eletrônico de dados;

b) recomenda-se que a demanda máxima seja estimada em pelo menos 1,0 kw por leito, excluídos o sistema de condicionamento de ar e o processamento eletrônico de dados;

c) sempre que a demanda máxima exceder a 100 kw, deverá ser previsto sistema de alimentação em tensão primária, observadas as especificações técnicas da concessionária de energia local;

d) as subestações transformadoras deverão ser do tipo blindado, mais seguro e de manutenção mais simples.

3. Painéis de distribuição

Deverão ser observados os seguintes itens:

a) todos os disjuntores ou chaves fusíveis, destinados a manobra e proteção dos circuitos elétricos, deverão ser blindados ou ter invólucro que não permita partes vivas na face anterior (quadros de frente morta). Na face interna da porta, deverão ser colocadas as etiquetas de identificação dos circuitos;

b) os quadros deverão ser instalados em local seco, ventilado, isento de vapores corrosivos ou gases, e de fácil acesso à manutenção;

c) os dispositivos de proteção contra sobrecargas deverão ser compatíveis com a temperatura do ambiente em que operam;

d) com exceção dos circuitos do sistema de emergência, os painéis de luz e equipamento deverão estar localizados no mesmo andar, como os circuitos a que servem e, sempre que possível, no corredor e não em recintos fechados, como depósitos de roupa ou material de limpeza.

4. Circuitos especiais

Além dos circuitos normais, deverá ser previsto circuito individual para cada aparelho cuja corrente ultrapasse 15 A.

5. Instalação de condutores

Deverão ser observados os seguintes itens:

a) eletrodutos subterrâneos poderão ser instalados em dutos não metálicos protegidos por envelopes de concreto;

b) os demais condutores deverão ser instalados em eletrodutos rígidos metálicos, amplamente dimensionados para permitir alterações futuras.

6. Tomadas

Além das prescrições da norma NB-3 da ABNT, deverão ser observadas as seguintes instruções adicionais, referentes a número e instalação das tomadas:

a) todas as tomadas, assim como os **plugs** correspon-

dentos, deverão ser padronizados para cada um dos circuitos seguintes:

- 110 V
- 220 V
- tomadas de raios X;

b) nas unidades de internação, em cada acomodação de pacientes, deverão ser previstas as seguintes tomadas, sempre que possível duplas, com dispositivo para aterramento:

- uma de cada lado da cabeceira, sendo que entre leitos adjacentes uma tomada será suficiente para ambas as cabeceiras;
- uma tomada na parede oposta, quando em quartos;
- tomadas adicionais, onde forem previstas lâmpadas do tipo abajur, receptores de televisão, camas elétricas e outras.

c) nos berçários deverá haver:

- uma tomada para cada incubadora;
- uma tomada para cada berço.

d) nos corredores deverão ser previstas:

- tomadas duplas espaçadas de cerca de 15,00 m, ao longo do corredor, e a não mais do que 7,00 m das extremidades;

e) em todos os corredores das unidades de internação, emergência e berçário, com exceção da unidade de obstetrícia, deverão ser previstas:

- tomadas simples polarizadas de 30 A, para os aparelhos transportáveis de raios X, nitidamente identificadas: "PARA USO DE RAIOS X", e localizadas de forma que o aparelho possa ser usado em qualquer ponto dos quartos, com um cordão não excedendo 15,00 m;

Obs.: Se os aparelhos transportáveis forem também usados nas salas de cirurgia e emergência, todas as tomadas deverão permitir a ligação do mesmo aparelho.

Para aparelhos de descarga capacitiva ou alimentados a bateria não haverá necessidade de tomadas polarizadas.

f) as tomadas previstas nas unidades de pediatria ou psiquiatria deverão ser de segurança, ou protegidas com interruptores de falha à terra de 5 A, e com altura maior de 1,50 m na unidade de pediatria.

g) as tomadas instaladas em ambiente permanentemente úmido deverão ser à prova de tempo e resistentes à corrosão;

h) as tomadas instaladas em locais de anestesia deverão ser à prova de fásca e deverão estar colocadas acima de 1,50 m do piso e ser à prova de fásca.

7. Iluminação

Deverão ser observados os seguintes itens:

a) todos os recintos internos das edificações, bem como os acessos aos edifícios e os pátios de estacionamento, deverão ser providos de iluminação elétrica, fluorescente, sempre que possível;

b) os níveis de iluminação deverão obedecer à norma NB-57 da ABNT;

c) os quartos de pacientes poderão ter três tipos de iluminação:

- iluminação geral, que deverá ser instalada de forma a não perturbar o paciente deitado;
- luz noturna de vigília, de 5 a 15 lux, incorporada ao painel sobre a cabeceira do paciente, ou embutida na parede a 50 cm do piso, sendo que, pelo menos, uma luminária de vigília deverá ter interruptor à entrada do quarto;
- uma luz de leitura para cada paciente, sobre a cabeceira;

d) os interruptores de luz nas unidades de internação deverão ser do tipo silencioso;

e) os interruptores em quartos de isolamento deverão ser de cordão descartável ou vedados, de forma a permitir a desinfecção sem dano à parte elétrica.

C — NORMA TÉCNICA SOBRE INSTALAÇÕES ELÉTRICAS EM CASOS PARTICULARES

Além das prescrições indicadas na norma NB-3 da ABNT, deverão ser obedecidas as seguintes especificações adicionais:

1. Instalações em ambientes permanentemente úmidos

Deverão ser utilizados interruptores e tomadas à prova de tempo e resistentes à corrosão, nos seguintes locais de trabalho permanentemente úmidos:

- a) salas de cirurgia, parto e emergência;
- b) câmara escura e clara;
- c) laboratório;
- d) cozinha e copa de lavagem;
- e) central de esterilização;

- f) lavanderia;
- g) salas de expurgo.

2. Instalações em áreas de anestesia

Deverão ser observados os seguintes itens:

a) a instalação elétrica em todas as áreas, onde foram usados ou armazenados agentes anestésicos inflamáveis deverá ser feita de tal forma que seja impossível a inflamação de anestésico e anti-séptico inflamáveis;

b) próxima à sala de cirurgia deverá ser prevista adicionalmente uma tomada especial, polarizada, de 30 A, nitidamente identificada "PARA USO DE RAIOS X";

Obs.: Para aparelhos transportáveis de descarga capacitiva ou alimentados a bateria não haverá necessidade de tomada polarizada.

c) além dos focos, cada sala de cirurgia ou parto deverá ter iluminação geral;

d) cada foco fixo deverá ser ligado a um circuito independente;

e) em cada sala de cirurgia e parto, um foco, fixo ou móvel, deverá estar ligado a bateria auxiliar de emergência;

f) em cada sala de cirurgia deverá ser previsto, pelo menos, um negatoscópio embutido.

3. Instalações elétricas na unidade de radiologia

A instalação elétrica das unidades de radiodiagnóstico e radioterapia deverá obedecer às normas da ABNT, referentes à proteção radiológica, além das normas adicionais:

a) deve ser feita previsão de um alimentador independente para os aparelhos de raios X, com capacidade suficiente para prevenir que a queda de tensão ultrapasse 5%;

b) os aparelhos de maior potência deverão ter um transformador independente para o alimentador da unidade de raios X, a fim de garantir maior segurança da instalação elétrica e rendimento previsto;

c) na sala de interpretação da unidade de radiodiagnóstico deverão ser previstos, no mínimo, dois negatoscópios.

4. Instalações elétricas na unidade de terapia intensiva (UTI)

A instalação elétrica da unidade deverá incluir circuitos e equipamentos para iluminação geral e especial, tomadas, sistema de emergência, sinalização, telefones e monitores. Assim:

a) a iluminação geral da unidade deverá ser indireta para não incomodar os pacientes e de preferência incandescente, para evitar interferência da luz fluorescente com os aparelhos biomédicos de telemetria;

b) a iluminação de cada leito deverá ser estudada de forma a não perturbar o paciente e permitir claridade suficiente para o controle de frascos de sucção e registros;

c) a circulação entre os leitos deverá ser iluminada por luz noturna de vigília, de 5 a 15 lux, embutida a 50 cm do piso;

d) em cada sala deverá ser prevista uma luminária ligada a bateria auxiliar de emergência;

e) deverão ser previstas as seguintes tomadas dotadas de dispositivo de aterramento:

— para cada leito, duas tomadas simples de 110 V, a cada lado da cabeceira, sempre que possível ligadas de tal forma que sejam derivadas de circuitos diferentes. Uma tomada simples de 220 V para aparelhos maiores e tomadas e conduítes ligando a parede da cabeceira a uma estação central de monitoragem, para instalação dos monitores eletrônicos;

Obs.: Para os monitores são necessários circuitos isolados por transformador e filtros, para evitar a transmissão de ruídos.

Para toda a unidade, uma tomada simples a cada 10,00 m para fins de limpeza, em circuito separado dos monitores eletrônicos, tomadas simples polarizadas a 30 A para o aparelho transportável de raios X, localizadas de forma a permitir fácil acesso a todos os leitos, com um cordão não excedendo 15,00 m. E ainda tomadas duplas em posto de serviço e simples no expurgo.

f) à cabeceira de cada paciente deverá ser previsto um botão de chamada, que permita à enfermagem chamar auxílio, e que deverá acionar um sinal sonoro, acompanhado de sinal luminoso onde houver quartos individuais na UTI;

g) o telefone, sempre que possível, com linha direta para chamada de médicos, deverá ter sinal luminoso, para não incomodar os pacientes;

n) na UTI, e em outro local em que o paciente poderá ser submetido a cateterismo cardíaco, o sistema de aterramento deverá obedecer às seguintes especificações:

— a uma distância nunca superior a 3,00 m de cada leito, deverá ser previsto um ponto de aterramento, contendo conectores para o aterramento de todas as tomadas e superfícies condutoras ao alcance do paciente ou pessoa em contato com ele.

O terra do paciente deverá assegurar que todas as superfícies condutoras de equipamentos e móveis ao alcance do paciente tenham diferencial nunca superior a 5 MV. Qualquer superfície que poderá se tornar eletricamente energizada, com exceção de tomadas e outros pequenos objetos não elétricos, deverá ser ligada ao terra do paciente.

— Um ponto de aterramento (terra do paciente) poderá servir a mais de um paciente, mas um mesmo paciente não poderá ser servido por mais de um ponto de aterramento.

— O condutor de aterramento, ligando qualquer tomada que serve o paciente ao terra do paciente, não deverá ter resistência superior a 5,00 m de fio de cobre 12 AWG (3,3 mm²).

— Partes metálicas expostas da edificação, ou tubulações ao alcance do paciente ou de outros que possam tocá-lo, deverá ser aterradas ao ponto do paciente, ou a um outro ponto da sala especialmente destinado a esse fim.

— Um ponto de terra de referência, deverá ser determinado no painel de alimentação elétrica.

— Quando o ponto de terra do paciente e o da sala forem distintos, deverão ser interligados com um condutor de cobre, contínuo, isolado, de bitola não inferior a 10 AWG (5,3mm²), ou poderão ser ligados ao ponto de referência, desde que os condutores de ligação, tenham resistência não excedendo 5,00 m de fio de cobre 12 AWG. Se interligados, os pontos de terra deverão ser conectados por um condutor de cobre, contínuo, de diversos fios trançados, isolado, de bitola não inferior a 10 AWG (5,2 mm²) ao ponto de terra de referência.

— Os terminais de terra das tomadas poderão ser ligados ao ponto de terra de referência desde que a re-

sistência do condutor de ligação não exceda 5,00 m de fio de cobre 12 AWG (3,3 mm²).

— Todos os condutores metálicos deverão ser aterrados por meio de buchas de aterramento em todas as terminações de eletrodutos ao painel, e por meio de um condutor de cobre trançado, não menor que 12 AWG (3,3 mm²), estendido desde a barra de aterramento do painel até a bucha de aterramento do eletroduto.

O aterramento de placas (espelhos) metálicas de interruptores e tomadas deverá ser feito por meio de parafuso de fixação de placa, na armação do interruptor e da tomada.

i) na UTI e em outro local em que o paciente poderá ser submetido a cateterismo cardíaco, não poderá ser utilizado leito elétrico.

5. Instalações elétricas na unidade de hidroterapia

Os circuitos elétricos fixos ou portáteis da unidade de hidroterapia deverão ser providos de interruptor de falha de 5 A.

6. Instalações elétricas do sistema de emergência

a) Além de sua fonte normal de energia, todo hospital deverá obrigatoriamente manter uma fonte e energia de emergência para assegurar a continuidade do equipamento vital, utilizado no atendimento aos pacientes, quando o suprimento normal é interrompido.

b) Em hospitais até 100 leitos, a energia de emergência poderá ser obtida de três formas:

— por meio de acumuladores

— por meio de grupo gerador.

Obs.: Os acumuladores são de capacidade limitada e fornecem corrente contínua, imprópria para determinados aparelhos biomédicos.

— por meio de uma linha independente.

Obs.: Seu emprego será permitido em conjunto com outra fonte, desde que as estatísticas da companhia concessionária comprovem que a interrupção foi superior a duas horas nos últimos cinco anos.

c) devido à limitação das fontes por meio de acumuladores e de linha independente, deverá ser estudada, em hospital que carece de gerador, a combinação de ambas ou o uso de acionamento não elétrico para os equipamentos especiais.

d) em hospitais com mais de 100 leitos, a fonte de energia de emergência deverá obrigatoriamente ser um grupo gerador, com observância das seguintes precauções:

— o armazenamento do combustível deverá ter capacidade mínima para operar durante 24 horas ininterruptas. Se o combustível for alimentado normalmente por uma tubulação subterrânea do sistema de distribuição geral, não será necessário armazenamento local.

— o grupo gerador de emergência deverá ser inspecionado diariamente e operado pelo menos 30 minutos por semana.

— para assegurar a continuidade da iluminação durante o intervalo de transferência, após a interrupção do suprimento normal de energia, deverão ser previstos, em cada sala de cirurgia, parto, emergência e terapia intensiva, foco ou luminária ligados a bateria auxiliar de emergência, dotado de dispositivo de transferência automática.

e) o serviço de alimentação de emergência deverá ser ministrado ao sistema elétrico de emergência por meio de circuitos especiais, correndo em tubulação independente, e ligado por meio de:

— chaves de transferência, sempre que possível automáticas, para os circuitos críticos;

— chaves manuais para os circuitos semicríticos e opcionais.

Obs.: Esta seleção dos circuitos permite impedir a sobrecarga do sistema e o reforço da capacidade de determinado setor crítico.

f) os circuitos críticos deverão incluir:

— iluminação de emergência em salas de cirurgia, parto, emergência, recuperação, terapia intensiva e outras áreas críticas de atendimento aos pacientes, bem como no painel de distribuição e no recinto do grupo gerador;

— tomadas selecionadas nas salas de cirurgia, parto, emergência, recuperação, terapia intensiva, berçário de prematuros e para equipamento vital, como aquele necessário para cateterismo cardíaco, angiografia, diálise renal;

— refrigeração do serviço de transfusão de sangue.

g) os circuitos semicríticos deverão incluir:

— iluminação de corredores, escadas e saídas;

— sistemas de alarme, incluindo o alarme de incêndio e central de gases oxidantes, e o sistema de altofalantes destinados à comunicação de emergência;

— bomba de incêndio;

— sinalização de enfermagem;

— equipamento necessário ao serviço telefônico;

— câmara frigorífica para alimento.

h) são circuitos opcionais:

— iluminação em postos de enfermagem e salas de serviço;

— iluminação nas salas de trabalho de parto e berçário;

— tomadas duplas nos corredores de internação;

— sistemas de reversão que permitem a operação temporária de elevadores, para liberar as pessoas confinadas entre dois andares;

— ventilação de salas de cirurgia e parto, sem janelas;

— sistema central de vácuo clínico.

i) Observações:

— todas as tomadas ligadas ao sistema de emergência deverão ser nitidamente indentificadas;

— o sistema elétrico de emergência deverá, sempre que possível, permitir a ligação do gerador, e sua ligação aos circuitos críticos, dentro de 10 segundos após a interrupção do suprimento normal de energia.

D — NORMA TÉCNICA SOBRE INSTALAÇÕES HIDRÁULICAS

1. Abastecimento e distribuição de água fria

O sistema de abastecimento de água será dimensionado para um consumo de pelo menos 500 litros por leito e por dia, excluída a água eventualmente utilizada para combater incêndio, além de obedecer às especificações adicionais seguintes:

a) o volume das caixas de água, no caso de abastecimento a partir de rede externa, deverá possibilitar autonomia mínima de dois dias.

Onde o volume permitir permanência superior a dois dias, deverão ser previstos meios para assegurar a manutenção da potabilidade;

b) o reservatório principal de água deverá ter dois compartimentos, permitindo sua limpeza periódica sem que o abastecimento de água sofra interrupção;

c) se o reservatório principal for subterrâneo, o reservatório elevado que alimentar o hospital por gravidade, deverá ter autonomia de pelo menos 24 horas, e deverá ter, também, dois compartimentos para assegurar a limpeza sem interrupção do abastecimento.

d) antes de ser posto em funcionamento ou após reparos ou limpeza, o sistema, ou a parte atingida, deverá ser desinfetado, e mantido com água contendo 50 ppm de cloro durante seis horas, ou 100 ppm durante duas horas. Após o prazo em apreço, a solução deverá ser drenada e o sistema repostado em serviço.

e) deverão ser previstos, pelo menos, dois grupos motor-bomba para uso alternado;

f) aconselha-se que toda a rede seja exposta para permitir a sua manutenção sem danificação das paredes;

g) a tubulação deverá ser executada com material imune à corrosão por ação da água;

h) a tubulação deverá ser pintada de verde conforme a NB-54 da ABNT;

i) a pressão mínima de serviço, nos pontos de saída, não deverá ser inferior a $0,5 \text{ khf/cm}^2$. Esta pressão deverá levar em conta as perdas durante os períodos de demanda máxima;

j) na lavanderia a tubulação de água deverá permitir encher as máquinas em menos de um minuto;

l) a rede de distribuição deverá ser instalada de tal

forma que haja possibilidade de utilização de hidrômetros setoriais nos seguintes locais:

— lavanderia, serviço de nutrição e dietética, central de esterilização, sistema central de ar condicionado, hidroterapia, revelação automática.

2. Abastecimento e distribuição de água quente

O sistema de distribuição de água quente deverá obedecer à norma NB-123 da ABNT, bem como às seguintes especificações adicionais:

a) sempre que possível, o aquecimento da água deverá ser feito em aquecedores a vapor, do tipo rápido, nos quais a água circula por dentro da tubulação e o vapor fora;

b) os tanques de armazenamento de água deverão ser inteiramente construídos ou revestidos internamente de material resistente à corrosão;

c) as tubulações deverão ser de material resistente à corrosão, isolados termicamente;

d) os aquecedores e a rede de distribuição de água quente deverão alimentar os seguintes pontos de utilização:

— chuveiros em sanitários e salas de higienização.

— pias de lavagem em copas, despejos, expurgos, setor de lavagem de panelas, copa de bário, câmaras escura e clara.

— aparelhos de hidroterapia.

— máquinas de lavar pratos.

— máquinas de lavar roupa.

Obs.: As lavadoras de pratos e de roupa deverão estar equipadas com injetores de vapor para elevação da temperatura da água a, pelo menos, 90°C , necessário à termodesinfecção.

3. Bebedouros

Os bebedouros deverão ter bocal de jato a, pelo menos, 20 mm acima da borda do receptáculo. O local terá proteção inoxidável para evitar contato da boca e do nariz do utilizador. A proteção será projetada para reduzir ao mínimo a possibilidade de infecção.

E — NORMA TÉCNICA SOBRE CALDEIRAS, VAPOR E CONDENSADO

Quando a instituição proceder a instalação de geração a vapor adequado à alimentação dos aparelhos de esterilização, cocção, lavagem de pratos, lava-

gem e acabamento da roupa e aquecimento de água, deverá obedecer às seguintes especificações:

a) sempre que possível serão instaladas duas caldeiras, de preferência flama-tubulares ou de tubos de fumaça, cuja construção obedecerá à norma P-NB 227 da ABNT;

b) as caldeiras deverão ser instaladas em local independente e separado, distante 3,00 m da divisa com o vizinho, conforme Portaria n.º 20/70 do Departamento Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho. O pé-direito deverá observar vão livre de, pelo menos, 80 cm acima da caldeira e conexões;

c) o combustível utilizado deverá ser o mais econômico para a região do país;

d) a capacidade das caldeiras será calculada em função do consumo de todos os aparelhos a serem abastecidos, com previsão da pressão mínima de projeto de 8 bar (kp/cm²);

e) para lavanderia e aquecedores de água recomenda-se empregar a pressão máxima do vapor gerado pela caldeira;

f) para o serviço de nutrição e para os aparelhos de esterilização, lactário e laboratório a pressão prevista deverá ser de dois bar (kp/cm²). A redução da pressão para o abastecimento destes serviços será feita por meio de estação de redução de pressão, de operação automática e com respectiva válvula de segurança;

g) a rede de distribuição, em aço preto sem costura, devidamente revestida com material isolante e pintada de branco, não poderá ser embutida, mas correrá em forros falsos, poços visitáveis ou será aparente;

h) para a recuperação de energia disponível no condensado (cf. tabela das propriedades do vapor de água saturado) deverá ser instalado, sempre que possível, em toda a rede de distribuição, um sistema de drenagem e retorno do condensado que será reaproveitado como água de alimentação das caldeiras;

i) anualmente cada caldeira deverá ser submetida a inspeção, conforme norma NB-55 da ABNT e Portaria n.º 20/70 do Departamento Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho. O hospital que adquirir caldeira usada, deverá submetê-la a inspeção por inspetor qualificado e registrado na Delegacia Regional do Ministério do Trabalho.

F — NORMA TÉCNICA SOBRE CÂMARAS FRIGORÍFICAS

As instalações frigoríficas deverão obedecer às seguintes determinações:

a) para a conservação adequada dos alimentos poderão ser instaladas câmaras frigoríficas independentes;

b) deverão ser observadas as seguintes condições de temperatura e umidade relativa:

Temperatura	Umidade Relativa
— Carne	0 °C 70%
— Laticínios	4 °C 50%
— Frutas e verduras	10 °C 80%

c) as câmaras deverão ser revestidas internamente de chapa de aço, ou inoxidável, ou equivalentes com juntas chavetadas e impermeabilizadas com material vedante, no sentido do escoamento, para permitir a lavagem;

d) é vedado o uso de ralo, mesmo quando sifonado, dentro da câmara;

e) câmaras para carne deverão ser dotadas de ganchos e prateleiras de aço galvanizado ou inoxidável. As bandejas de miúdos deverão ser de alumínio ou plástico não poroso;

f) cada câmara deverá ser dotada de termômetro tipo mostrador, que permita a leitura da temperatura da câmara pelo lado externo;

g) o interruptor da iluminação da câmara deverá estar do lado de fora da câmara com lâmpada-piloto indicativa das condições "LIGADO" e "DESLIGADO";

h) o acesso ao comando do sistema de refrigeração deverá ser possível somente ao pessoal da manutenção;

i) a câmara frigorífica para cadáveres deverá ter temperatura de 4 °C, umidade relativa de 70% e execução igual às câmaras para a despensa;

j) as portas deverão ser providas de fechaduras;

l) o sistema de refrigeração de cada câmara deverá ser constituído por dois conjuntos frigoríficos independentes, sendo cada um capaz de suprir a demanda total da câmara.

G — NORMA TÉCNICA SOBRE GÁS COMBUSTÍVEL

A instalação de gás combustível deverá obedecer às seguintes especificações:

a) a execução dos serviços de instalação interna de gás encanado, desde o registro de passeio até os aparelhos de utilização, deverá obedecer ao regulamento das companhias fornecedoras;

b) as instalações de gás liquefeito deverão obedecer à norma NB-107 da ABNT, bem como às seguintes especificações adicionais:

— para o consumo acima de 1 kg/hora deverá ser instalado sistema central de recipientes transportáveis (cilindros ou carrapetas) ligados a um coletor dotado de regulador de pressão;

— para o consumo acima de 30 kg/hora de uso contínuo, o abastecimento deverá ser feito por meio de central de recipientes estacionários, cuja localização e zona de segurança deverão obedecer à norma acima referida.

c) a tubulação será executada em tubo de aço preto sem costura, sendo que para tubulação enterrada ou exposta ao tempo deverá ser utilizado tubo "schedule 80";

d) para a isolação de cada ramal deverá ser previsto registro de fechamento devidamente protegido;

e) a quantidade de gás armazenado na central deverá ser dimensionado de acordo com a frequência do reabastecimento e o consumo previsto no serviço de nutrição e dietética, nas copas das unidades, no laboratório, bem como, eventualmente, de geradores e de incinerador.

H — NORMA TÉCNICA SOBRE OXIGÊNIO

A instalação de oxigênio medicinal deverá obedecer à norma brasileira referente a sistemas centralizados de agentes oxidantes de uso medicinal, da Associação Brasileira de Normas Técnicas, bem como às seguintes adicionais:

a) para tornar a sua aplicação mais segura, pela redução da alta pressão dos cilindros em local distante dos pacientes, o oxigênio deverá ser utilizado a partir da central;

b) a rede de distribuição deverá abastecer, sempre que possível, os seguintes pontos de utilização:

— unidade de internação e salas de trabalho de

parto: um ponto acessível a cada leito, sendo que um ponto poderá servir simultaneamente a dois leitos;

— berçário: um ponto para cada incubadora, e pelo menos, um ponto para cada quatro berços;

— salas de cuidados intensivos, recuperação e terapia intensiva: um ponto para cada leito;

— salas de cirurgia e emergência: um ponto para cada local de anestesia;

— salas de parto: dois pontos (um para o anestesista, outro para reanimação do recém-nascido).

I — NORMA TÉCNICA SOBRE VÁCUO CLÍNICO

A instalação do sistema de aspiração central deverá obedecer às seguintes especificações:

a) para a aspiração médico-cirúrgica somente poderá ser utilizado sistema de vácuo seco, com coleta de produto aspirado em recipientes junto ao posto de utilização. Cada recipiente de coleta deverá ser dotado de dispositivo capaz de impedir escoamento do produto aspirado pela tubulação geral;

b) para a produção do vácuo deverão ser instaladas no mínimo duas bombas, cada um com capacidade 50% superior ao consumo máximo provável, com possibilidade de funcionarem alternativamente ou em paralelo em caso de emergência. As bombas deverão estar localizadas em recinto bem iluminado, de fácil acesso, porém vedado ao pessoal estranho à manutenção;

c) a exaustão das bombas deverá ser dirigida para o exterior do prédio, com o terminal voltado para baixo, devidamente telado, e localizado à distância mínima de 3,00 m de qualquer porta, janela, entrada de ar ou abertura do edifício, e à altura mínima de 6,00 m do solo;

d) a tubulação deverá ser de cobre, com conexões de cobre, latão ou bronze soldadas;

e) tubulações, válvulas e postos de utilização deverão estar nitidamente identificados pela cor cinza-clara e por marcação;

f) a rede de distribuição deverá prever um ponto de utilização ao lado de cada ponto de oxigênio, assim como um ponto da central de esterilização e na sala de necropsia. Cada linha deverá ter as suas ligações providas de válvulas de retenção.

Obs.: O laboratório de patologia clínica deverá ter sistema de vácuo independente.

g) o consumo mínimo a ser previsto por ponto de utilização e medido nas condições normais de pressão e temperatura será de:

— 3,5 m³ por hora nas salas de cirurgia, parto, emergência, terapia intensiva e recuperação.

— 1,5 m³ por hora nas unidades de internação, na central de esterilização e na sala de necropsias.

h) bombas e rede de distribuição deverão ser calculadas de forma a manter um vácuo de 300 mm de mercúrio no ponto mais distante das bombas, na condição de consumo máximo provável;

i) deverá ser previsto um alarme por sinal luminoso e sonoro, alertando a queda do sistema de vácuo abaixo de 200 mm de mercúrio;

j) instalação e testes do sistema de vácuo deverão obedecer à norma brasileira referente aos sistemas centralizados de agentes oxidantes de uso medicinal;

l) quando a rede elétrica de emergência não abrange as bombas de vácuo, deverá ser previsto, no centro cirúrgico, obstétrico e na unidade de emergência, um cilindro de oxigênio, montado em carrinho e dotado de válvula redutora, fluxômetro e unidade de venturi para aspiração, ou qualquer outro tipo de aspiração manual de emergência.

J — NORMA TÉCNICA SOBRE COMUNICAÇÃO

1. Sinalização de enfermagem:

Deverão ser observados os seguintes itens:

a) nas unidades de internação cada leito deverá ser provido de um botão de chamada para uso do paciente. Nos quartos de isolamento a chamada poderá ser acionada por cordão descartável;

b) cada chamada deverá acionar um sinal luminoso no corredor sobre a porta do paciente, no posto, na sala de serviço.

Em unidade com diversos corredores, deverá haver sinal luminoso adicional nas interseções dos corredores;

c) em cada sanitário deverá ser previsto, sempre que possível, um botão para chamada de urgência com sinal distinto da sinalização do leito;

d) um botão para chamadas de emergência de uso da enfermagem deverá ser previsto em cada sala de cirurgia, parto, emergência, recuperação, cuidados intensivos, terapia intensiva, bem como no berçário e locais selecionados das unidades pediátrica e psiquiátrica;

e) sempre que possível, os condúites da sinalização do leito deverão ser instalados com capacidade suficiente para eventual introdução futura de sistema de comunicação oral.

2. Telefones:

Deverá ser previsto telefone externo e interno, independentes ou através de um centro de PABX ou PBX, para facilidade de comunicação de pessoal e pacientes ou visitantes.

3. Outras:

Sempre que possível deverão ainda ser previstos os seguintes sistemas:

a) busca de pessoas para chamada de médicos e funcionários;

b) registro de presença do médico, interligando entrada e centro telefônico;

c) alarme de incêndio.

L — NORMA TÉCNICA SOBRE AR CONDICIONADO E VENTILAÇÃO MECÂNICA

A instalação do sistema de ar condicionado e ventilação mecânica deverá atender às exigências da ABNT pertinentes à matéria, e em vigência.

M — NORMA TÉCNICA SOBRE LIXO

O tratamento do lixo deverá obedecer, além das posturas da autoridade sanitária e prefeitura locais, às seguintes especificações:

1. Deverão ser previstos em todo hospital espaço e equipamento necessários à coleta higiênica e eliminação do lixo de natureza séptica e asséptica.

2. O lixo de natureza séptica deverá ser sempre tratado por incineração.

Obs.: O lixo séptico é representado por:

a) todos os restos dos produtos oficiais utilizados no tratamento dos pacientes;

b) fragmentos de tecidos e outros resíduos provenientes das unidades de centro cirúrgico, centro obstétrico e serviços de laboratório de patologia clínica e anatomia patológica e hemoterapia;

c) resíduos provenientes da limpeza de todas as unidades destinadas à internação ou tratamento de pacientes.

N — NORMA TÉCNICA SOBRE PROTEÇÃO E COMBATE A INCÊNDIO

Além das prescrições contidas nas normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas, referentes a incêndio, deverão ser atendidas igualmente as normas do Instituto de Resseguros do Brasil, do Ministério do Trabalho e do corpo de bombeiros local e às seguintes especificações adicionais.

1. Para o combate ao incêndio todo hospital deverá dispor, no mínimo, dos seguintes sistemas de proteção sob comando: instalação hidráulica contra incêndio e extintores de incêndio.

Obs.: Os sistemas de proteção contra incêndio deverão ser submetidos à aprovação do corpo de bombeiros local.

2. Em todo hospital deverá ser instalado sistema manual ou automático de aviso de emergência.

3. Em locais de elevada carga de incêndio, como depósitos, arquivos, sala de computador, coifas, deverão ser previstos, sempre que possível, sistemas automáticos de detecção, alarme ou combate a incêndio, tais como:

— detectores de fumaça;

— detectores termovelocimétricos;

— chuveiros automáticos para extinção de incêndio.

4. Todos os depósitos, escadarias, poços de elevadores, casa de caldeiras ou outro local de elevada carga de incêndio deverão ser isolados do conjunto por paredes corta-fogo.

5. Construção e instalações em locais onde for previsto o uso de anestésicos inflamáveis deverão obedecer à norma da ABNT.

6. Os gases comprimidos, liquefeitos ou dissolvidos sob pressão deverão ser guardados em depósitos de fácil acesso do exterior. Os depósitos de gases e centrais não deverão ser instalados ao lado de almoxarifado ou depósito com material de elevada carga de incêndio.

7. Em escadarias e monta-cargas deverão, sempre que possível, ser previstas portas corta-fogo.

1. Die erste Aufgabe ist die Bestimmung der
2. Die zweite Aufgabe ist die Bestimmung der
3. Die dritte Aufgabe ist die Bestimmung der
4. Die vierte Aufgabe ist die Bestimmung der
5. Die fünfte Aufgabe ist die Bestimmung der
6. Die sechste Aufgabe ist die Bestimmung der
7. Die siebte Aufgabe ist die Bestimmung der
8. Die achte Aufgabe ist die Bestimmung der
9. Die neunte Aufgabe ist die Bestimmung der
10. Die zehnte Aufgabe ist die Bestimmung der

1. Die erste Aufgabe ist die Bestimmung der
2. Die zweite Aufgabe ist die Bestimmung der
3. Die dritte Aufgabe ist die Bestimmung der
4. Die vierte Aufgabe ist die Bestimmung der
5. Die fünfte Aufgabe ist die Bestimmung der
6. Die sechste Aufgabe ist die Bestimmung der
7. Die siebte Aufgabe ist die Bestimmung der
8. Die achte Aufgabe ist die Bestimmung der
9. Die neunte Aufgabe ist die Bestimmung der
10. Die zehnte Aufgabe ist die Bestimmung der

C — UNIDADES SANITÁRIAS

PORTARIA N.º 272, de 18 de novembro de 1981
O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 2.º do Decreto n.º 76 973, de 31 de dezembro de 1975, e tendo em vista o disposto no artigo 1.º, inciso I, letra g, da Lei n.º 6 229, de 17 de julho de 1975, resolve,

I — Introduzir na Portaria n.º 400, de 6 de dezembro de 1977, publicada no **Diário Oficial** de 15 de dezembro do mesmo ano, modificações nas Normas de Construções e Instalações de Serviços de Saúde, referentes ao capítulo C, sobre posto e centro de saúde, que com esta se baixam na forma de anexo a esta portaria.

II — Ficam revogadas as disposições em contrário.

III — Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Waldyr Mendes Arcoverde

I — UNIDADE SANITÁRIA

É o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médico-sanitária a uma população, em área geográfica definida, sem internação de pacientes,

podendo, como atividade complementar, prestar assistência médica.

1. POSTO DE SAÚDE

Destina-se a servir de ponto referencial às ações de saúde e saneamento efetivadas em áreas rurais, para comunidades de mais de 500 e até cerca de 2 000 habitantes. Espera-se que, a partir dela, se irradiem práticas dirigidas às pessoas e à sua saúde, e ao uso adequado e preservação do ambiente onde vivem.

A condução das tarefas programadas para este nível de atenção deve ser de responsabilidade de profissionais polivalentes, de instrução mínima elementar, treinados especialmente, capazes de dar à mesma o sentido de alcance proposto pelo Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (onde esteja implantado ou em fase de implantação), e sob supervisão sistemática. Para as demais áreas, o posto de saúde deve ligar-se harmonicamente ao sistema de saúde vigente, interpretando o papel, de unidade mais periférica e de serviços básicos mais simples.

Seguindo a linha norteadora de seus propósitos, não deverá conter qualquer elemento ou material sofisticado dispensável e nem se ocupar de tarefas próprias de unidades mais complexas, permanecendo restrita ao cumprimento das responsabilidades de unidade executiva fundamental da estrutura básica de saúde pública do país.

1.1. PROGRAMA MÍNIMO

ELEMENTOS	ÁREA MÍNIMA EM m ²
Sala de espera	16
Sala para material, medicamentos e geladeira	9
Sala de atendimento e imunização	9
Sala de curativos e esterilização	9
Sala de utilidades e material de limpeza	4
Sanitário para público e pessoal (1)	2
TOTAL DE ÁREA ÚTIL	49

Notas: a) a expansão de áreas do posto de saúde condiciona-se em princípio à população a que serve.

b) sugere-se como área de expansão prioritária a sala de apoio às ações de saneamento básico, com iguais características e dimensões de atendimento.

c) para cumprimento dos programas do INAN, deverão ser previstas áreas para guarda e distribuição de alimentos.

2. CENTRO DE SAÚDE

Destina-se à execução das ações de saúde e saneamento previstas para aglomerados urbanos, de populações entre 2 000 a 20 000 habitantes. No centro de saúde, os cuidados com a saúde das pessoas e os adequados uso e preservação do meio ambiente desenvolvem-se em grau de maior complexidade, pois, espera-se que seja ele capaz de completar a cobertura, em qualidade, proporcionada pela unidade elementar.

Como característica fundamental, a presença permanente de assistência médica, que ampara o atendimento de pacientes referidos pelo posto de saúde, e a conjugação de outros técnicos em saúde atribuem-

lhe, ainda, os deveres de oferecer apoio logístico e técnico às ações de saúde e saneamento realizadas a nível mais periférico.

Articulando-se com unidades mais diferenciadas, o centro variará seus serviços em razão do tamanho da localidade onde esteja implantado, e de acordo com as particularidades da demanda. Para satisfação de seus propósitos, além dos profissionais polivalentes do posto e do médico permanente, o centro de saúde contará obrigatoriamente, com elementos de nível médio de variadas valências, para o desenvolvimento de múltiplas atividades, ligadas aos programas de vigilância epidemiológica, laboratórios clínico e de saúde pública, treinamento de recursos humanos, de odontologia, de saneamento básico e de outros.

2.1. PROGRAMA MÍNIMO

ELEMENTOS	ÁREA MÍNIMA EM m ²
Sala de espera	25
Sanitários para público (2)	4
Registro e arquivo médico	8
Sala para administração e material	10
Consultório médico (1)	9
Sala para atendimento e imunização	9
Sala para preparo de pacientes e para visitadoras (2)	12
Sala para curativos e reidratação	12
Laboratório	9
Sala para dispensação de medicamentos	4
Sala para esterilização e roupa limpa	6
Sala para utilidades e despejo	6
Copa	4
Depósito de material de limpeza	2
Sanitários com chuveiro (2)	6
TOTAL DE ÁREA ÚTIL	126

NOTA: a) Sugere-se como área de expansão prioritária a sala de odontologia, com dimensão igual à da sala de consulta médica. b) Para cumprimento dos programas do INAN, deverão ser previstas áreas para guarda e distribuição de alimentos.

II — UNIDADE MISTA (unidade integrada ou hospital-unidade sanitária)

É o estabelecimento de saúde com as características de unidade sanitária, acrescido de leitos para internação de pacientes, basicamente, em clínica pediátrica, clínica obstétrica e clínica médico-cirúrgica.

Prevê-se a implantação de unidade desta natureza para as populações concentradas, em torno de 20 000 e mais habitantes, e quando ela se justifique como ponto de referência e apoio a postos e centros de saúde, dentro de critérios de regionalização e de

complexidade crescente dos elementos que compõem um sistema de saúde hierarquizado.

As instalações destinadas a ambulatório e internação devem guardar interdependência de circulação interna, de modo a permitir ampliações horizontais em cada setor. O número de leitos será estabelecido de acordo com a demanda e as características dos serviços prestados, e sua distribuição visará a flexibilidade de atendimento aos vários grupos etários e especialidades médicas. O programa mínimo de unidade mista deve atender ao que se prevê para o centro de saúde, acrescido de salas para odontologia, e às especificações contidas nas orientações sobre o hospital geral de até 50 leitos, no que couber.

III. PROGRAMME

1. INTRODUCTION

The first part of the programme is devoted to the study of the basic concepts of the theory of groups. This includes the definition of a group, the properties of groups, and the construction of quotient groups. The second part deals with the structure of finite groups, including the Sylow theorems and the classification of simple groups.

2. GROUPS

In this section, we will study the properties of groups and the construction of quotient groups. We will also discuss the structure of finite groups and the Sylow theorems.

3. FINITE GROUPS

The third part of the programme is devoted to the study of finite groups. This includes the Sylow theorems, the classification of simple groups, and the structure of finite groups. We will also discuss the properties of finite groups and the construction of quotient groups.

4. GROUPS

The fourth part of the programme is devoted to the study of groups. This includes the definition of a group, the properties of groups, and the construction of quotient groups. We will also discuss the structure of finite groups and the Sylow theorems.

5. FINITE GROUPS

In this section, we will study the properties of finite groups and the construction of quotient groups. We will also discuss the structure of finite groups and the Sylow theorems.

6. FINITE GROUPS

The sixth part of the programme is devoted to the study of finite groups. This includes the Sylow theorems, the classification of simple groups, and the structure of finite groups. We will also discuss the properties of finite groups and the construction of quotient groups.

D — ORIENTAÇÃO PARA APLICAÇÃO DAS NORMAS* SOBRE:

- Hospital geral de pequeno e médio portes
- Unidades sanitárias

1. Estas normas e padrões mínimos do hospital geral de pequeno e médio portes e das unidades sanitárias aplicam-se:

- a) por inteiro, às construções novas de unidades de saúde de todo o país;
- b) por inteiro, às ampliações de unidades de saúde já existentes, adequando-se a infra-estrutura às exigências estabelecidas;
- c) nas reformas de unidades de saúde já existentes, quando houver adaptação de elementos referentes a estas normas.

2. As áreas das unidades deverão satisfazer, de acordo com os objetivos programáticos do estabelecimento, os padrões mínimos exigidos.

I — INTRODUÇÃO

Este capítulo tem por objetivo orientar os interessados na aplicação das normas estabelecidas pelo Mi-

* Esta orientação foi elaborada pela seguinte equipe: arquiteta Sylvia Caldas Ferreira Pinto, arquiteto Walter Aloysio Wyss, arquiteto Antonio Jorge Monteiro Filho e enfermeira Clarice Della Torre Ferrarini.

nistério da Saúde para construção de unidades de saúde, principalmente aqueles que estão se iniciando na área do planejamento ou da construção.

Os aspectos abordados nesta orientação tiveram origem nas observações feitas e nas dificuldades verificadas em centenas de projetos arquitetônicos examinados na Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde, oriundos dos mais distantes municípios brasileiros.

As normas de construção, de âmbito federal, foram estabelecidas levando-se em conta os diferentes aspectos das diversas regiões brasileiras.

Para atender a essas condições, as normas foram estabelecidas procurando-se um equilíbrio racional, não tão elevadas como caberiam em algumas áreas, mas também não tão precárias que levassem o país a um retrocesso em seu desenvolvimento.

A implantação de hospitais com pequeno número de leitos não deve ser estimulada, tendo em vista a dificuldade de manutenção.

A capacidade que um hospital deve possuir para apresentar um equilíbrio estável, econômico e financeiro é em torno de 150 leitos; no entanto, considerando as nossas condições foram feitos estudos para hospitais com um mínimo de 50 leitos.

Para as comunidades que não comportam essa capacidade de leitos, são incentivadas as construções de unidades integradas de saúde, onde são obrigatórias as atividades de saúde pública. Nesses casos, concessões técnicas são feitas na instalação dos serviços. A construção de hospitais especializados (doença mental, tuberculose, hanseníase) é desestimulada, sendo a orientação dada pelo governo do atendimento mais amplo nos hospitais gerais, através de unidades de internação com algumas características especiais.

1. APLICAÇÃO DAS NORMAS

Sabemos que muitos edifícios destinados aos serviços de saúde carecem das condições mínimas para o desenvolvimento de suas atividades, não havendo mesmo acomodações corretas que possam assegurar um atendimento eficiente do paciente e nem condições adequadas de trabalho, tanto para o pessoal de nível técnico como para o pessoal auxiliar.

Portanto, as normas visam, nesses casos, dar condições para a melhoria das instalações físicas dos serviços de saúde bem como para a elevação dos padrões técnicos de seu funcionamento.

A utilização deste manual na análise ou elaboração de projetos arquitetônicos só é válida quando acompanhada das Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde, objeto da Portaria n.º 400 de 15.12.77, publicada em 1978, Portaria n.º 138, de 31.3.78 e Portaria n.º 272, de 18.11.82. Trata-se de um instrumento de orientação e esclarecimento sobre as exigências das referidas portarias.

As normas e padrões mínimos do hospital geral de pequeno e médio portes e das unidades sanitárias aplicam-se:

- a) por inteiro, às construções novas de unidades de saúde de todo o país;
- b) por inteiro, às ampliações de unidades de saúde já existentes, adequando-se a infra-estrutura às exigências estabelecidas;
- c) nas reformas de unidades de saúde já existentes, quando houver adaptação de elementos referentes a essas normas.

As áreas mínimas estabelecidas nas normas de construção visam ao bom desempenho de atividades dentro de cada elemento do hospital, possibilitando, num mínimo de área, a colocação do equipamento e material necessários ao funcionamento dessas atividades.

As áreas mínimas exigidas visam não só à instalação dos equipamentos fixos e móveis, mas também permitem condições para a movimentação desses equipamentos e do pessoal que os maneja. Áreas menores do que as previstas não apresentam essas condições.

Os elementos exigidos para cada unidade têm por objetivo dar melhor ordenação e desempenho a cada função, procurando diminuir as improvisações e condições precárias de trabalho tão comumente encontradas.

2. DOCUMENTOS EXIGIDOS

Para ser analisado o projeto arquitetônico de um serviço de saúde é preciso que sejam exigidos os seguintes documentos básicos:

2.1. Componentes gráficos

Anteprojeto completo constando de:

Planta de situação

Plantas baixas (subsolo, pavimento, cobertura, etc.)

Cortes

Fachadas

Detalhes, quando necessários.

A apresentação do anteprojeto deve obedecer às especificações da ABNT, de acordo com a NB-8, que fixa as condições gerais que devem ser observadas na execução dos desenhos técnicos.

Quanto a esses componentes, devem atender às seguintes especificações:

a) — Planta de situação

A planta de situação deve indicar a implantação de todos os prédios no terreno (existente e a construir, caso se trate de ampliação), na escala 1:200 ou em outra menor, se houver necessidade.

Na planta de situação devem ser indicadas as divisas do terreno, ruas limítrofes, acessos, estacionamentos, espaço para circulação de veículos e pedestres, curvas de nível (se o terreno não for plano), linha de orientação norte-sul e outros elementos indispensáveis.

Na mesma prancha deverão ser indicados os serviços, por pavimento, área em metros quadrados, por pavimento ou pavilhão, área total da construção e coeficiente, em metros quadrados, por leito. Deve

ser indicada, também, a taxa de ocupação do terreno.

O número de leitos também deve ser indicado por pavimento e por especialidade.

Caso se trate de ampliação, o número de leitos deve ser informado, tanto na ampliação como na parte existente, indicando também o número de leitos a serem desativados, se for o caso.

b) — Plantas baixas

As plantas baixas dos pavimentos devem ser fornecidas na escala 1:100, com todos os elementos cotados e suas finalidades indicadas dentro dos elementos e por extenso, obedecendo à terminologia hospitalar adotada.

Eventualmente podem ser aceitas algumas abreviações, desde que legendadas na mesma prancha.

Devem ser indicadas, também, janelas, portas com abertura das folhas e atendendo aos vãos mínimos exigidos, aparelhos sanitários, bancadas com pias etc.

É indispensável a indicação dos leitos e berços em, pelo menos, um dos quartos e enfermarias projetadas.

A denominação das unidades deve ser destacada.

c) — Cortes

Deverão ser apresentados cortes em geral, na escala 1:100 e, se necessário, cortes específicos.

d) — Fachadas

As fachadas também deverão ser apresentadas na escala 1:100.

e) — Detalhes

Para melhor compreensão do projeto deverão ser apresentados detalhes eventuais na escala apropriada, a critério do autor do projeto.

Todas as pranchas devem conter, além dos dados técnicos, o nome do hospital, do município e estado onde será construído, e assinatura do autor do projeto.

2.2 Componentes descritivos

Memorial descritivo, contendo todas as informações necessárias à apreciação do projeto, apresentado nos componentes gráficos.

3 — COMO EXAMINAR UM PROJETO

Para a análise de um projeto é preciso, antes de tudo, bom senso. Pouco significa um projeto no qual foram atendidas todas as exigências contidas nas normas, referentes a áreas mínimas, à existência de todos os elementos, se o seu funcionamento deixa muito a desejar. Esse funcionamento pode estar prejudicado porque não houve cuidado na localização das diversas unidades, provocando cruzamentos indesejáveis de circulações e localização indevida de serviços.

É preciso sempre ter em mente que o paciente e/ou cliente é o principal objetivo dos serviços de saúde, pois é em função dele que se desenvolvem todas as atividades. Portanto, é para o paciente que devem estar voltados todos os cuidados na elaboração de um projeto. Contudo não devem ser descuidadas as demais atividades desenvolvidas em um serviço de saúde.

Serão abordados, no presente trabalho, os aspectos gerais que envolvem, o planejamento de um serviço de saúde, notadamente o hospital, que, entre os demais serviços, é o que apresenta maior complexidade. Portanto, os aspectos apresentados serão válidos para todo e qualquer serviço de saúde, observando-se, é claro, as devidas proporções e peculiaridades. Assim, serão abordados aqui, mais especificamente, os hospitais de pequeno e médio portes e unidades sanitárias.

3.1 Exame preliminar — O exame do projeto arquitetônico de um hospital é precedido do conhecimento prévio da finalidade do mesmo, características e amplitude de ação. Antes da análise minuciosa das diversas unidades que compõem o hospital, deve ser analisado o projeto como um todo, procurando-se entender as diversas atividades que aí serão desenvolvidas, destacando-se os seguintes aspectos: comunidade a ser atendida, natureza da instituição, finalidade do atendimento, capacidade prevista, serviços componentes, localização, características gerais, etc.

3.2 Análise da implantação — Após exame preliminar, deve-se analisar a implantação geral dos prédios no terreno, observando-se os seguintes aspectos: taxa de ocupação, afastamentos indicados, vias de acesso, circulação de veículos e pedestres, localização e disposição das diversas unidades, entrosamento entre essas unidades, entradas e saídas previstas, etc.

3.3 Exame detalhado — O exame de cada unidade, em seus detalhes, é feito a seguir: as áreas mínimas,

forma dos compartimentos e localização destes devem ser analisados com atenção. O fluxo de trabalho ou de técnica, quando houver, deve ser considerado. Sempre é recomendável, exigir-se nos desenhos dos projetos a localização dos leitos e berços ou indicação necessária de outros equipamentos, para interpretação de fluxos ou técnicas de trabalho.

3.4 Parecer final — Após o exame deve ser elaborado o parecer final sobre a análise do projeto. O projeto será invalidado pelo não cumprimento das áreas e dimensões mínimas, pela não existência de elementos exigidos e até pela adoção de um partido incorreto, que venha a contrariar os aspectos contidos na implantação dos prédios.

Em qualquer dos casos, o interessado deve ter oportunidade de reformular seu projeto, para atender às exigências apresentadas.

II — LOCALIZAÇÃO ADEQUADA

1. SITUAÇÃO

O hospital deve possuir uma situação privilegiada dentro da comunidade; portanto, a escolha do terreno tem uma importância fundamental no funcionamento futuro da unidade.

Na implantação de um hospital, os seguintes aspectos, entre outros, devem ser considerados:

- a) que esteja em lugar aprazível e o mais afastado de vizinhanças incômodas, principalmente de bairros industriais, que, preferencialmente, não devem comportar hospitais;
- b) localização adequada com relação aos ventos dominantes, de tal forma que estes não tragam para o hospital odores ou poeiras;
- c) que a sua localização não seja nas proximidades de cemitérios, devido a fatores psicológicos negativos, suscitados por essa vizinhança;
- d) na escolha do terreno é de todo recomendável considerar, ainda, a necessidade de uma futura expansão;
- e) evitar terrenos de aterro, tendo em vista o alto custo das fundações, embora, muitas vezes, um terreno com essas características facilite a localização de um ambulatório, dos serviços gerais, etc.
- f) considerar os códigos de obras regionais, os gabaritos dos edifícios, os zoneamentos, os planos diretores das cidades, etc.

2. ORIENTAÇÃO

No hospital, a principal preocupação é o paciente. Portanto, deve-se dar, na unidade de internação, um valor prioritário à orientação, evitando-se não só insolação excessiva como também a sua falta.

A orientação irá variar de acordo com a latitude da região e com a posição do terreno e, no Brasil, cujas dimensões são continentais, esse aspecto é de grande importância, exigindo um estudo cuidadoso para cada caso.

3. TAXA DE OCUPAÇÃO

No cálculo da área do terreno, além da construção, devem ser previstos locais para estacionamentos e jardins, movimentação de ambulâncias, descarga de mercadorias, acessos de carros fúnebres, etc.

Portanto, considerando os aspectos acima, deve ser observada uma taxa de ocupação correspondente, no máximo, a 50% da área total do terreno.

Esse valor devia ser mais baixo, em torno de 30%; no entanto, considerando o alto custo do uso do solo nas grandes metrópoles, ficou estabelecida em 50% a taxa de ocupação. Dentro desse percentual, já devem estar computadas as ampliações futuras.

Pode-se admitir que esse percentual seja ultrapassado, apenas quando se tratar de reformas em construções existentes, implantadas antes da decretação das normas.

É preciso considerar que os hospitais que foram construídos em épocas anteriores à decretação das normas foram planejados sem que o aspecto da ampliação fosse levado em conta; portanto, para esses casos, pode-se tolerar que a taxa de ocupação seja ultrapassada.

No entanto, para as construções que estão se implantando no momento, deve ser exigida a taxa de ocupação máxima de 50%. Os hospitais que estão se implantando sem obedecer a essa taxa de ocupação, quando pretenderem ampliar suas instalações, não terão condições de fazê-lo, pois, nesses casos, não serão toleradas concessões.

4. AFASTAMENTOS MÍNIMOS

Os afastamentos mínimos exigidos para construção de hospitais são de 5,00 m em relação às vias públicas e de 3,00 m em relação aos terrenos vizinhos.

As razões pelas quais foram consideradas essas dimensões e não outras maiores são as mesmas já mencionadas com relação à taxa de ocupação, ou seja, as dificuldades e custo do solo nas grandes metrópoles.

As exigências relativas aos afastamentos da construção procuram não só proteger o hospital em si, mas também a vizinhança.

São inúmeras as reclamações e pedidos de providências, a propósito de hospitais que são construídos em paredes-meias com habitações, cujos moradores perdem, com a vizinhança, a tranquilidade a que têm direito. Esse é um dos fatores pelos quais não se recomenda a utilização de casas adaptadas para a implantação de hospitais. Os afastamentos fixados são obrigatórios para quaisquer construções destinadas a serviços de saúde, que possuam leitos e acomodem pacientes por mais de 48 horas.

Quando o terreno está situado de modo a se limitar com três ruas ou mais, é permitido que a construção possua um afastamento de 3,00 m para uma das ruas, desde que essa face do prédio (empena) apresente apenas aberturas para ventilação e iluminação de escadas, corredores e sanitários.

Mesmo em se tratando de ampliações, esses afastamentos mínimos devem ser respeitados.

5. MODULAÇÃO

Embora possa ser adotada para a elaboração do projeto arquitetônico qualquer modulação, aconselha-se que se adote a modulação de 1,20 m, uma vez que é a que mais se adapta à instalação e movimentação do leito hospitalar ou maca, havendo mesmo essa modulação sido consagrada internacionalmente.

III — ÁREAS DE CIRCULAÇÃO EXTERNA E INTERNA

1. ENTRADAS E SAÍDAS

Um dos primeiros aspectos a ser considerado é quanto à localização das diversas unidades, a sua interligação e aglutinação, devendo ser levadas em conta, para um bom fluxo de trabalho, as diversas entradas e saídas, que devem ser as seguintes para hospitais de pequeno e médio portes: entrada principal, entrada do ambulatório, entrada de emergência, entrada dos serviços gerais, saída do velório.

A preocupação de se restringir ao máximo esses acessos tem por objetivo conseguir um maior controle da movimentação do hospital, principalmente quanto aos problemas decorrentes dos desvios de material, tão comuns em qualquer hospital e, ao mesmo tempo, para se dar àquelas unidades que necessitam de acesso direto a independência necessária.

Os hospitais de pequeno e médio portes só poderão restringir o número de entradas quando não contarem com unidades de ambulatório ou de emergência, não existindo, portanto, esses acessos. Quanto aos demais acessos, não poderão deixar de existir.

Para hospitais de grande porte pode-se admitir um maior número de entradas.

2. LOCAIS DE ESTACIONAMENTO

Nas áreas livres do terreno do hospital é conveniente verificar a área necessária para circulação de autos, ambulâncias, viaturas de abastecimento, bem como locais de paradas junto às entradas, etc.

Também é importante verificar a circulação de pedestres por acessos apropriados.

Além do mínimo estabelecido nas normas, pode ser verificada a necessidade de maior previsão para estacionamento, dependendo, neste caso, de uma série de fatores, tais como: densidade de população, região a ser atendida, localização do hospital dentro da comunidade, etc.

Quanto à área prevista para estacionamento de veículos, foi estabelecida uma área de 12,00 m² para cada quatro leitos, ou seja, a vaga de um veículo para cada quatro leitos.

Os hospitais localizados nos grandes centros urbanos deverão prever maior número de vagas, tendo em vista as dificuldades de estacionamento em suas vias públicas. Esse acréscimo no número de vagas deverá ser calculado de acordo com as posturas municipais ou a critério da direção do hospital.

3. CIRCULAÇÕES HORIZONTAIS

Quanto às circulações adotadas no hospital, a exigência é a largura mínima de 2,00 m para as circulações horizontais, mesmo que sejam adotadas circulações auxiliares como é comum em algumas unidades do hospital, tais como: centro cirúrgico, ambulatório, serviços complementares de diagnóstico e tratamentos, etc.

Para as circulações auxiliares a largura mínima admitida é de 1,20 m.

Quando são utilizadas apenas passagens, ligando alguns elementos de uma mesma unidade, pode-se admitir uma largura de 1,00 m.

4. ESCADAS

A instalação de escadas deve atender, rigorosamente, às exigências contidas nas normas.

As escadas não poderão abrir diretamente para as circulações, e do mesmo modo que elevadores, os vestíbulos para os quais a escada dá acesso não deverão ter dimensão inferior a 3,00 m em frente à mesma.

Foi adotada a largura mínima de 1,50 m para as escadas, considerando-se que, eventualmente, essas escadas possam ser utilizadas por pacientes acompanhados por pessoal de enfermagem ou por familiares.

Outro aspecto a ser considerado é o da possível utilização simultânea por pacientes, subindo ou descendo as escadas, sempre acompanhados; larguras inferiores à adotada dificultariam essa movimentação.

A instalação de elevadores ou monta-cargas nos vãos das escadas, não é permitida, como norma de prevenção de incêndios. Em caso de sinistro, os vãos utilizados e fechados funcionarão como chaminés, impossibilitando, portanto, o uso da escada para escape.

5. RAMPAS

A adoção de rampas não é recomendável para unidades hospitalares, não só pelas grandes distâncias que o pessoal de serviço tem que percorrer, tornando o trabalho exaustivo e penoso, mas, sobretudo, pelos acidentes que acarretam.

No entanto, tendo em vista que pequenas comunidades do interior do país não teriam condições de adotar outra alternativa para vencer mais de um pavimento, quando o terreno não possibilita a construção em um só, é que se admite a utilização de rampas mas, apenas, para vencer dois pavimentos no máximo.

Quanto à utilização da rampa, podemos considerar, ainda, dois aspectos:

a) as rampas poderão servir a um terceiro pavimento, se este estiver situado em nível intermediário àqueles, isto é, estiver no nível do patamar intermediário da rampa;

b) os patamares das rampas devem possuir dimensões tais que permitam a parada temporária de macas e carrinhos.

6. ELEVADORES

Para os elevadores, diversas exigências determinadas pela ABNT, e outras, devem ser respeitadas, não podendo a sua cabine possuir dimensões inferiores a 1,20 m x 2,20 m, para transporte de macas.

Quando o hospital dispuser de monta-cargas para o transporte de material os elevadores atenderão apenas à população do hospital, podendo assim, a sua capacidade ser calculada para atender ao transporte de apenas 8% da população total.

Quando não houver monta-cargas os elevadores serão mais utilizados e deverão ser calculados, então, na base de 12%.

Não é permitida a abertura de elevadores diretamente para a circulação, principalmente aqueles que atendem às unidades de internação ou tratamento.

Os vestíbulos para os quais os elevadores dão acesso devem possuir dimensão mínima de 3,00 m, das portas dos elevadores à parede fronteira.

7. MONTA-CARGAS

Para não sobrecarregar os elevadores, recomenda-se a utilização de monta-cargas para auxiliar no transporte de material limpo, que deve trafegar separado do material usado.

Os monta-cargas devem abrir sempre para um recinto fechado e nunca para a circulação aberta, a fim de atender aos aspectos de limpeza e de método de trabalho. O material pode vir acondicionado em carros de transporte mas há sempre um congestionamento na saída dos monta-cargas: assim, a existência de recintos privativos para a descarga de material facilita o atendimento.

É sempre recomendável instalar comunicação sonora entre as paradas dos monta-cargas.

8. TUBOS DE QUEDA

Os tubos de queda para lixo e roupa suja foram predominantemente abolidos, tendo em vista o alto índice de contaminação que acarretam, sobretudo nas construções hospitalares, onde maior é o risco de infecção.

Mesmo que sejam adotadas portas de abrir intermitentes para os tubos de queda, essa solução não resolve o problema da limpeza, pois é impossível uma limpeza perfeita, indispensável nos hospitais, dentro de uma tubulação de lixo ou roupa suja.

O material usado, roupa ou lixo, deve ser acondicionado em recipientes plásticos e encaminhados ao seu destino.

Devem ser adotadas cores especiais nos plásticos para o material contaminado, a fim de que seja mais facilmente identificado.

9. CRUZAMENTO DE TRÁFEGOS

Na localização das diversas unidades do hospital deve ser tomado o maior cuidado, a fim de se evitar o cruzamento indesejável de tráfegos e trânsito indevido pelas unidades.

Do mesmo modo, o cruzamento do tráfego limpo e contaminado, referente aos fluxos internos de serviços, deve ser evitado no centro cirúrgico, no centro de material, na lavanderia, na cozinha, etc. Não sendo possível total independência desses tráfegos, a técnica asséptica deve ser adotada, acondicionando devidamente os materiais em trânsito e fazendo-os circular em horários diferentes.

IV — ÁREA TOTAL CONSTRUÍDA

Para a estimativa de necessidade da área total de construção por leito em hospitais gerais, devemos agrupar as unidades do hospital em três grandes unidades:

- 1) unidades de internação,
- 2) unidades de diagnóstico e tratamento,
- 3) unidades de administração e apoio.

Para a elaboração desse agrupamento, todas as unidades que entram na composição do hospital devem ser consideradas. Assim, por exemplo, quando tomamos o grupo de diagnóstico e tratamento, todas as unidades que têm, de algum modo, relação com o diagnóstico e tratamento do paciente, entram na composição do grupo, como é o caso dos serviços complementares (radiologia, laboratório, fisioterapia, etc.), e outras como o serviço de emergência, o centro cirúrgico, o centro obstétrico, a unidade de terapia intensiva (UTI), etc.

Do mesmo modo, quando se considera o grupo de administração e apoio, todas as unidades que têm alguma relação com essa classificação são consideradas, como é o caso da administração propriamente dita, do serviço de arquivo médico e estatística, do conforto clínico, do centro de material, dos serviços gerais (cozinha, lavanderia, almoxarifado, vestiários, oficinas de manutenção, serviços mecânicos, etc.).

No caso, por exemplo, de o hospital possuir uma unidade de anatomia patológica, essa unidade entra na composição do grupo diagnóstico e tratamento. No entanto, se o hospital mantém apenas uma sala

para cadáver aguardando remoção, essa área entra na composição do grupo administração e apoio. Com essas áreas estimadas podemos compor o hospital na relação metro quadrado por leito.

De um modo geral, um hospital com áreas mínimas estabelecidas, deverá apresentar um coeficiente variado de 45,00 m² a 50,00 m² por leito. Assim, se o hospital apresentar um coeficiente bastante diferente desse estabelecido, deverá possuir deficiência ou excesso de áreas nas diversas unidades ou mesmo ausência ou duplicidade de elementos.

Esse coeficiente não é rígido, mas servirá para dar uma idéia de grandeza na composição das diversas unidades que compõem o hospital, isto é, funcionará com um índice na estimativa das áreas necessárias para a instalação dos leitos.

É preciso observar que, no cálculo da área global do hospital, não foi incluída a área de pacientes externos, como é o caso do ambulatório.

O centro de saúde, que também pode estar incluído no hospital, não é área obrigatória para instituições particulares, mas apenas para entidades governamentais, principalmente para as prefeituras municipais de pequenas comunidades, cujo estágio de desenvolvimento necessita mais dos serviços de saúde pública.

Portanto, as áreas dessas unidades, ambulatório e centro de saúde, não são computadas para efeito de cálculo do coeficiente m²/leito. O hospital não precisa possuir obrigatoriamente todas as unidades relacionadas na portaria, mas apenas aquelas que atendam às necessidades da população. No programa a ser implantado devem ser levados em conta as prioridades locais, os recursos mínimos para a sua instalação e desempenho, recursos técnicos e humanos.

Assim, por exemplo, um hospital que irá ser implantado em uma comunidade que já possui um serviço de emergência ou onde já está funcionando uma maternidade, não necessitará da unidade de emergência ou da unidade de obstetrícia, evitando, assim, a duplicação e paralelismo de serviços ou de unidade.

A instalação do leito hospitalar é cara e mais dispendiosa ainda é a sua manutenção; portanto, quando já existem unidades de saúde implantadas, não devemos duplicar essas instalações que, sabemos, muitas vezes permanecem ociosas.

1 — UNIDADE DE ADMINISTRAÇÃO

1.1 Localização — A unidade de administração deve estar localizada logo à entrada principal do hospital, de modo que seja de fácil acesso a todos aque-

les que a procuram.

A sua circulação não deve servir de passagem para outras unidades do hospital, principalmente para unidades de grande movimentação de público, como é o caso do ambulatório e dos serviços complementares de diagnóstico e tratamento.

Os hospitais de médio porte ou mais deverão ter os elementos da administração desdobrados com relação às suas diversas atividades: poderá ficar na entrada principal do hospital, com acesso fácil para o público, toda a parte da unidade que tenha de algum modo contato direto com o público, como, por exemplo: portaria, recepção, registro, matrícula de pacientes, tesouraria, etc. Os demais elementos poderão ficar localizados em áreas mais internas, até mesmo em outro bloco ou pavimento, de modo a permitir maior tranquilidade para execução de seus trabalhos. Entre esses elementos podemos citar: secretaria, sala para elaboração de contas de convênios, serviço de compras de material e sala para toda a equipe de direção do hospital, as chefias e as diretorias, com suas respectivas secretarias.

1.2 Direção e apoio — De acordo com o volume de trabalho a ser desenvolvido, deverá ser verificado se há necessidade de serem instaladas secretarias para os serviços de enfermagem e para o diretor administrativo. Havendo necessidade, serão concentrados todos os trabalhos de direção da enfermagem e da administração do hospital, em secretarias de apoio.

1.3 Direção e conforto — Para hospitais em torno de 150 leitos devem ser previstas salas privativas para o provedor ou diretor presidente, para o diretor administrativo, para o diretor clínico e para as chefias da enfermagem e dos serviços administrativos, prevendo-se, também, para todos eles sanitários privativos.

Caso seja do interesse da entidade, poderá ser previsto um conjunto único de sanitários, para atender toda a direção do hospital; no entanto, não há vantagem nessa solução sob o ponto de vista de economia no custo da obra, devendo ser dado à direção do hospital o máximo de conforto em suas instalações.

1.4 Registro e matrícula — O registro e matrícula de pacientes tem o seu relacionamento de trabalho ligado ao serviço de arquivo médico e estatística do hospital, mais comumente chamado SAME.

Em hospitais de pequeno porte geralmente podemos concentrar todas as atividades do SAME na mesma área física; quando o hospital cresce em sua capacidade, é muito difícil conciliarmos as áreas físicas para essas atividades.

A área física para o registro e matrícula de pacientes deve estar localizada logo à entrada do hospital, podendo ficar a parte de arquivo médico e estatística em outro local.

O atendimento no setor de registro e matrícula deve ser feito com os pacientes sentados, de modo a dar a estes todo o conforto possível possibilitando, assim, maior tranquilidade e conseqüentemente melhores condições para a tomada dos dados necessários ao preenchimento de formulários, entrevistas e encaminhamentos.

Um atendimento deficiente, com os clientes mal acomodados ou de pé, e uma coleta de dados feita às pressas, superficialmente, prejudicam a finalidade da informação, muito importante para o encaminhamento do cliente e para a tomada de decisão das autoridades.

Os hospitais de médio porte ou maiores poderão ainda prever uma sala próxima ao registro, para as atividades de admissão e alta do paciente (Fig. 1)

1.5 Secretaria-geral — A secretaria-geral de um hospital de pequeno porte pode comportar em uma mesma área todas as atividades administrativas do hospital: comunicação, arquivo, contabilidade, pessoal, convênios (quando existem), compras, tesouraria, etc.

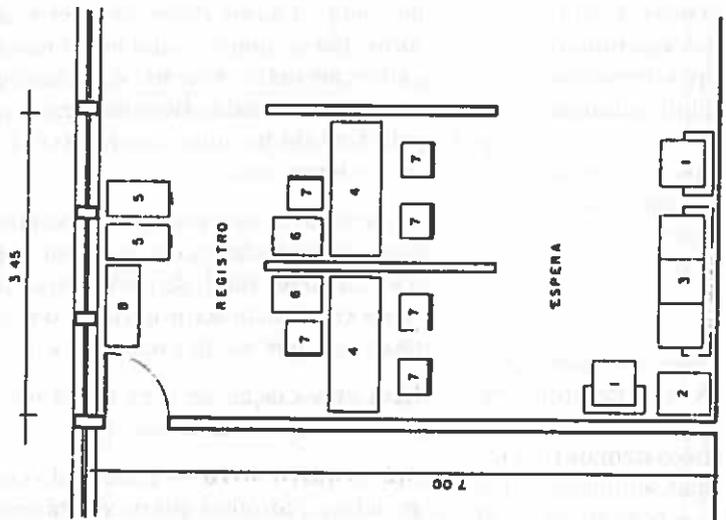
Em hospitais maiores essas áreas já merecem um desdobramento, tendo em vista o número de leitos a serem controlados, e, conseqüentemente, o maior volume de trabalho a ser desempenhado.

1.6 Serviço de pessoal — Entre as áreas a serem desdobradas, o serviço de pessoal, embora ligado à administração do hospital, poderá funcionar em outro local. O mais indicado seria na área dos serviços gerais, próximo à entrada de pessoal, de modo a facilitar o contato com os empregados do hospital, possibilitar o controle do ponto e, sobretudo, assegurar facilidades para entrevista, seleção e contratação de pessoal e, quando for o caso, de pagamento dos serviços prestados pelo mesmo.

1.7 Sala de reuniões — Mesmo em um hospital de pequeno porte deve ser prevista uma sala de reuniões, que poderá ter muitas utilidades, inclusive para a realização de atividades didáticas, permitindo a realização de cursos, seminários, atividades de treinamento e outras.

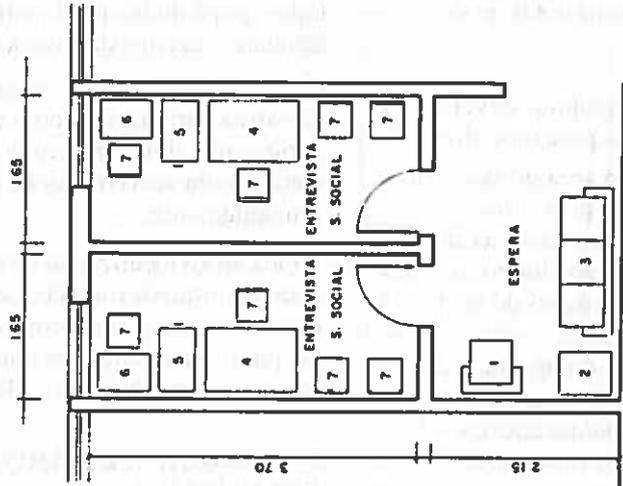
Nos hospitais de pequeno porte que mantenham atividades de saúde pública, a sala prevista para demonstrações poderá abrigar as atividades previstas para a sala de reuniões, evitando a duplicidade de áreas.

REGISTRO



- 1. poltrona
- 2. mesa
- 3. sofá
- 4. mesa de escritório

ENTREVISTAS



- 5. fichário
- 6. mesa de datilografia
- 7. cadeira
- 8. armário

FIG. 1

2 — UNIDADE DE CONFORTO DO CORPO CLÍNICO

2.1 Localização — Essa unidade deve estar localizada de modo a permitir fácil acesso do corpo clínico, considerando o estacionamento e a entrada do hospital, podendo essa ser privativa ou não. O acesso deve ser estudado de modo a permitir também que os membros do corpo clínico, ao se dirigirem aos respectivos serviços, passem pelo setor de registro de funcionários (ponto), para a anotação de presença.

2.2 Composição — Em todo hospital deverão ser previstos os seguintes elementos para o conforto do corpo clínico: a) área de estar; b) área de vestiários; c) área de sanitários, chuveiros e lavatórios.

O cálculo de cada uma dessas áreas está na dependência do volume estimado do corpo clínico, que dependerá do número de leitos e atividades do hospital.

a) — Área de estar — A área de estar é uma exigência da CLT e poderá ou não estar incorporada à área dos vestiários. Nos hospitais de pequeno porte poderá ser prevista uma sala única para atender aos funcionários do sexo masculino e do sexo feminino e, neste caso não deverá estar incorporada aos vestiários.

b) — Área de vestiários — A área de vestiários, obrigatoriamente, deverá anteceder a área dos sanitários e chuveiros. A necessidade de área deverá ser calculada em função dos roupeiros para o total de funcionários, isto é, um roupeiro para cada funcionário. Para maior concentração de área pode-se utilizar um tipo de roupeiro ou escaninho subdividido em dois níveis.

c) — Área de sanitários e chuveiros — Essa área poderá ser calculada tomando-se por base o número de peças, por usuário, na seguinte proporção:

1 vaso sanitário para cada 5 pessoas;

1 chuveiro para cada 5 pessoas;

1 lavatório para cada 10 pessoas.

Para hospitais de pequeno porte não devem ser previstas instalações para os dois sexos de funcionários médicos, isto é, instalações para médicos e para médicas e mais ainda instalações para os demais funcionários de nível superior. Basta que sejam previstos dois conjuntos de sanitários para o pessoal de nível superior: um para o sexo feminino e outro para o sexo masculino. Para os hospitais de grande porte, esse desdobramento já se justifica. (Fig. 2)

2.3 Percentual de médicos — Para o cálculo de usuários do conforto clínico, consideramos o número de médicos como sendo 10% do total de funcionários do hospital.

2.4 Residência médica — Quando houver previsão de residência médica, suas instalações deverão estar, sempre que possível, em edificação independente do hospital, ou ainda, em local de menor movimento como ala ou pavimento.

2.5 Biblioteca — A biblioteca hospitalar deve ter sua localização fora da unidade de conforto clínico, pois deve ser considerado que a sua utilização não será privativa dos médicos, mas deverá atender a toda equipe do hospital, principalmente àqueles que estudam, fazem estágios ou cursos.

Quanto à existência de uma biblioteca geral e outra privativa para os médicos, como é muitas vezes sugerida, não deve ser aceita, pois a biblioteca única contará com acervo maior e será mais econômico seu funcionamento.

É indicada a localização da biblioteca próxima à unidade de arquivo médico e estatística de modo a facilitar a consulta aos profissionais que trabalham no hospital, possibilitando maior intercâmbio de atividades de consulta ao SAME.

3 — UNIDADE DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA

3.1 Localização — A localização ideal para a unidade de arquivo médico e estatística é a que permite atender, simultaneamente, o registro e matrícula dos pacientes para os casos de internação e de ambulatorio. No entanto, quando isso não é possível, a localização mais indicada é no ambulatório, onde é maior a demanda, ficando nesse caso, na entrada principal do hospital, apenas o registro e matrícula de pacientes internados.

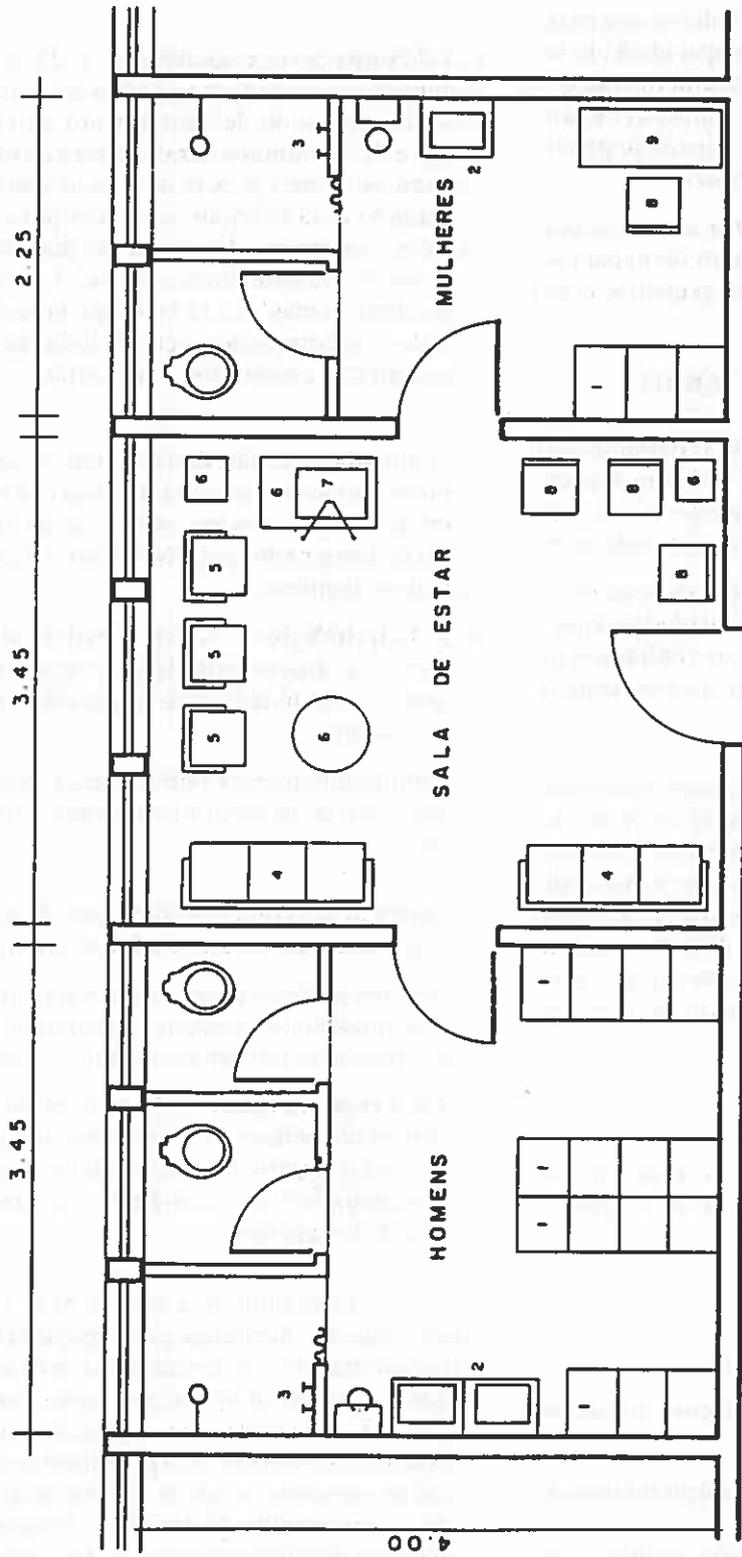
A parte de arquivamento e levantamento de dados estatísticos poderá estar localizada em qualquer outra área do hospital, de preferência em local que possa ter comunicação direta com o registro, através de monta-cargas ou de escada privativa.

Essa dissociação de área física não deve quebrar a unidade funcional do serviço.

3.2 Arquivo ativo — De acordo com as normas sugeridas, o arquivo ativo deverá comportar os prontuários pelo menos durante cinco anos, depois desse tempo os prontuários poderão ser transferidos para um outro arquivo: o arquivo estabilizado.

3.3 Arquivo estabilizado — O arquivo estabilizado, antes conhecido como arquivo morto, deverá guardar os prontuários depois de cinco anos.

VESTIARIOS E ESTAR DO CORPO CLINICO



- 1. roupeiro duplo
- 2. lavatório, porta-toalha e cesto
- 3. cabides
- 4. sofá
- 5. poltrona



- 6. mesa
- 7. aparelho de TV
- 8. cadeira
- 9. penteadeira

FIG. 2

Nesse arquivo poderá ser adotado qualquer outro sistema de arquivamento, como por exemplo, fichas-resumo, microfilmagem ou fita gravada.

3.4 Cálculo de área — Podemos calcular a área para o arquivo ativo de acordo com a capacidade do hospital, considerando que cada centímetro linear de prateleira pode comportar 2,5 prontuários de tamanho carta, ou seja, em cada metro linear de prateleira, podemos acomodar 250 prontuários.

Em média, podemos considerar a área necessária para o arquivo ativo tomando 0,25m²/leito para hospitais sem ambulatório e 0,50m²/leito quando houver ambulatório. (Fig. 3 e Fig. 4).

4 — UNIDADE DE AMBULATÓRIO

A composição de um ambulatório é bastante variável, dependendo a sua amplitude de vários aspectos, como sejam, condições da comunidade a ser atendida, recursos técnicos e humanos disponíveis, etc.

De certo modo o ambulatório tem relação com a capacidade do hospital a que está vinculado, pois, segundo levantamentos estatísticos realizados, em cada dez consultas de ambulatório, um paciente é encaminhado à internação.

O ambulatório, necessariamente, não precisa estar situado junto ao hospital. Ele pode fazer parte de toda uma cadeia de serviços ambulatoriais, situados na periferia da comunidade, de modo a possibilitar aos seus usuários maiores facilidades para a sua utilização. Mesmo assim, não pode deixar de existir o vínculo com o hospital, a fim de que sejam encaminhados ao mesmo os casos que necessitem de internação.

4.1 Localização — A localização do ambulatório deverá ser estudada tendo em vista os seguintes fatores:

- Acesso direto e independente;
- Situação em pavimento térreo;
- Separação completa das circulações de pacientes externos e internos;
- Fácil acesso aos serviços complementares de diagnóstico e tratamento;
- Fácil acesso aos serviços de arquivo médico e estatística;

— Possibilidade de ampliação futura de modo a acompanhar a demanda crescente de tratamento ambulatorial.

4.2 Número de consultórios — Para se calcular o número de consultórios podemos tomar por base a média do tempo de atendimento de cada paciente, que é de 30 minutos para a primeira consulta e de 20 minutos ou menos para as demais consultas. Considerando essa estimativa, temos para cada consultório, em regime de oito horas diárias de trabalho, um total de 24 atendimentos, isto é, 12 atendimentos no turno da manhã e 12 no turno da tarde. Com esses dados e a população a ser atendida, pode-se estimar o número de consultórios necessários.

O ambulatório não deve funcionar apenas em um turno, como acontece na maioria das vezes, e sim o dia todo, havendo maior utilização das instalações existentes e melhor aproveitamento dos recursos humanos disponíveis.

4.3 Distribuição — Na distribuição dos consultórios será conveniente seu agrupamento considerando a afinidade clínica, para melhor rendimento dos trabalhos.

Sempre que houver possibilidade, deverão ser previstas salas de espera por agrupamento de consultórios.

Também deverá ser prevista sala de espera privativa para pacientes portadores de doenças transmissíveis.

Para hospitais de pequeno porte basta que sejam previstos consultórios para as quatro clínicas básicas: clínica médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica.

4.4 Áreas previstas — As áreas previstas para os diversos elementos que compõem o ambulatório são áreas que permitem uma boa movimentação, não só do equipamento mas, sobretudo, do pessoal de serviço e dos pacientes.

Assim, por exemplo, a área de 9,00 m² exigida para um consultório médico permite que se criem dois locais de trabalho, o de consulta e o de exame, separados por divisória, o que não seria possível com área inferior. Do mesmo modo, a sala de utilidades com área inferior a 8,00 m² não permitiria boa movimentação de pessoal e, ainda, a instalação de pia de despejo, de aparelho de desinfecção, bancada com tanque e mais equipamento para a guarda de roupa suja e lixo. A sala de utilidades é a única área da unidade

ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA (50 LEITOS)

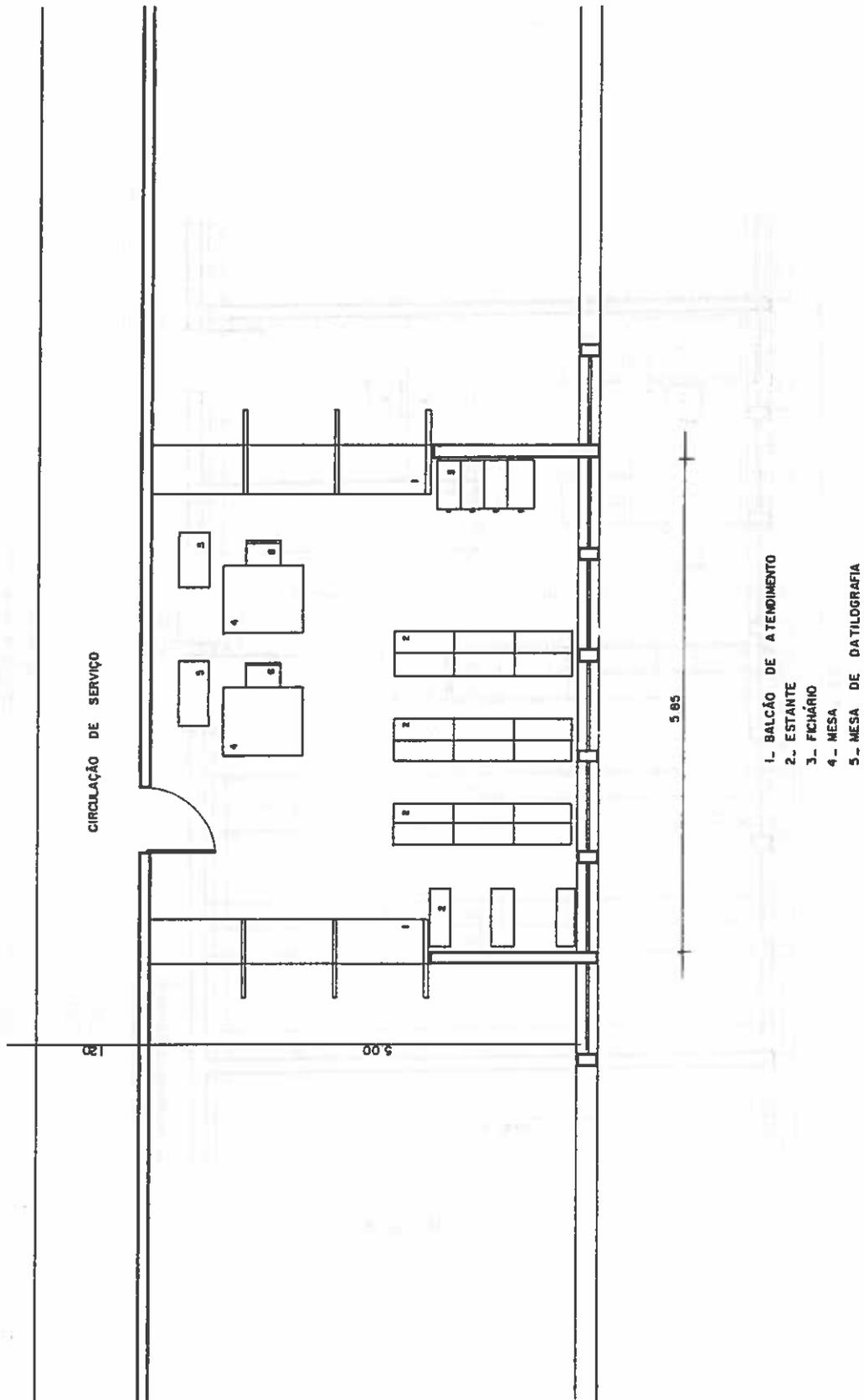
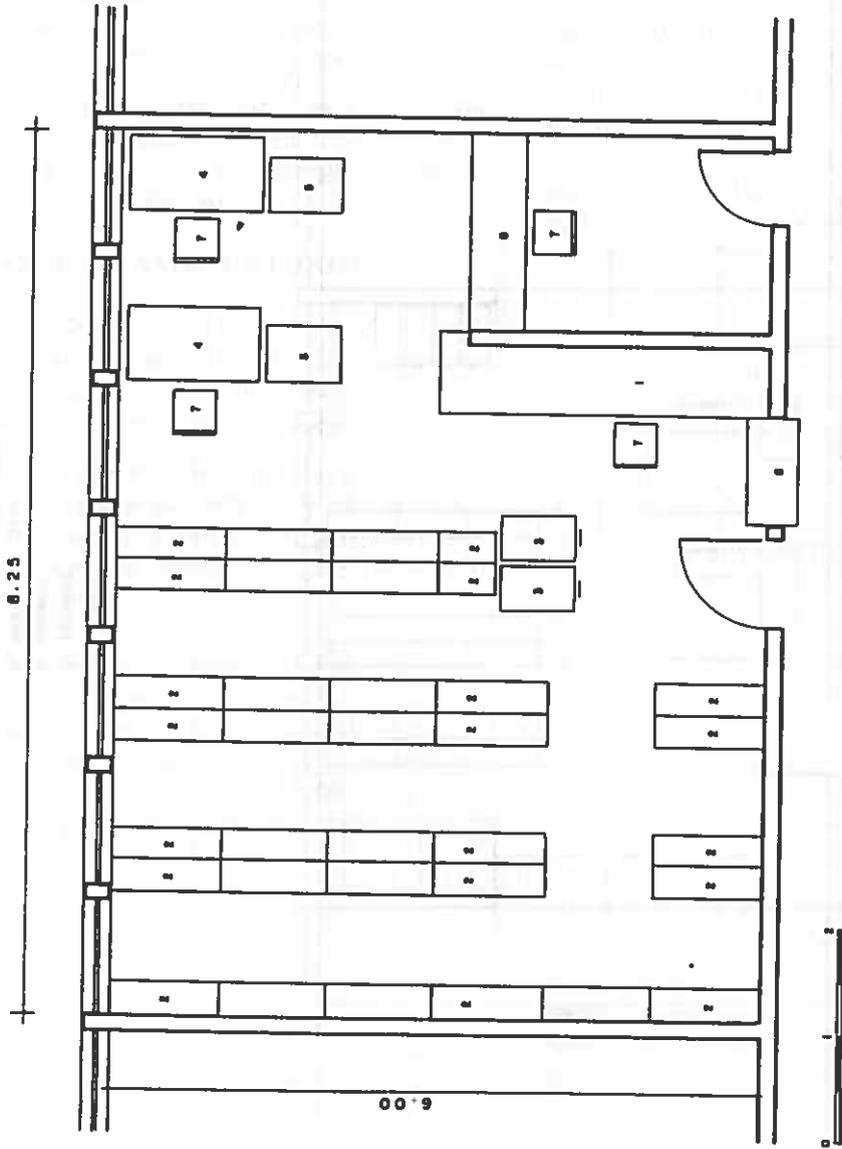


FIG. 3

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA

arquivo ativo de hospital geral de 100 leitos



LEGENDA

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. mesa de trabalho | 5. mesa de datilografia |
| 2. estante | 6. guichê |
| 3. fichário | 7. cadeira |
| 4. mesa de escritório | 8. balcão para redação |

FIG. 4

de ambulatório para o desempenho dessas atividades.

O mesmo cuidado na determinação de área nos exemplos citados deve ser adotado para todos os demais elementos. (Fig. 5).

4.5 Elementos de saúde pública — Quando o hospital, por força de suas atribuições, deve manter atividades de saúde pública, os elementos necessários para o desempenho dessas tarefas devem ser acrescidos ao ambulatório. Esses elementos reunidos devem constituir uma só unidade, na qual as atividades preventivas e curativas devem desenvolver-se em perfeita integração.

Os elementos de saúde pública a serem acrescidos ao ambulatório são os elementos básicos que constituem o centro de saúde e que são: sala para ações de saúde pública, sala para inspeção de saneamento, sala para visitantes sanitários, sala de demonstração.

5 — UNIDADE DOS SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Essa unidade constitui um conjunto de serviços, devidamente equipados e tendo cada um sua área de atuação perfeitamente definida, com a finalidade de exercer atividades de diagnóstico dos pacientes e, em muitos casos, de aplicação de processos terapêuticos.

Sua localização é muito importante para o bom funcionamento do hospital. Essa unidade atende tanto aos pacientes internados como aos externos e sua localização deve estar em posição intermediária com relação às unidades de internação e de ambulatório.

A circulação deve ser cuidadosamente estudada, de modo que os pacientes provenientes dessas duas unidades tenham fácil acesso aos serviços complementares, sem cruzamentos indesejáveis de circulação e evitando-se, também, que os pacientes externos tenham acesso fácil às demais áreas do hospital.

5.1 Fisioterapia — Essa unidade deverá ser programada tendo em vista não só a capacidade do hospital como também a existência ou não de ambulatório e o seu movimento.

Embora esse serviço não seja indicado para qualquer tipo de hospital, é imprescindível em um hospital geral. Para hospitais de pequeno porte pelo menos uma sala deve ser prevista para o desenvolvimento

de algumas atividades, devendo comportar, além da mesa de escritório para recepção e controle do atendimento, armários para a guarda do material e roupas, mesa para massagens ou aplicações e os aparelhos indicados para a realização de fisioterapia ou reabilitação (aparelhos de raios ultravioleta, infravermelho, forno elétrico ou Bier, aparelhos para ondas curtas, ultra-som e outros).

Para hospitais de médio porte essa área deve ser desdobrada, surgindo, então, áreas específicas para recepção, consultório, depósito para guarda de aparelhos, sanitários para público e para funcionários, vestiários, sala e boxes para aplicação de massagens, de eletroterapia, de mecanoterapia, etc.

Com base para o cálculo do número de boxes, segundo dados estatísticos, podemos considerar necessário um box para cada grupo de 15 a 20 pacientes de presumível atendimento, entre os internados e externos. (Fig. 6).

5.2 Hemoterapia — A instalação de uma unidade de hemoterapia deve atender, antes de tudo, à legislação federal sobre o assunto e às normas técnicas da Câmara Técnica de Hemoterapia do Conselho Nacional de Saúde.

Nas cidades onde já existam unidades de hemoterapia, os hospitais de pequeno e médio portes poderão optar pelo uso desses serviços, incluindo em suas instalações local para a guarda do material processado, pronto para aplicação.

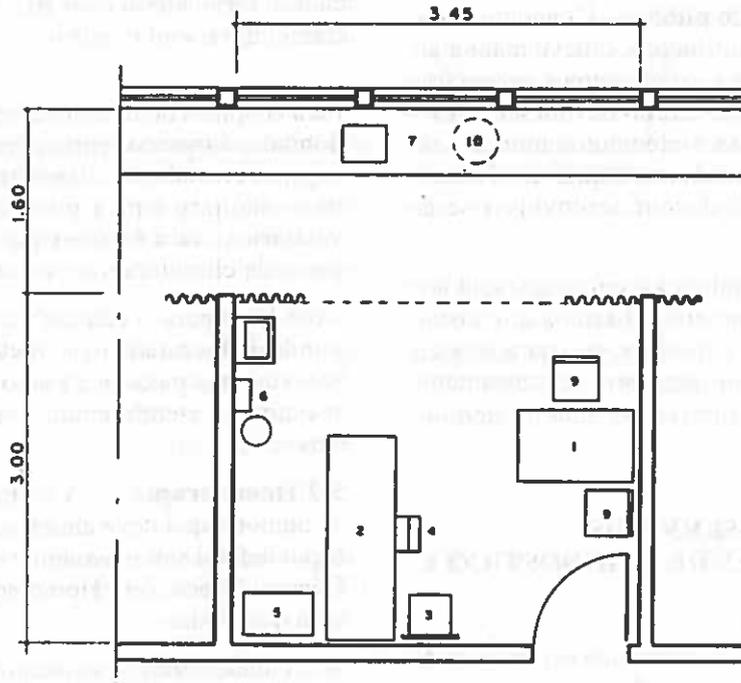
No entanto, nas pequenas comunidades, onde não é possível esse intercâmbio, o hospital deverá prever unidade de hemoterapia, para recepção e identificação de doadores, colheita de sangue e de exame de doadores além de local para armazenamento, conservação, aplicação e controle das transfusões.

Neste caso, a capacidade prevista para a unidade de hemoterapia não deve ser calculada com base no seu movimento de colheita, mas, sim, no número de leitos do hospital a que vai servir, uma vez que os seus objetivos estão circunscritos aos pacientes do hospital.

A localização é mais recomendada no pavimento térreo, com fácil acesso para os doadores.

As atividades desenvolvidas no laboratório de uma unidade de hemoterapia não devem ser confundidas com as atividades de um laboratório de análises clínicas, isto é, devem ser previstos laboratórios específicos para as duas unidades. (Fig. 7).

CONSULTÓRIOS



- | | |
|-----------------------|------------------------------------|
| 1. mesa de escritório | 6. lavatório, porta-toalha e cesto |
| 2. mesa de exame | 7. bancada com pia |
| 3. balança | 8. armário |
| 4. degrau | 9. cadeira |
| 5. mesa auxiliar | 10. recipiente para lixo |

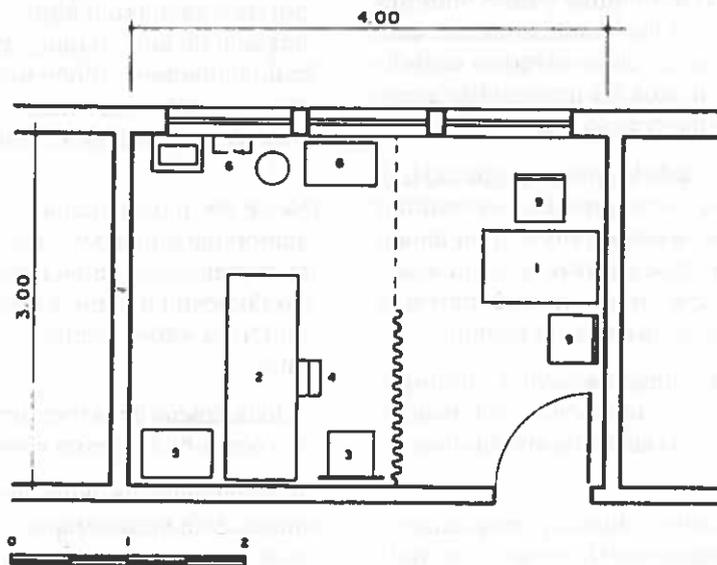
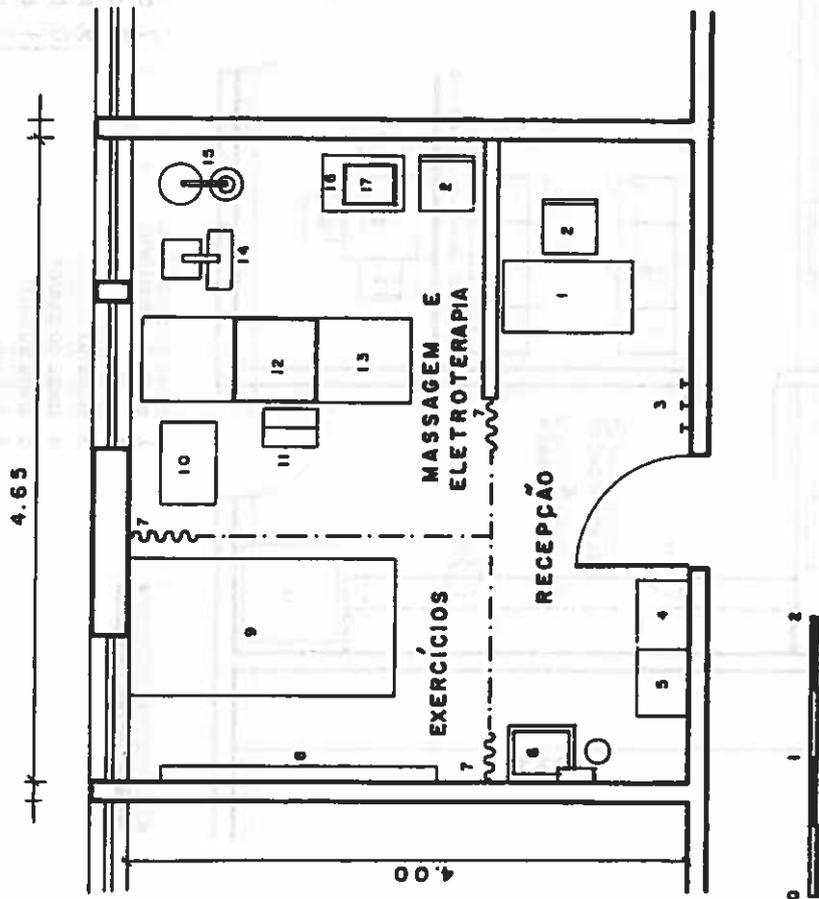


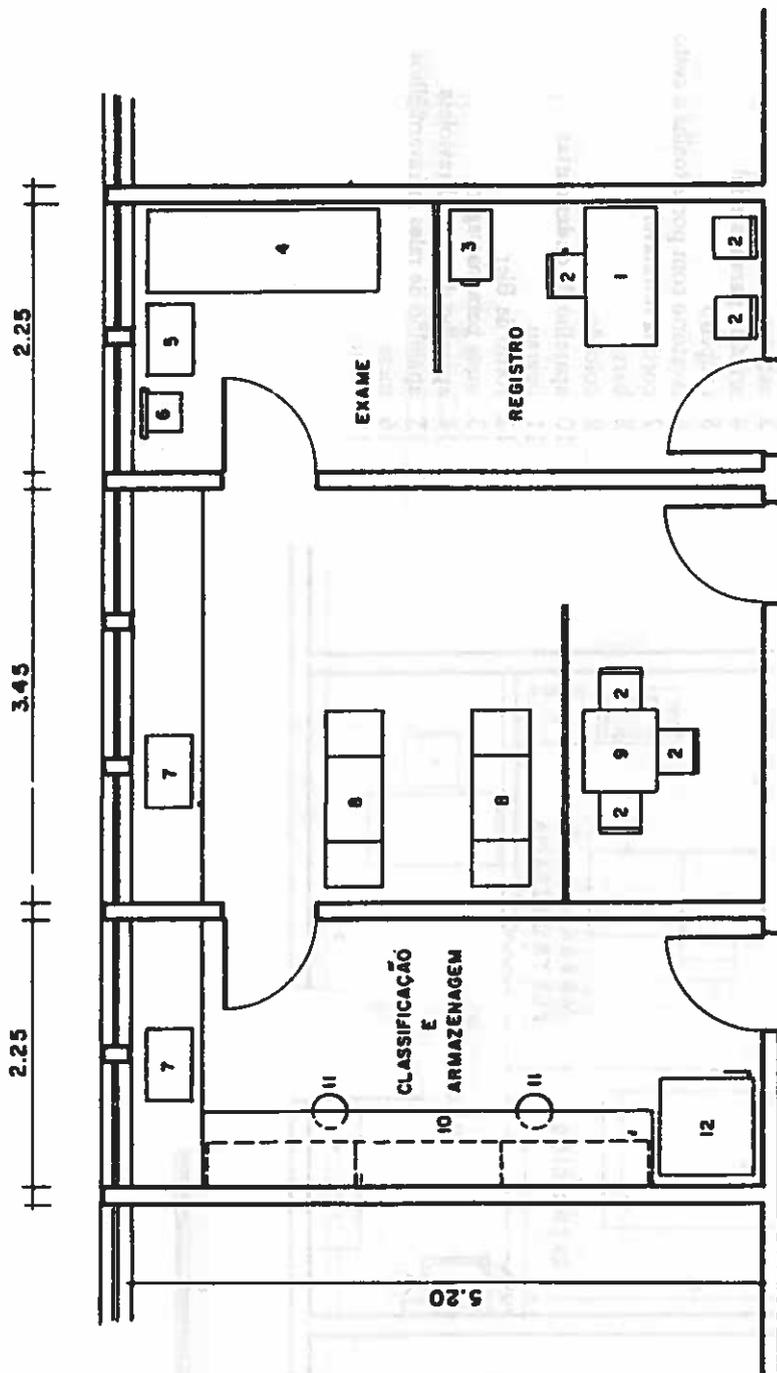
FIG. 5

UNIDADE DE MEDICINA FISICA

1. mesa de escritório
2. cadeira
3. cabides
4. armário para material
5. roupeiro
6. lavatório com porta-toalha e cesto
7. cortina retratável
8. barra
9. colchão
10. aparelho de ondas curtas
11. degrau
12. forno de Bier
13. mesa para massagem
14. aparelho de raios ultravioleta
15. aparelho de raios infravermelhos
16. mesa
17. forno



UNIDADE DE TRANSFUSÃO DE SANGUE



- 1. mesa de escritório
- 2. cadeira
- 3. fichário
- 4. mesa de exame
- 5. mesa auxiliar
- 6. balança

- 7. bancada com pia
- 8. cadeira reclinável
- 9. mesa para alimentação dos doadores
- 10. bancada e armário alto
- 11. banco
- 12. geladeira

FIG. 7

5.3 Patologia clínica — Em todo hospital geral deverão ser previstas instalações para laboratório de análises clínicas, onde serão realizados, pelo menos os seguintes exames: urina, parasitologia, bioquímica, hematologia, sorologia, bacteriologia e microscopia.

Para hospitais de pequeno porte poderá ser admitida uma área física em recinto único, onde esses exames poderão ser realizados; no entanto, para hospitais maiores serão exigidas áreas específicas, isto é, individualização dos setores de trabalho.

No recinto destinado ao laboratório deverão ser previstas bancadas divididas em locais específicos para cada tipo de exame.

Apenas alguns exames deverão ser realizados em recintos fechados, como, por exemplo, exame de fezes, urina, bacteriológicos, etc.

As atividades de limpeza, esterilização dos vidros e desinfecção de lâminas também deverão ser realizadas em recintos fechados.

Quanto à localização das bancadas, a melhor disposição é perpendicular às janelas, subdividindo a sala em recintos regulares de 3,00 m de largura, para permitir a instalação de duas bancadas de 0,75 m de profundidade e afastamento de 1,50 m tendo em vista um melhor aproveitamento de espaço e maior facilidade nas instalações.

Essa disposição das bancadas visa, sobretudo, a um melhor aproveitamento de luz e ventilação naturais, não permitindo também a incidência de raios de luz nos aparelhos de microscopia, o que atrapalha a visibilidade das lâminas.

As paredes opostas às janelas ficam reservadas para a instalação de aparelhos de uso comum às zonas de trabalho, como sejam, balanças, centrifugas, estufas, geladeiras, etc.

A localização em pavimento térreo não é necessariamente uma imposição, devendo ser levada em conta, principalmente, a colheita de sangue dos pacientes externos, uma vez que, para os pacientes internos, essa colheita pode ser feita no próprio leito.

Sua composição está intimamente relacionada com o número de leitos do hospital e com a existência das diversas unidades previstas, como sejam: ambulatório, emergência, centro de saúde, etc. (Fig. 8).

5.4 Anatomia patológica — O serviço de anatomia patológica não é necessariamente previsto em qualquer hospital. Sua indicação é apenas para os hospitais de grande porte ou hospitais ligados ao ensino.

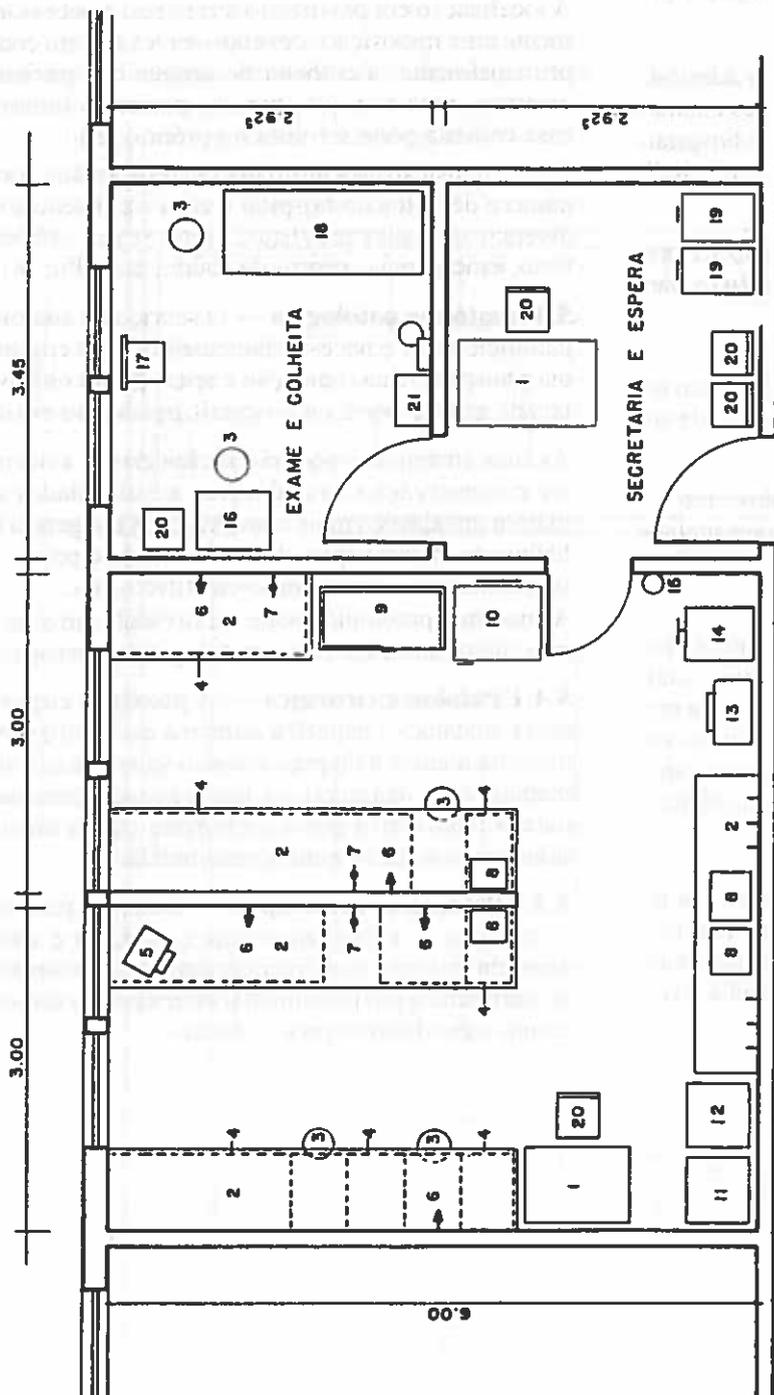
As suas atribuições poderão incluir desde a necropsia e conservação de cadáveres até atividades que exijam instalações mais complexas, abrangendo trabalhos de microscopia, documentação de peças, fotografias, desenhos técnico-científicos, etc.

A anatomia patológica pode ser dividida em dois ramos: patologia cirúrgica e patologia de necropsia.

5.4.1 Patologia cirúrgica — A patologia cirúrgica prevê instalação específica dentro do centro cirúrgico, para análise de peças, como sejam os casos de biopsia, mas, em geral, as peças são encaminhadas para o laboratório geral do hospital, para análise, sendo essa solução a mais recomendável.

5.4.2 Patologia de necropsia — Quanto à patologia de necropsia, a localização mais indicada é a mais afastada possível das diversas unidades do hospital, de preferência em pavimentos inferiores ou subsolos e com acesso direto para o exterior.

LABORATÓRIO



até 2 500 exames mensais



- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. mesa de escritório | 8. pia | 15. extintor de incêndio |
| 2. bancada (75 cm de profundidade) | 9. armário para material | 16. mesa para colheita de sangue |
| 3. banco | 10. geladeira | 17. balança |
| 4. armário sob a bancada | 11. mesa para balança | 18. mesa para colheita de urina |
| 5. incubadora | 12. centrífuga | 19. fichário |
| 6. tomada de corrente elétrica | 13. estufa | 20. cadeira |
| 7. bico de gás | 14. autoclave | 21. lavatório, porta-toalha e cesto |

FIG. 8

Entre as instalações previstas para as atividades técnicas, as acomodações para o conforto de seus funcionários não devem ser esquecidas, a fim de evitar que os mesmos se ausentem da unidade durante as horas de trabalho. Assim, devem ser previstos vestiários próprios, com instalações sanitárias, salas de estar, etc.

Em hospitais de pequeno porte deve ser prevista apenas uma sala para cadáver que aguarda remoção, devendo essa sala possuir área suficiente para receber, eventualmente, dois cadáveres.

Sua localização, a mais reservada possível, deve evitar a passagem do corpo por locais de atendimento de público e dispor de saída externa, direta e coberta.

5.5 Radiologia — A unidade de radiologia constitui um dos serviços de diagnóstico e tratamento, devendo servir, como os demais, tanto a pacientes internados como a pacientes externos, tendo portanto, de estar próxima desses últimos, bem como da unidade de emergência, quando esta existe, e da circulação de acesso aos pacientes internados.

Sua localização mais apropriada é no andar térreo que, além da proximidade daquelas unidades, oferece as seguintes vantagens:

- a) Mais firmeza para sustentação dos trilhos onde correm os aparelhos;
- b) Economia de material e mão-de-obra por não haver necessidade de isolamento do piso, dirigindo-se o fluxo para a própria terra;
- c) Facilidade para a instalação de força elétrica e do transformador de alta tensão necessários para o aparelho.

A unidade de radiologia não deve estar localizada acima de pavimentos ou locais onde é exigida a permanência prolongada de pessoas ou onde o material possa ser afetado por eventual contaminação radiológica, como é o caso do almoxarifado, da farmácia, despensa, etc.

A localização deve possibilitar, também, ampliações futuras, tendo em vista o progresso tecnológico.

De um modo geral, podemos considerar suficiente a instalação de um aparelho para cada 100 leitos. Quando o hospital dispuser de um ambulatório bastante desenvolvido, essa proporção poderá ser aumentada.

Os hospitais de pequeno porte não necessitarão,

obrigatoriamente, de um aparelho fixo, que exige uma área de 25,00 m², podendo ser previsto um aparelho de menor capacidade, tipo transportável; nesse caso a área para a sala de exame poderá ser diminuída.

Para os hospitais de médio e grande portes, deve ser previsto aparelho transportável para a unidade de emergência e para o centro cirúrgico, sendo para este de uso exclusivo.

Deve ser prevista, sempre que possível, sala de espera ou local reservado para pacientes em macas ou cadeiras de rodas.

5.6 Eletrocardiografia — Todo hospital geral de pequeno porte deve prever em suas instalações uma sala específica para exames eletrocardiográficos.

Na verdade esse exame poderia ser realizado em qualquer consultório; no entanto, devemos lembrar que nos hospitais de pequeno porte já se recomenda, em seu ambulatório, um número mínimo de consultórios. Portanto, não podemos sobrecarregar esses consultórios com mais atividades, como sejam as de eletrocardiografia, justificando-se plenamente a inclusão de mais uma sala para essa atividade.

Para hospitais de médio ou grande portes, deve ser prevista a implantação de um serviço completo, onde as instalações são fixas e mais complexas.

5.7 Dispensário de medicamentos — Em todo hospital geral deve ser prevista uma área destinada à recepção, estocagem, distribuição e controle dos medicamentos utilizados no atendimento aos pacientes.

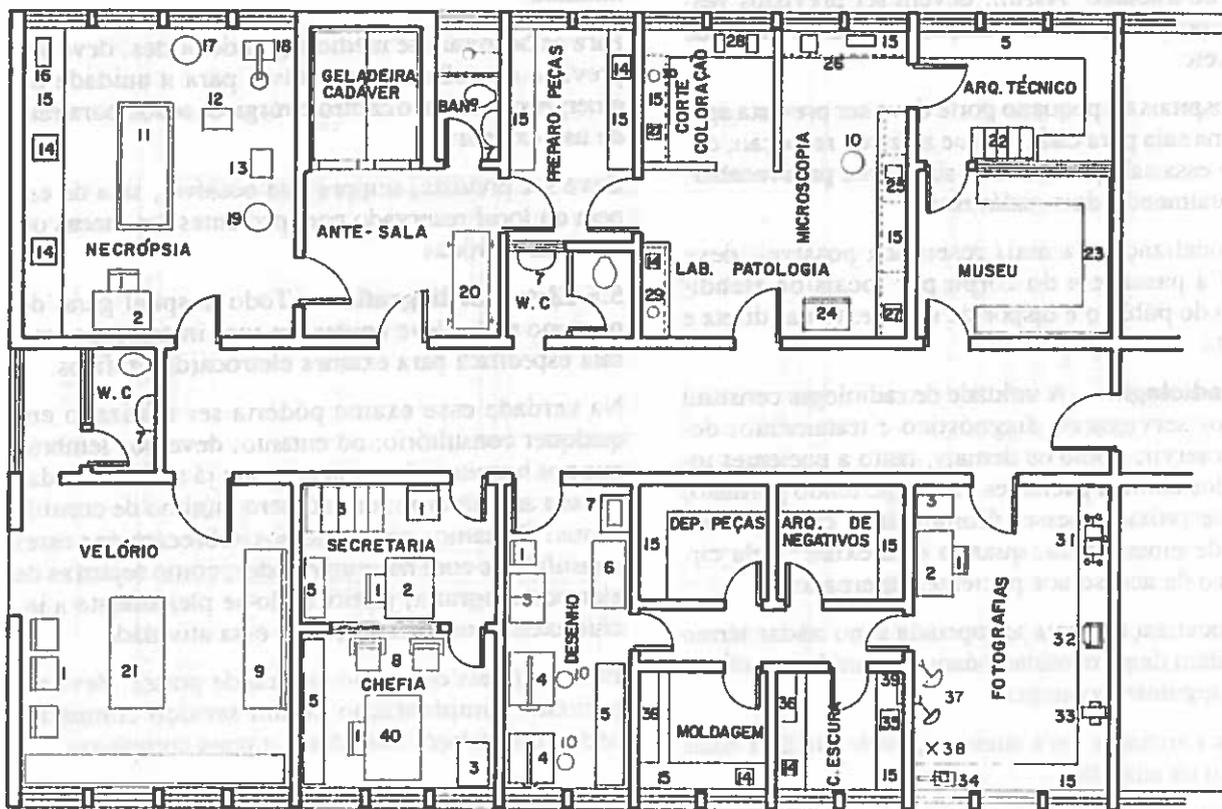
Os hospitais de pequeno e médio portes, de um modo geral, não desenvolvem trabalhos de manipulação, necessitando apenas de área para guarda e distribuição de medicamentos.

A localização da sala ou depósito de medicamentos deverá ser estudada de forma a facilitar não só o seu abastecimento pelo almoxarifado, como também a distribuição dos medicamentos às diversas unidades do hospital.

A área destinada à estocagem e distribuição dos medicamentos deverá compreender:

- a) local de estocagem dotado de estantes, geladeira e cofre para entorpecentes;
- b) local para o trabalho administrativo, com mesa de escritório;
- c) local de distribuição dotado de mesa de trabalho, com guichê para atendimento.

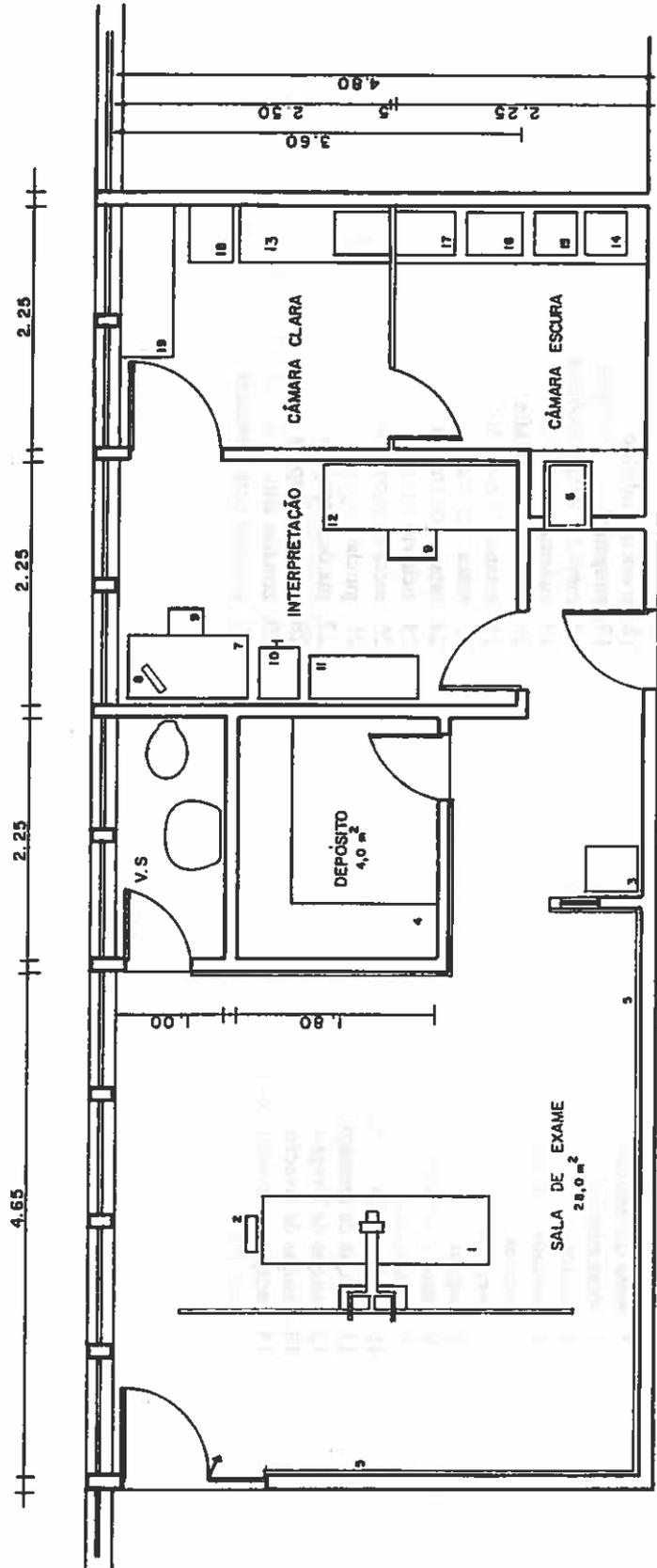
ANATOMIA PATOLÓGICA



- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1 - CADEIRA 2 - MESA 3 - ARQUIVO 4 - MESA DE DESENHO 5 - ESTANTE 6 - ARMÁRIO 7 - LAVATÓRIO 8 - POLTRONA 9 - BANCO CORRIDO 10 - BANCO GIRATÓRIO 11 - MESA DE NECRÓPSIA 12 - MESA AUXILIAR 13 - ESTERILIZADOR DE INSTRUMENTOS | <ul style="list-style-type: none"> 14 - PIA 15 - BANCA 16 - BALANÇA 17 - COLETOR PARA LIXO 18 - LÂMPADA 19 - BALDE 20 - MACA 21 - MESA MORTUÁRIA 22 - ARQUIVO DE LÂMINAS 23 - MOSTRUÁRIO DE VIDRO 24 - CONGELADOR 25 - MICROSCOPIO 26 - BALANÇAS 27 - ESTUFA | <ul style="list-style-type: none"> 28 - MICRÓTOMO 29 - DESTILADOR 30 - CUBA 31 - AMPLIADOR 32 - APARELHO PARA FOTOGRAFIA DE GRANDES CORTES 33 - MICROSCOPIO COM MÁQUINA FOTOGRÁFICA 34 - MICROFOTOGRAFIA 35 - COPIADOR 36 - ARMÁRIO ALTO 37 - REFLETORES 38 - TRIPE 39 - NEGATOSCÓPIO SIMPLES |
|---|--|---|

FIG. 9

RADIOLOGIA CLÍNICA (50 LEITOS)

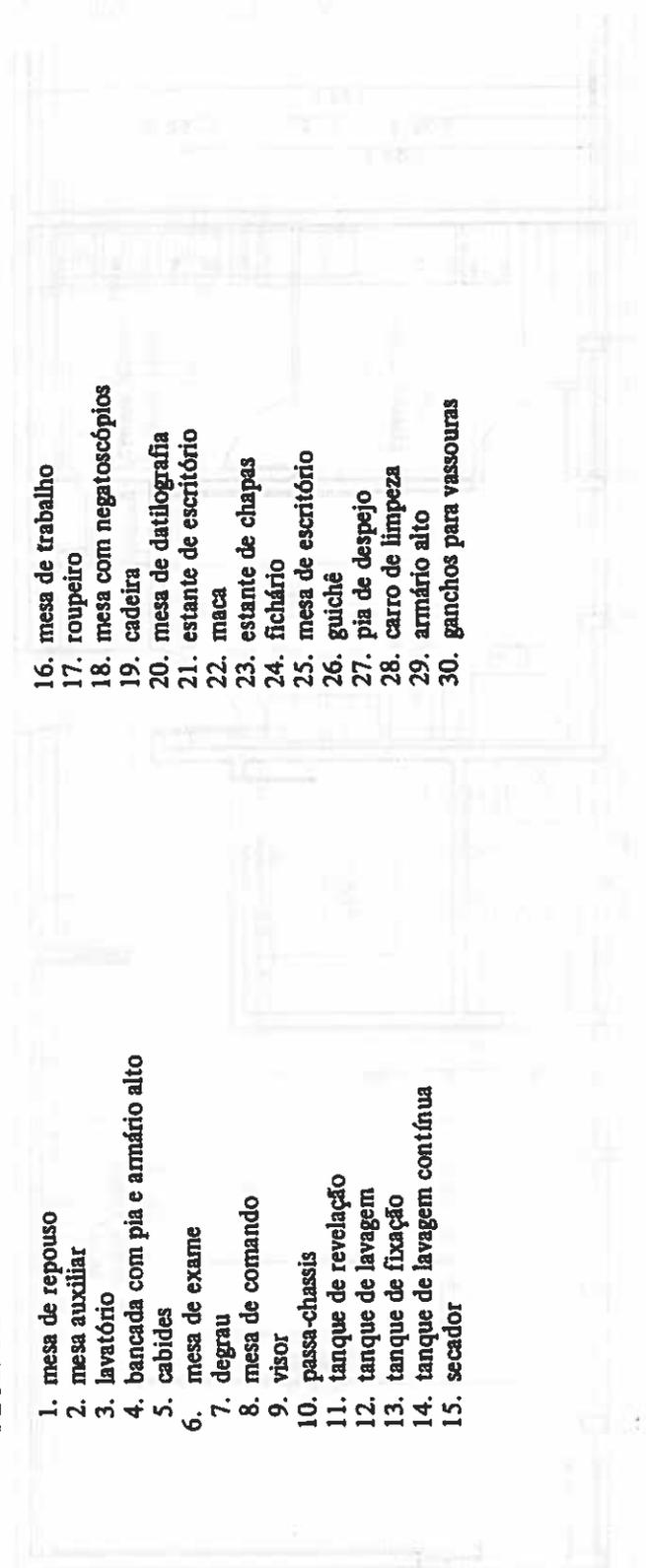


- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| 1 - MESA DE RAIO X | 11 - MESA DE DATILOGRAFIA |
| 2 - DEGRAU | 12 - BALCÃO COM NEGATOSCÓPIOS |
| 3 - CONTROLE | 13 - BANCA |
| 4 - PRATELEIRAS | 14 - TANQUE DE REVELAÇÃO |
| 5 - MATERIAL DE FORRAÇÃO DE PROTEÇÃO | 15 - TANQUE DE LAVAGEM |
| 6 - PASSA - CHASSIS | 16 - TANQUE DE FIXAÇÃO |
| 7 - MESA | 17 - TANQUE DE LAVAGEM CONTÍNUA |
| 8 - NEGATOSCÓPIO | 18 - SECADOR |
| 9 - CADEIRA | 19 - MESA DE TRABALHO |
| 10 - FICHÁRIO DE CHAPAS | |

FIG. 10

UNIDADE DE RADIADIAGNÓSTICO

LEGENDA

- 
1. mesa de repouso
 2. mesa auxiliar
 3. lavatório
 4. bancada com pia e armário alto
 5. cabides
 6. mesa de exame
 7. degrau
 8. mesa de comando
 9. visor
 10. passa-chassis
 11. tanque de revelação
 12. tanque de lavagem
 13. tanque de fixação
 14. tanque de lavagem contínua
 15. secador
 16. mesa de trabalho
 17. roupeiro
 18. mesa com negatoscópios
 19. cadeira
 20. mesa de datilografia
 21. estante de escritório
 22. maca
 23. estante de chapas
 24. fichário
 25. mesa de escritório
 26. guichê
 27. pia de despejo
 28. carro de limpeza
 29. armário alto
 30. ganchos para vassouras

6 — UNIDADE DE INTERNAÇÃO GERAL

O bloco de internação deve constituir uma unidade independente; embora fazendo parte do conjunto hospitalar, deve ter vida própria.

Deve funcionar com circulações independentes, de tal forma que não sirva de passagem para outros serviços do hospital, devendo ter, ao mesmo tempo, ligação fácil com aquelas unidades em que tem que se apoiar.

O bloco de internação deve ser estudado em todos os pormenores, de tal forma a permitir funcionalidade e perfeita organização de trabalho, onde devem ser considerados: o paciente e o pessoal.

6.1 Capacidade da unidade — É comum encontrarmos projetos com mais de 40 leitos por unidade de internação. No entanto, deve ser observado que o ideal de uma unidade de internação está em torno de 25 a 30 leitos. Considerando as condições de nosso país, as dificuldades com relação aos recursos humanos, o custo das construções, a manutenção, etc., é que se permitiu que as unidades de internação chegassem até 40 leitos.

Portanto, não se pode concordar com projetos arquitetônicos que apresentam unidades com mais de 40 leitos, uma vez que admitir os 40 leitos já foi uma concessão.

6.2 Orientação — No estudo da situação das unidades de internação, deve ser cuidadosamente observada a sua orientação, pois a prioridade de localização é dada ao paciente.

Na face do bloco menos favorecida pela orientação devem ficar os serviços de apoio da unidade, deixando-se a face mais favorecida para a localização dos leitos.

Os serviços de apoio devem estar centralizados em relação aos leitos, não só para facilitar a movimentação do pessoal de enfermagem como também para dar maior cobertura à unidade.

6.3 Distribuição dos leitos — Na unidade de internação os leitos podem ser distribuídos em quartos individuais ou de dois leitos e enfermarias de três a seis leitos, sendo o mais recomendável a enfermaria de quatro leitos.

O quarto (ou enfermaria) é dos elementos mais importantes da unidade, pois é aí que o paciente vai permanecer mais tempo.

Deve ser observado que hospitais de pequeno porte não devem possuir enfermarias com grande número de leitos, sendo mais aconselhável, no caso, os quartos com dois leitos, pois são os que oferecem maior flexibilidade na sua ocupação, devendo ser observados, nessa ocupação, elementos tais como: sexo, faixa etária, especialidade, etc.

6.4 Disposição dos leitos — É muito importante a disposição dos leitos dentro dos quartos e das enfermarias e essa disposição deve ser estudada ainda na fase de projeto, evitando que após concluída a obra e estando o hospital em funcionamento, a disposição dos leitos venha a prejudicar a movimentação de macas, abertura de portas, etc.

Os leitos devem ser colocados paralelos às janelas, de modo que a incidência da luz não venha perturbar a visão dos pacientes, o que ocorreria se fossem colocados de frente, e também para facilitar as instalações necessárias às cabeceiras dos leitos.

Portanto, de acordo com o número de leitos no quarto ou na enfermaria, a localização das portas deve ser bem estudada, de modo a facilitar a entrada da maca no recinto e o acesso ao leito.

A título de ilustração apresentamos duas alternativas:

a) Quartos de um ou dois leitos e enfermarias de três leitos.

Tendo em vista que os leitos só devem ser colocados paralelos às janelas, deve-se ter o cuidado de deixar uma parede livre para a distribuição das cabeceiras dos leitos, sobretudo para as instalações gerais e especiais, como: luz, chamada, oxigênio, vácuo, etc.

Portanto, na parede do lado oposto às cabeceiras do leito é que devemos concentrar toda a movimentação no recinto, como abertura de portas, etc.

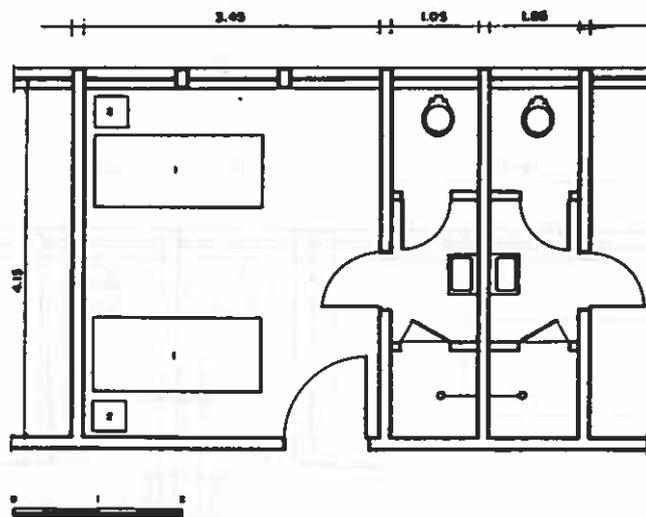
b) Enfermarias de quatro a seis leitos.

Neste caso, a porta de acesso à enfermaria deve ser localizada no meio da parede, entre os leitos, de modo a facilitar a entrada da maca e o acesso aos leitos. (Fig. 12 e Fig. 13).

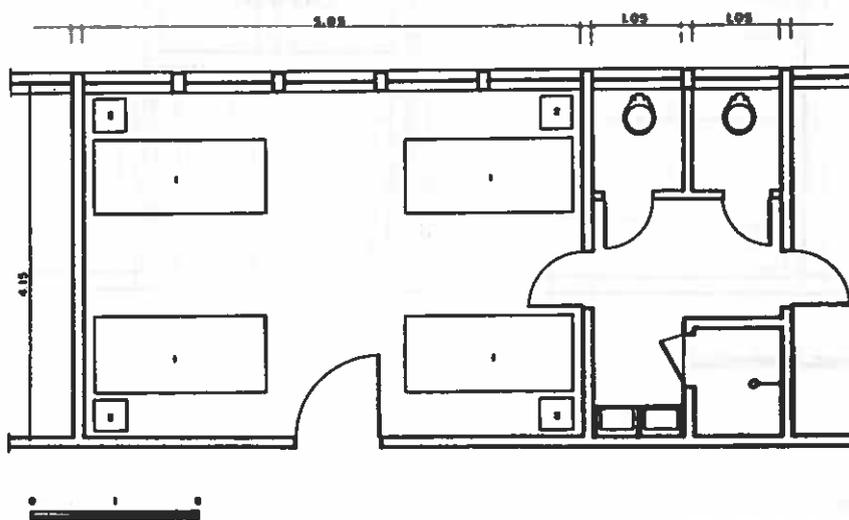
6.5 Banheiros — A colocação das portas dos banheiros também deve ser bem estudada, de modo a não abrir diretamente na cabeceira dos leitos ou entre os mesmos, perturbando o trabalho da enfermagem e a movimentação dos equipamentos, que eventualmente estejam atendendo aos leitos.

As portas dos banheiros não devem abrir para dentro dos mesmos, a fim de não dificultar o acesso, caso

CÔMODO DE DOIS LEITOS



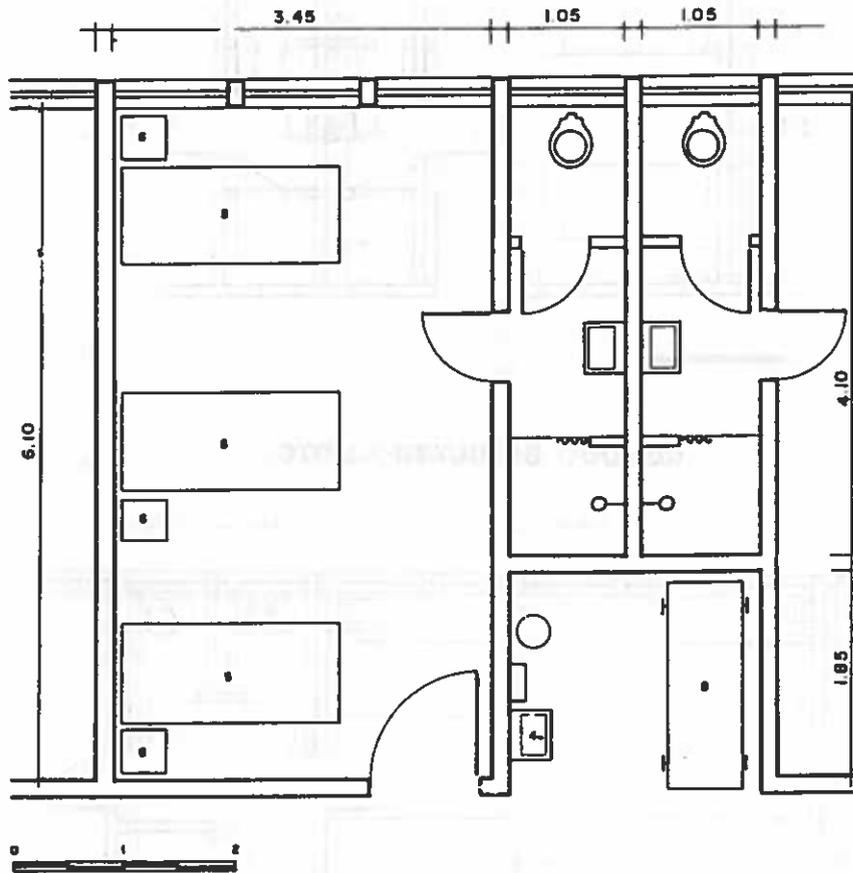
CÔMODO DE QUATRO LEITOS



- 1. leito
- 2. mesa de cabeceira

FIG. 12

CÔMODO DE TRÊS LEITOS



- 5. leito
- 6. mesa de cabeceira
- 7. recipiente para lixo
- 8. maca

FIG. 13

um paciente tenha caído por trás das mesmas.

Para enfermaria de quatro leitos ou mais, os banheiros devem possuir peças distribuídas em boxes individuais de modo a permitir maior independência em sua utilização.

6.6 Serviços de apoio — A disposição e localização dos serviços de apoio na unidade de internação são muito importantes para o rendimento dos trabalhos de enfermagem, não só pelo volume desses trabalhos, mas pela necessidade de uma supervisão eficiente da equipe de enfermagem.

Portanto, deve haver um planejamento adequado na localização dos diversos elementos que compõem os serviços de apoio.

a) posto de enfermagem — deve estar localizado em posição central quanto aos diversos quartos e enfermarias, de modo a distribuir bem as distâncias a serem percorridas pela enfermagem. A fim de que o trabalho seja mais eficiente e menos cansativo, a distância maior permitida é de 35,00 m entre o posto e a porta do último quarto.

b) sala de serviço — é o elemento destinado ao preparo da medicação e deve estar localizada anexa ao posto de enfermagem.

O acesso deve ser através do posto, a fim de ser controlado pela chefia da unidade, não devendo ser permitido que pessoas estranhas ao serviço penetrem nesse recinto.

Só devem ter comunicação com a sala de serviços outras dependências consideradas limpas.

As áreas contaminadas como, por exemplo, sala de utilidades e sanitários, não devem ter comunicação com a sala de serviço.

c) rouparia — a área prevista para a instalação da rouparia pode ser num mesmo recinto ou desmembrada em armários pela circulação.

d) sala de utilidades — é uma área considerada contaminada e não deve comunicar-se com áreas limpas, como, por exemplo, com a sala de serviços, rouparia, curativos, etc. Pode haver comunicação com áreas destinadas à guarda de material de limpeza, roupa usada e lixo, ou ainda concentrar todas essas dependências em um recinto único. Nesse caso, a área total da sala de utilidades deverá comportar todas as demais áreas.

A sala de utilidades poderá também se comunicar com o sanitário de enfermagem.

e) copa — a copa não precisa ficar obrigatoriamente

junto aos demais elementos da unidade. Pode ser localizada logo na sua entrada, de tal modo que seja fácil o acesso dos carros térmicos provenientes da cozinha.

Nos hospitais de pequeno porte, com capacidade de até 50 leitos, nos quais teremos duas unidades, uma só copa poderá dar cobertura às duas unidades, desde que sua área seja superior à prevista para uma unidade de 40 leitos.

f) sala de estar ou refeitório — para maior conforto dos pacientes é necessária a previsão de um recinto onde os mesmos possam fazer suas refeições ou, o que é mais usado, para estar, podendo aí serem instalados aparelhos de TV, mesas com jornais e revistas, etc. e mesmo para receberem visitas.

Nos hospitais de pequeno porte não é necessária a previsão de refeitório nas unidades de internação, considerando que o refeitório do hospital estará bem próximo da unidade. O mais indicado para essa capacidade de hospital seria a utilização da sala apenas para estar, que servirá para atender aos visitantes e pacientes. (Fig. 14, 15 e 16).

g) quarto de isolamento — o quarto de isolamento previsto na unidade de internação é destinado ao atendimento de pacientes portadores de intercorrências clínicas, onde lhes será dada continuidade ao tratamento ou, dependendo da orientação técnica ou administrativa do hospital, servirá apenas para isolar o paciente enquanto aguarda remoção.

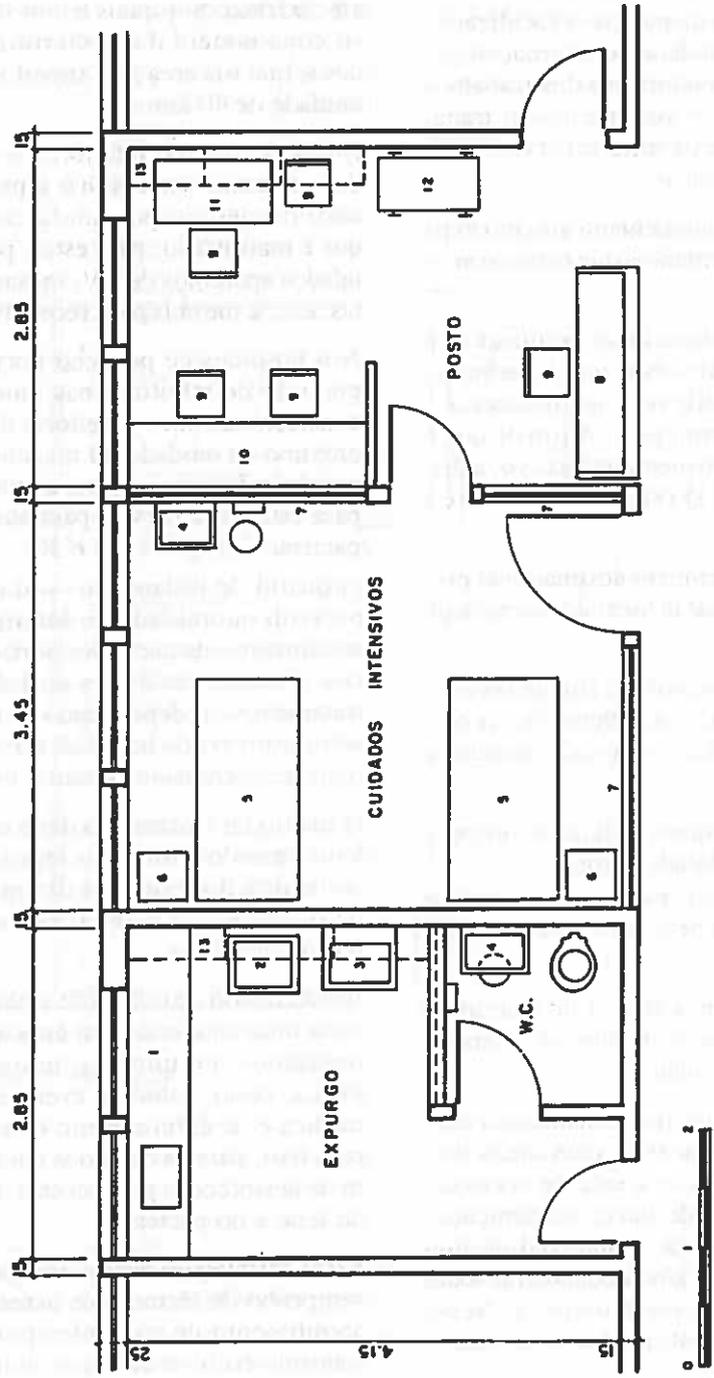
O quarto de isolamento deve comportar apenas um leito, quando muito dois leitos, pois sabemos que é muito difícil surgir mais de um paciente portador da mesma infecção e assim estaremos evitando as infecções cruzadas.

Antecedendo ao quarto de isolamento, deve ser prevista uma ante-sala com área suficiente para serem instalados, no mínimo, um lavatório com porta-toalha, cesto, cabide e aventais para uso da equipe médica e de enfermagem; bancada com pia e cesta para lixo, para os cuidados com o paciente e um carro de desinfecção para acolher a roupa usada retirada do leito e do paciente.

Essas instalações físicas são necessárias para o desempenho de técnicas de assepsia médica usada no atendimento de pacientes portadores de doenças transmissíveis ou em caso de infecção.

Anexo ao quarto de isolamento, deve ser previsto o banheiro privativo do paciente. É muito importante lembrar que o acesso do paciente a esse banheiro deve ser feito apenas através do quarto.

SALA DE CUIDADOS INTENSIVOS



- 1. bancada com pia
- 2. aparelho de desinfecção
- 3. pia de despejo
- 4. lavatório, porta-toalha e cesto
- 5. leito
- 6. mesa de cabeceira

- 7. visor
- 8. balcão para redação
- 9. cadeira
- 10. balcão para redação de prontuários
- 11. mesa de escritório
- 12. suporte móvel para prontuários
- 13. armário alto

FIG. 14

POSTO, SERVIÇO E ROUPARIA

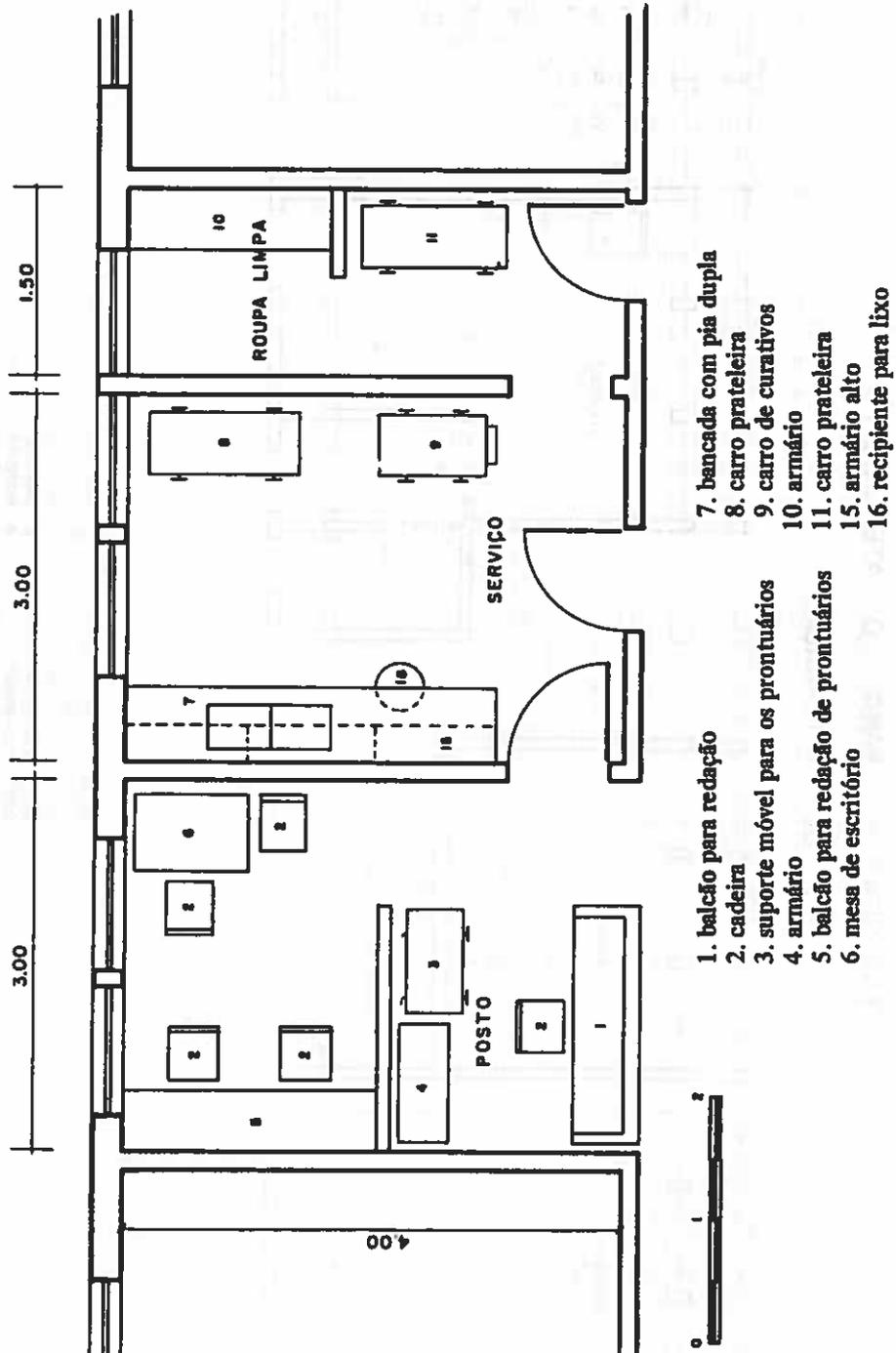
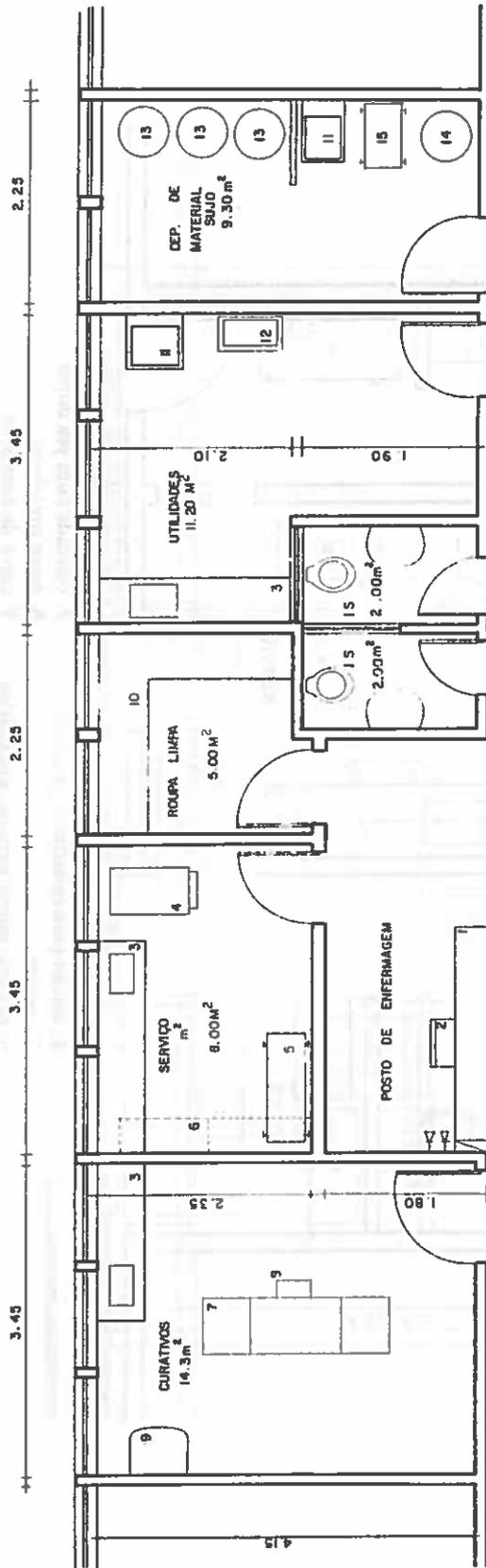


FIG. 15

DEPENDÊNCIAS PARA O ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO



- 1 - BALCÃO COM PORTA PRANCHAS
- 2 - CADEIRA OU BANQUETA
- 3 - BANCA COM GAVETAS E PIA
- 4 - CARRO DE CURATIVOS
- 5 - CARRO DE SERVIÇO
- 6 - ARMÁRIO ALTO
- 7 - MESA DE CURATIVOS
- 8 - ESCADA P/ LEITO
- 9 - LAVATÓRIO
- 10 - PRATELEIRA
- 11 - PIA DE DESPEJO
- 12 - APARELHO DE DESINFECÇÃO
- 13 - RECIPIENTE P/ ROUPA SUJA
- 14 - RECIPIENTE P/ LIXO
- 15 - CARRO DE LIMPEZA

FIG. 16

A comunicação não pode ser feita pela ante-sala, como já vimos em muitos projetos, pois, assim, os cuidados assépticos previstos para a ante-sala deixarão de surtir efeito, com a passagem do paciente pela mesma. (Fig. 17).

7 — UNIDADE DE BERÇÁRIO

Essa unidade constitui uma parte integrante do serviço de obstetrícia, cujas dependências apropriadas dispõem de berços e incubadoras, com instalações destinadas ao uso exclusivo dos recém-nascidos no próprio hospital.

Portanto, o berçário, sendo um componente da unidade de obstetrícia, a sua capacidade deve estar vinculada ao número de leitos existentes, correspondendo, para o berçário de normais, o mesmo número de leitos maternos.

7.1 Localização — A unidade de berçário deverá estar próxima à de obstetrícia e, de preferência, na mesma unidade de internação, uma vez que, de três em três horas, os recém-nascidos são levados aos leitos maternos, para amamentação.

7.2 Composição do berçário — Para o adequado desempenho de seus objetivos, a unidade de berçário é constituída das seguintes subunidades: berçário de normais, berçário de prematuros, berçário de suspeitos (ou de observação).

Considerando que a unidade de obstetrícia é constituída por cerca de 20% dos leitos do hospital geral, para um hospital de 50 leitos, teríamos 10 leitos destinados à obstetrícia e, portanto, o berçário de normais seria constituído de 10 berços.

Como não se recomenda a constituição de um berçário com menos de 12 berços para hospitais de pequeno porte, não se justifica a existência do berçário, devendo os recém-nascidos sadios ficarem ao lado do leite materno.

O alojamento conjunto da mãe com o recém-nascido normal é técnica recomendada nos programas materno-infantis e deve ser estimulado.

Esse sistema oferece oportunidade de ser prestada às mães orientação quanto aos cuidados que devem ser dispensados aos recém-nascidos. Outro aspecto importante é evitar as contaminações entre os recém-nascidos, tão comuns nos berçários.

No entanto, o berçário de suspeitos e de prematuros, que deve constituir cada um deles 10% dos berços de normais, deve ser previsto, não sendo, neste caso, obrigatória a sua localização na unidade de obstetrícia.

Para hospitais de grande porte e que possuam uma unidade de obstetrícia bastante desenvolvida, ou ainda, em maternidades isoladas, a unidade de berçário pode ser desmembrada em muitas outras subunidades, pois, neste caso, o número total de berços as justificam. Assim, temos: berçário para infectados, berçário para nascidos fora do hospital, berçário para recém-nascidos de baixo peso, etc.

7.3 Sala de cuidados ou de higienização — A sala de cuidados com todas as instalações apropriadas destina-se aos cuidados de enfermagem e aos cuidados médico-pediátricos que freqüentemente são ministrados aos recém-nascidos.

Essa sala pode ficar no mesmo recinto do posto de enfermagem e atender a dois berçários simultaneamente, isto é, localizada entre dois berçários e, neste caso, a área total será a soma das duas áreas.

É importante que o acesso aos berçários se faça apenas através do posto e que as paredes divisórias entre os berçários e o posto e entre os berçários e a circulação sejam dotadas de visores, para melhor controle da unidade. (Fig. 18).

8 — UNIDADE DE LACTÁRIO

A unidade de lactário destina-se ao preparo de alimentação para os recém-nascidos no hospital e pacientes infantis internados na unidade de pediatria.

Semelhante ao berçário, a unidade de lactário não se recomenda em hospitais de pequeno porte, uma vez que o número de leitos, tanto de berçário como de pediatria, não justifica a existência dessas duas unidades.

8.1 Localização — A localização do lactário é muito discutida, podendo estar no serviço de alimentação, no serviço obstétrico ou no serviço pediátrico.

Além da sala da encarregada e do vestiário do pessoal, que serve de barreira à unidade, a área destinada ao lactário propriamente dito deverá ser programada tendo em vista duas áreas distintas:

— sala de recepção e lavagem de vasilhames;

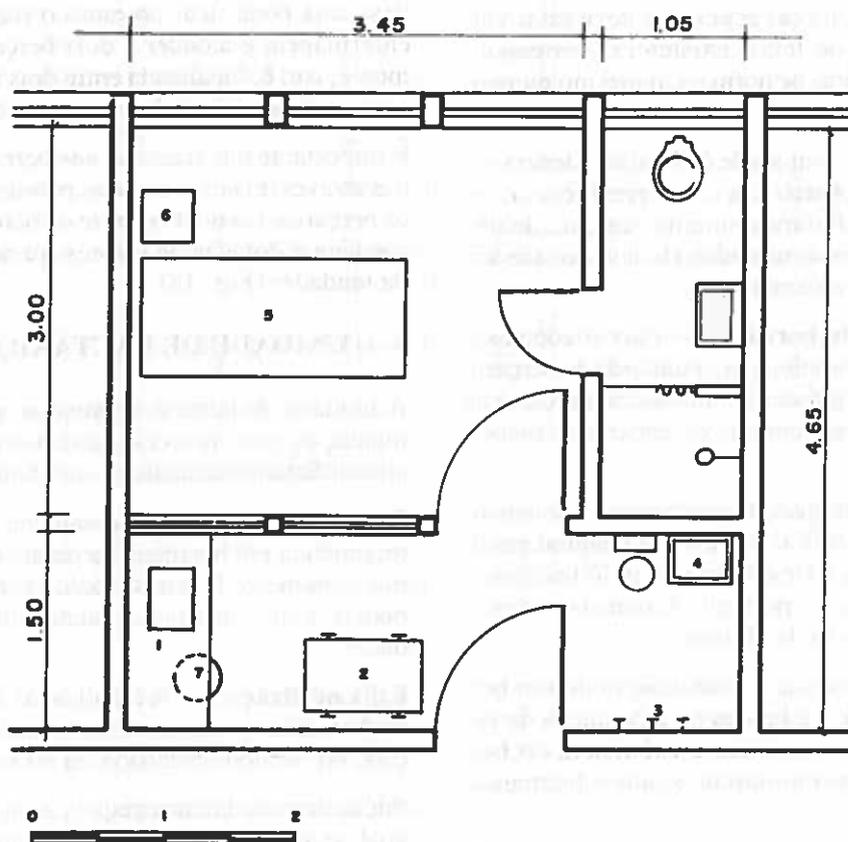
— sala de preparação láctea, de enchimento de mamadeira e de esterilização.

Esses dois recintos devem ser separados, comunicando-se apenas por um guichê. (Fig. 19).

9 — UNIDADE DE PEDIATRIA

A unidade de pediatria destina-se à internação de cri-

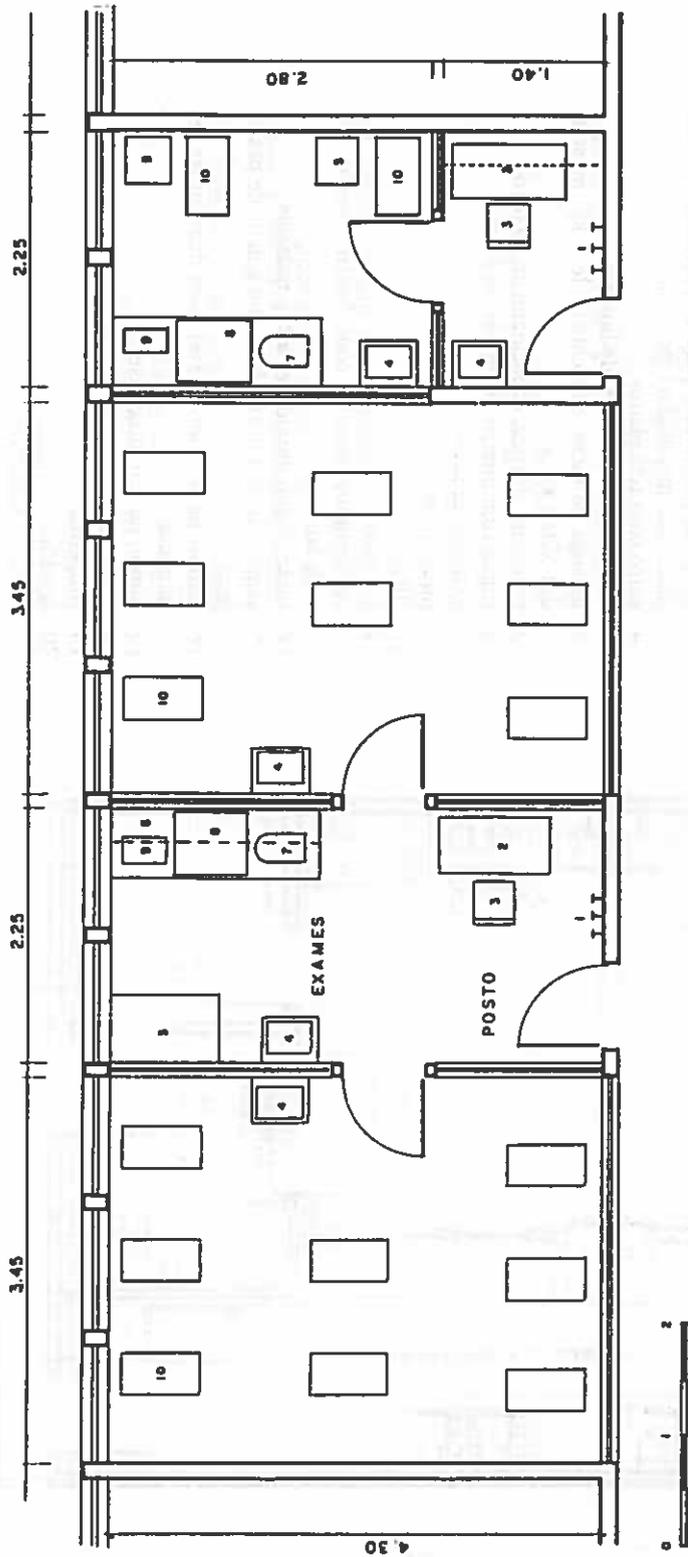
CÔMODO DE UM LEITO
QUARTO DE ISOLAMENTO



1. bancada com pia
2. carro de desinfecção
3. cabides
4. lavatório, porta-toalha e cesto

FIG. 17

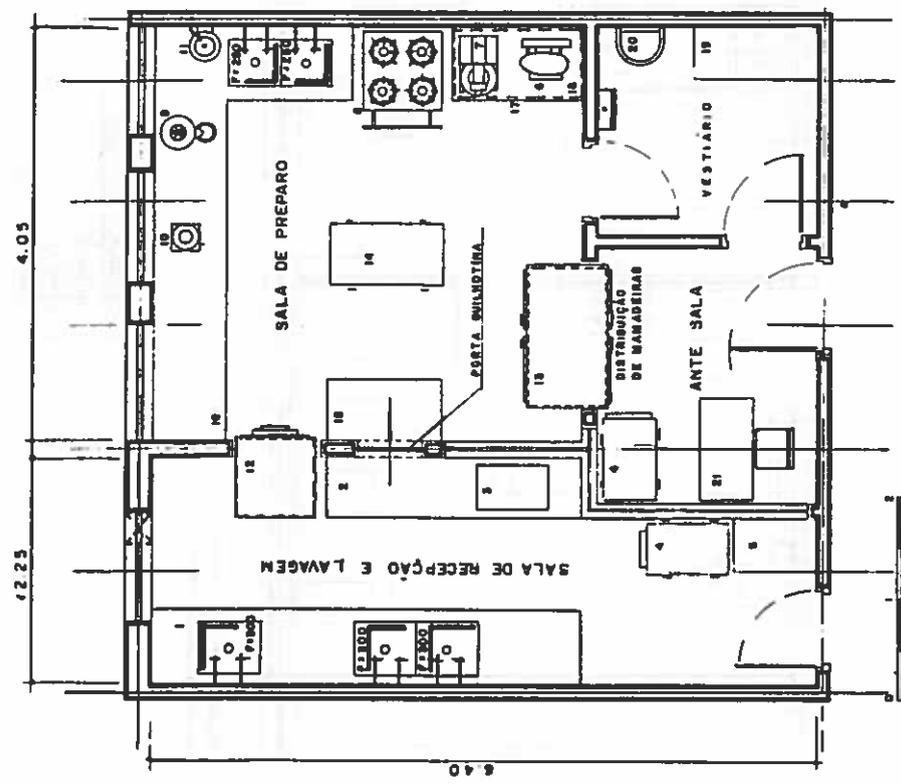
BERÇARIO



- 1. cabides
- 2. mesa de escritório
- 3. cadeira
- 4. lavatório
- 5. mesa de exame
- 6. bancada com armário alto
- 7. banheira
- 8. colchão
- 9. balança
- 10. berço

FIG. 18

LACTÁRIO



1. tampo de aço inoxidável com uma cuba simples e duas cubas geminadas com adaptação de máquina de lavar mamadeiras
2. tampo de aço inoxidável com guichê de passagem
3. cuba de polistireno para esterilização de mamadeiras em solução esporicida
4. carro com três planos
5. armário para material de limpeza
6. balança de mesa, capacidade de 5 kg, mostrador 500 g x 1 g
7. batedeira elétrica, capacidade de 10 litros
8. fogão com quatro queimadores médios
9. extrator de suco
10. liquidificador
11. filtro
12. autoclave
13. refrigerador vazado com quatro portas em cada lado
14. mesa de aço inoxidável sobre rodízios
15. tampo de aço inoxidável com guichê de passagem
16. tampo de aço inoxidável com duas cubas geminadas
17. tampo de aço inoxidável
18. balcão armário com fechadura
19. roupeiros
20. lavatório
21. mesa de escritório

FIG. 19

anças de 0 a 12 anos; suas acomodações devem atender à seguinte divisão, por grupo etário: recém-nascidos ou lactentes: 0 a 2 anos, infantes: 2 a 5 anos, pré-escolares: 5 a 7 anos, escolares: 7 a 12 anos.

Nos hospitais de pequeno porte não devem ser previstas unidades de pediatria, uma vez que o número de leitos dessa unidade, em torno de 15% do total de leitos, é insuficiente para a sua implantação.

9.1 Acomodações — As acomodações para o grupo de 0 a 2 anos devem atender às mesmas características do berçário de maternidade, podendo ser programadas duas enfermarias, com 12 berços no máximo em cada uma delas, servidas por uma sala de cuidados e um posto de enfermagem.

A área prevista para essas enfermarias é de 2,50 m²/berço, isto é, maior que a área do berçário da maternidade, uma vez que os berços são maiores.

Devem ser previstos painéis de vidro em todas as paredes do berçário: entre os berçários e a sala de cuidados e postos e entre os berçários e a circulação.

As acomodações para os grupos etários de 2 a 5 anos e de 5 a 7 anos deverão ter as mesmas características de enfermarias gerais, apenas atendendo à área de 3,50 m²/leito.

Devem ser previstos, também, painéis de vidro nas paredes divisórias com a circulação, para melhor controle por parte da equipe de enfermagem.

As acomodações para o grupo etário de 7 a 12 anos também deverão ter as mesmas características de uma unidade de internação de adultos, apenas atendendo à área de 5,00 m²/leito. Neste caso não devem ser instalados visores em nenhuma divisória.

Quartos particulares, com leitos e camas de acompanhantes, poderão ser previstos para o caso de mães que queiram acompanhar seus filhos.

O serviço de apoio de enfermagem da unidade de pediatria deve atender apenas aos grupos infantis, pré-escolares e escolares, devendo ser considerados, para efeito de atendimento, apenas os leitos desses três grupos etários.

O grupo de 0 a 2 anos não deve ser considerado para o atendimento de enfermagem, uma vez que conta com postos privativos e atendimento próprio.

9.2 Sanitários — As instalações sanitárias para os grupos de infantes e pré-escolares poderão atender a duas enfermarias simultaneamente e deverão ser dotadas de :

a) banheira instalada a 60 cm do piso e com chuveiro manual;

b) vaso sanitário baixo (30 cm de altura) ou com redutor de tempo;

c) lavatório baixo.

9.3 Localização — A unidade de pediatria deve ser localizada, de preferência, em pavimento térreo de modo a facilitar o acesso das crianças aos jardins e pátios. Caso não seja possível essa localização, devem ser previstos solários junto às enfermarias. (Fig. 20 e 21).

10 — UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO (UTI)

A unidade de tratamento intensivo, conhecida por UTI, é a unidade do hospital que concentra em suas instalações os recursos técnicos e humanos mais capacitados para o atendimento aos pacientes em estado crítico.

Essa unidade não é recomendada em hospitais com menos de 100 leitos. Pode ser prevista em hospitais com menor capacidade quando essas instituições atendem a serviços cirúrgicos, cardiológicos ou de emergência.

10.1 Localização — Sua localização deve ser isolada da circulação geral e o mais próximo possível do serviço de emergência, quando existe, ou próxima do centro cirúrgico e com fácil acesso a esses serviços.

10.2 Capacidade — O número de leitos de uma UTI deve ser vinculado à capacidade do hospital, devendo corresponder de 5 a 8% do total de leitos do hospital.

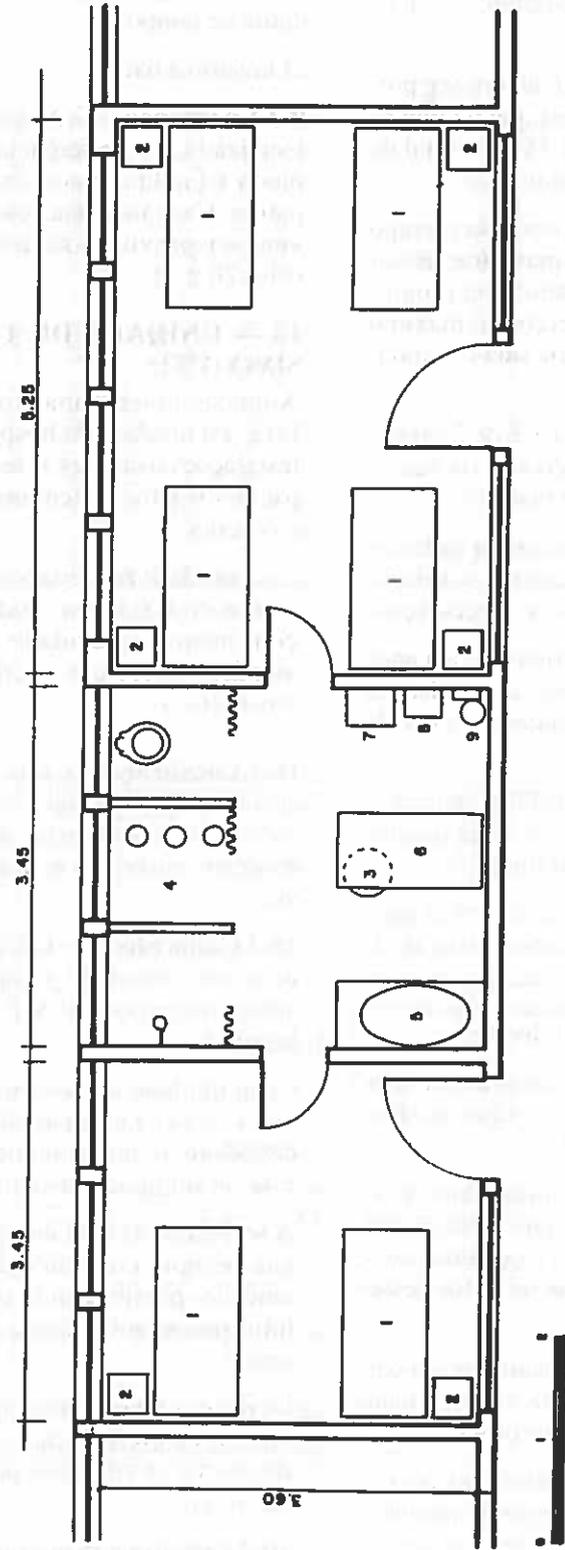
Cada unidade só deve comportar, no máximo, 10 leitos. Caso a capacidade do hospital indique a necessidade de maior número de leitos de UTI, deve esta ser dividida em subunidades.

A secretaria da UTI deve ser localizada de tal modo que permita comunicação com a parte externa da unidade, possibilitando aos que a procuram receber informações sobre o estado de saúde de qualquer paciente.

Deve ser prevista também circulação privativa para visitas, de preferência nas cabeceiras dos leitos, de modo que os visitantes possam ver os pacientes sem serem vistos.

10.3 Distribuição dos leitos — Os leitos da UTI podem ser distribuídos em recinto único ou em cubí-

COMODOS DE PEDIATRIA

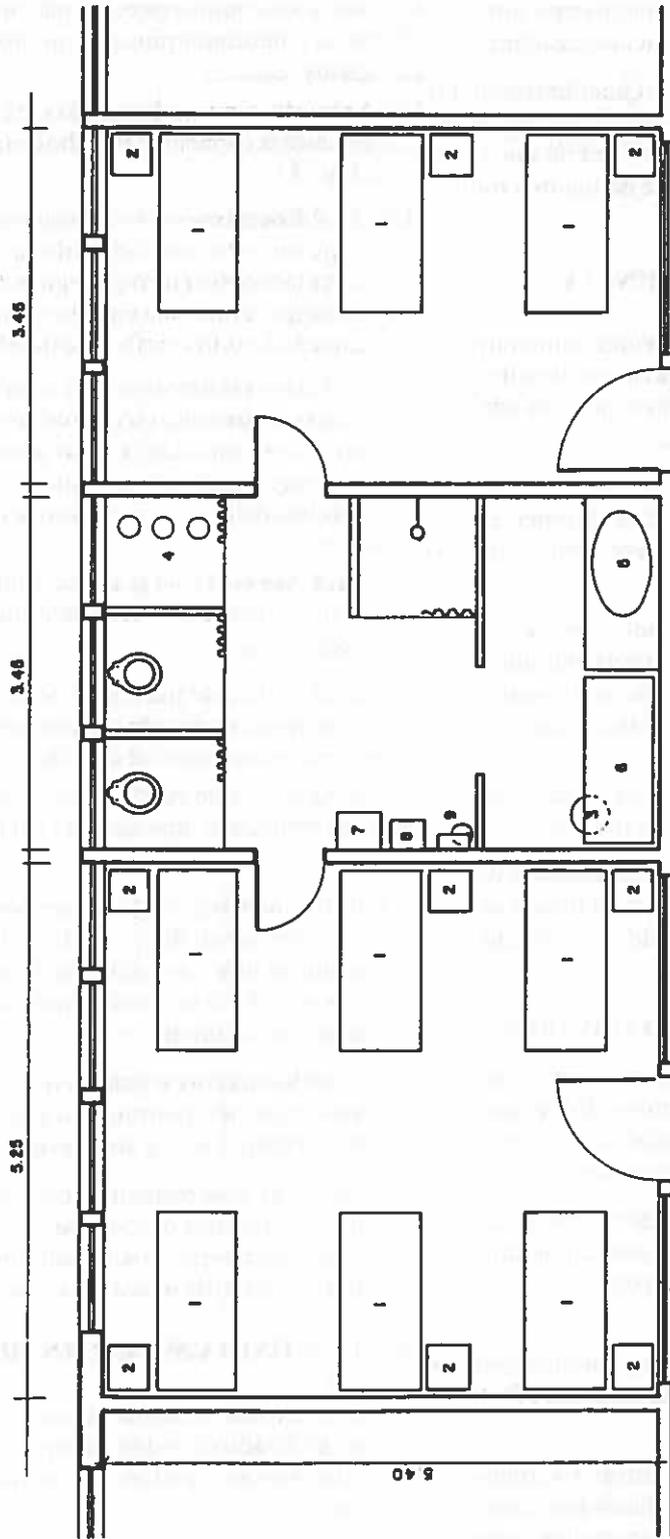


- 1. leito de pediatria
- 2. mesa de cabeceira
- 3. recipiente para roupa suja
- 4. urinóis
- 5. banheira (tina) embutida na bancada

- 6. mesa para troca de roupa
- 7. lavatório
- 8. lavatório baixo
- 9. porta-toalha e cesto

FIG. 20

COMODOS DE PEDIATRIA



- 1. leito de pediatria
- 2. mesa de cabeceira
- 3. recipiente para roupa suja
- 4. urinóis
- 5. banheira (tina) embutida na bancada
- 6. mesa para troca de roupa
- 7. lavatório
- 8. lavatório baixo
- 9. porta-toalha e cesto

FIG. 21

culos, dotados de painéis de vidro.

Caso os leitos sejam dispostos em recinto único, devem ser protegidos por cortinas retráteis.

Deve ser previsto em cada UTI pelo menos um leito em recinto único, com características de isolamento.

10.4 Especializações clínicas — Quando o hospital assim o indicar, deve a UTI ser subdividida por especializações clínicas e neste caso é recomendada a instalação na unidade coronariana de quartos individuais. (Fig. 22).

11 — UNIDADE DE EMERGÊNCIA

A unidade de emergência compreende um conjunto de elementos que têm por finalidade o atendimento imediato ao paciente, cuja permanência na unidade não deve ultrapassar de 48 horas.

Os hospitais de pequeno e médio porte não devem prever em suas instalações a unidade de emergência. No entanto, caso seja prevista, deve atender às exigências contidas nas normas.

11.1 Localização — Essa unidade deve ser localizada em pavimento térreo, com ampla entrada, independente e coberta, com via de acesso sinalizada e espaço suficiente para a livre circulação de ambulância.

Deve possuir, também, fácil acesso aos serviços complementares de diagnóstico e tratamento.

No entanto, deve estar o mais afastada possível do ambulatório, tendo em vista as características e as condições trazidas para a unidade de emergência. (Fig. 23).

12 — UNIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO

Os serviços desenvolvidos no centro cirúrgico concentram apreciável soma de recursos em relação aos demais serviços e requerem instalações mais complexas, devendo merecer estudo cuidadoso.

12.1 Salas de cirurgia — A determinação do número de salas de cirurgia pode ser calculada com base na capacidade total do hospital ou na capacidade de leitos cirúrgicos.

Considerando a capacidade do hospital, o número de salas de cirurgia deve ser de uma para cada 50 leitos gerais.

Considerando apenas os leitos cirúrgicos, o número de salas de cirurgia deve ser de duas salas para cada 50 leitos cirúrgicos, uma vez que apenas uma sala não terá condições de atender a esse número de leitos.

Embora seja exigida apenas uma sala de cirurgia para hospitais de pequeno porte, é recomendável, sempre que possível, que se instalem pelo menos duas salas, a fim de permitir maior flexibilidade em seu uso, como, por exemplo, nos momentos de limpeza e descontaminação, no uso prolongado de atos cirúrgicos, etc.

Salas de cirurgia especializada devem ser previstas quando a capacidade do hospital assim o justificar. (Fig. 24).

12.2 Localização — Na sua localização devem principalmente ser considerados os aspectos de circulação: o centro cirúrgico deve estar livre da circulação geral e sua circulação interna deve estar bloqueada a todo o tráfego estranho ao serviço.

Quando o hospital contar com unidade de emergência, o centro cirúrgico deve possuir livre e fácil acesso àquela unidade. Como a unidade de emergência deve ser localizada de preferência em pavimento térreo, também o centro cirúrgico deve ter localização térrea.

12.3 Acessos — Os acessos ao centro cirúrgico devem ser previstos, considerando: pacientes, pessoal e serviços.

a) O acesso de pacientes deve ser feito pela entrada principal da unidade, devendo ser prevista área suficiente para transferência de macas.

b) O acesso de pessoal deve ser feito apenas através dos vestiários, que deverão ser previstos para os dois sexos.

c) Quando possível, devem ser previstas duas circulações auxiliares, com 1,20 m de largura, de modo a possibilitar uma, a saída de material sujo e contaminado, e outra, a entrada de serviço de copa, equipamento, roupa, etc.

12.4 Vestiários e sanitários — São aceitos apenas vestiários que permitam um acesso independente e direto do pessoal à área restrita do centro cirúrgico.

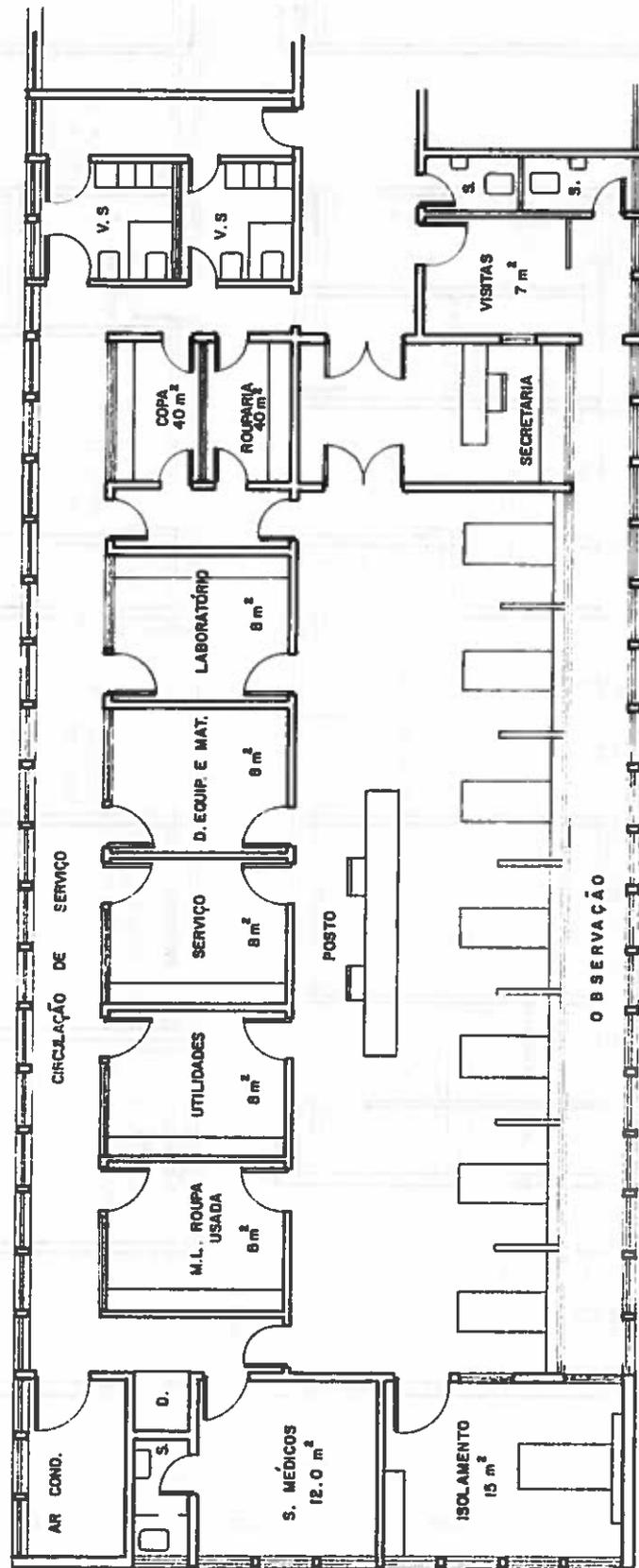
As peças dos banheiros não devem estar dispostas em um recinto único. Devem ser previstos boxes para a instalação dos vasos sanitários e chuveiros, a fim de permitir maior flexibilidade de uso.

13 — UNIDADE DE CENTRO DE MATERIAL

O centro de material destina-se ao processamento centralizado de todo o equipamento e material médico-cirúrgico utilizados no atendimento dos pacientes.

A centralização dos serviços de suprimento de ma-

UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO



ÁREA TOTAL: 350.40 m²

FIG. 22

UNIDADE DE EMERGÊNCIA

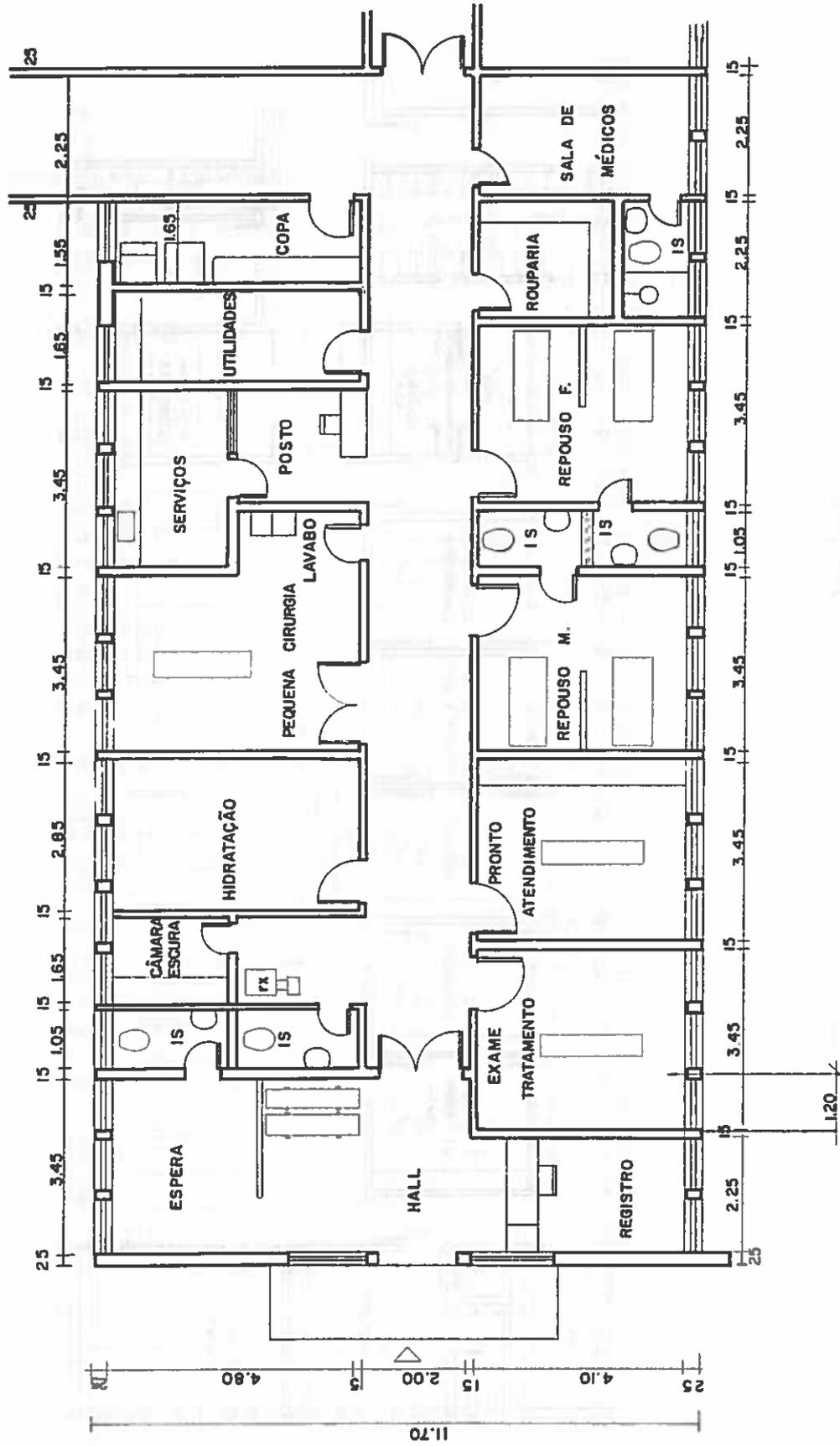
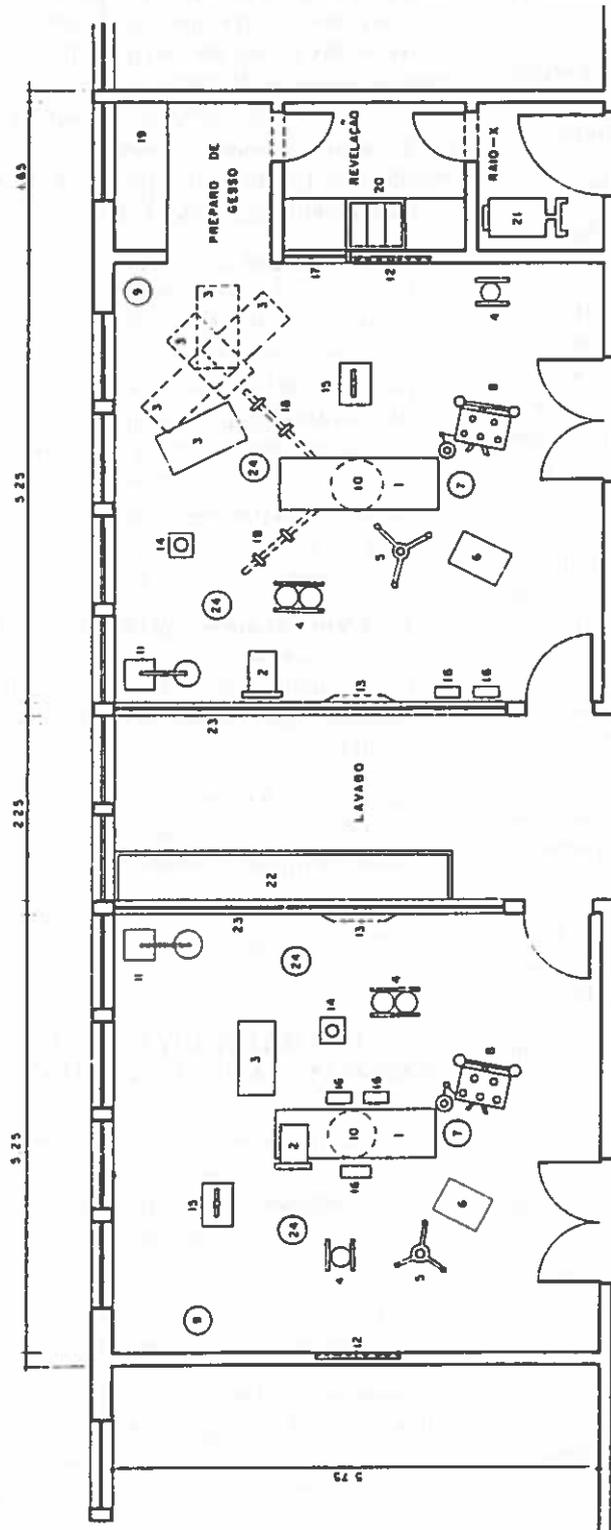


FIG. 23

SALAS DE CIRURGIA GERAL



1. mesa de cirurgia
2. mesa mayo
3. mesa auxiliar
4. bacias
5. suporte para soro
6. mesa do anestesista
7. banco do anestesista
8. aparelho de anestesia

9. recipiente para roupa suja
10. lâmpada *scintalytica*
11. foco de emergência
12. negatoscópio
13. relógio
14. bisturi elétrico
15. aspirador
16. degrau

17. visor de chapas
18. suporte para ortopedia
19. bancada para preparo do gesso
20. tanque de revelação
21. aparelho de raios X, transportável
22. lavabo
23. visor
24. balde

FIG. 24

terial esterilizado é altamente recomendável pelas seguintes razões:

— Facilidade de controle e adequada conservação do instrumental, equipamento e utensílios diversos que dependem de esterilização para sua utilização.

Maior eficiência nos suprimentos necessários.

— Obtenção de elevado padrão de trabalho pela utilização de pessoal experimentado.

13.1 Localização — A localização do centro de material será de preferência perto de suas fontes de abastecimento (lavanderia, almoxarifado e casa de caldeiras), devendo ser estudada a circulação para o abastecimento aos serviços de maior demanda (centro cirúrgico, obstétrico, emergência e terapia intensiva). Em hospital de pequeno porte justifica-se a localização do centro de material junto ao centro cirúrgico. Neste caso, a área de recepção do material e expurgo deve ter comunicação para a parte externa do centro cirúrgico, a fim de poder receber o material proveniente das demais unidades do hospital.

13.2 Composição — No centro de material devem ser previstos os seguintes locais de trabalho:

a) Recepção e expurgo para limpeza do material proveniente de todas as unidades do hospital e limpeza dos carros de transportes. Essa área corresponde a 20% da área total.

b) Preparo e empacotamento do material a ser esterilizado; autoclaves e estufas para a esterilização. Essa área corresponde a 50% do total da área.

c) Estocagem do material esterilizado e do material não esterilizável. Essa área deve corresponder a 30% do total da área.

13.3 Fluxo do trabalho — A disposição dos locais de trabalho, segundo a seqüência racional de operações, deverá permitir um fluxo contínuo, sem cruzamento de material limpo com material sujo. Deverá haver barreira física entre os locais destinados à limpeza de material e de carros e as demais áreas do processamento. (Fig. 25 e 26).

14 — UNIDADE DE CENTRO OBSTÉTRICO

O centro obstétrico, unidade exclusiva dos serviços obstétricos do hospital, tem suas características gerais semelhantes às do centro cirúrgico.

Em um hospital geral, a demanda de leitos obstétricos fica em torno de 20% do total de leitos.

14.1 Sala de parto e pré-parto — O cálculo do número de salas de parto deve ser feito com base no número de leitos de obstetrícia, isto é, uma sala de parto para cada 20 leitos de obstetrícia. Para o cálculo do número de salas de trabalho de parto, consideramos uma sala de trabalho para cada 10 leitos de obstetrícia, ou seja, dois leitos de trabalho de parto para cada sala de parto. (Fig. 27).

14.2 Localização — A localização do centro obstétrico deverá ser independente da circulação geral do hospital e a circulação interna deverá ser bloqueada a todo tráfego estranho ao serviço. Mesmo quando o porte do hospital (mais de 150 leitos) justifique o desmembramento do centro obstétrico do cirúrgico, o centro obstétrico deve ter sua localização contígua ao centro cirúrgico, tendo em vista os seguintes aspectos: evitar duplicação desnecessária de dependências e pessoal, e permitir a utilização do centro cirúrgico para os partos cirúrgicos.

14.3 Vestiários e sanitários — Embora não constitua uma exigência, recomenda-se que os vestiários sejam localizados de modo a possibilitar o acesso do pessoal, independente e direto, à área restrita do centro obstétrico.

Devem ser previstos boxes individuais para a instalação dos vasos sanitários e chuveiros, a fim de permitir maior flexibilidade aos usuários.

As peças dos banheiros não devem estar dispostas em um recinto único.

15 — UNIDADE DE INTERNAÇÃO PARA DOENÇAS MENTAIS AGUDAS

A orientação dada hoje pelo governo é no sentido de desestimular a implantação de hospitais especializados, notadamente os psiquiátricos, devendo os hospitais gerais dar atendimento, do modo mais amplo possível, a todas as especialidades.

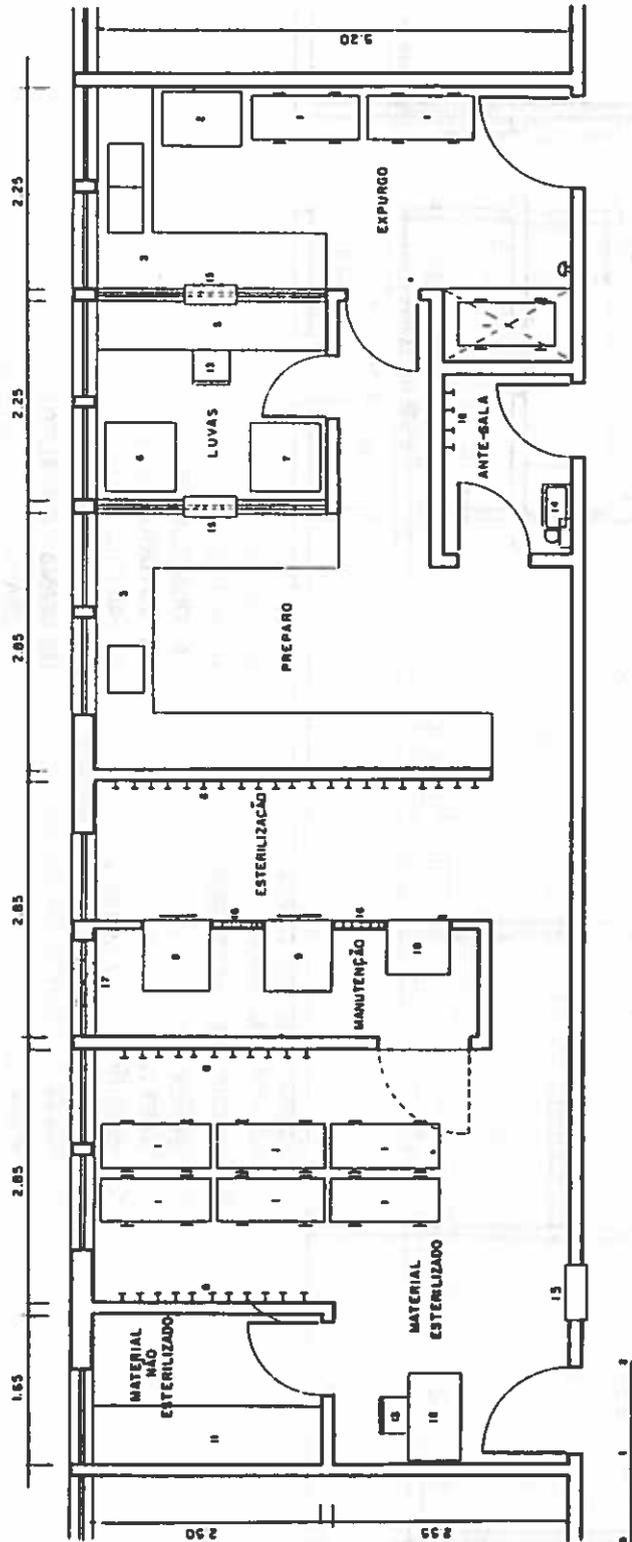
Para os hospitais especializados existentes poderão ser encaminhados os casos considerados crônicos.

Os hospitais gerais, ao instalar a unidade para atendimento de pacientes portadores de doenças mentais, não necessitam prever instalações especializadas para esses pacientes, devendo os mesmos ocuparem as instalações normais do hospital, com algumas características quanto à segurança.

Recomenda-se apenas que as acomodações destinadas aos pacientes portadores de doenças mentais (em torno de 10% do total de leitos) sejam em enfer-

CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO

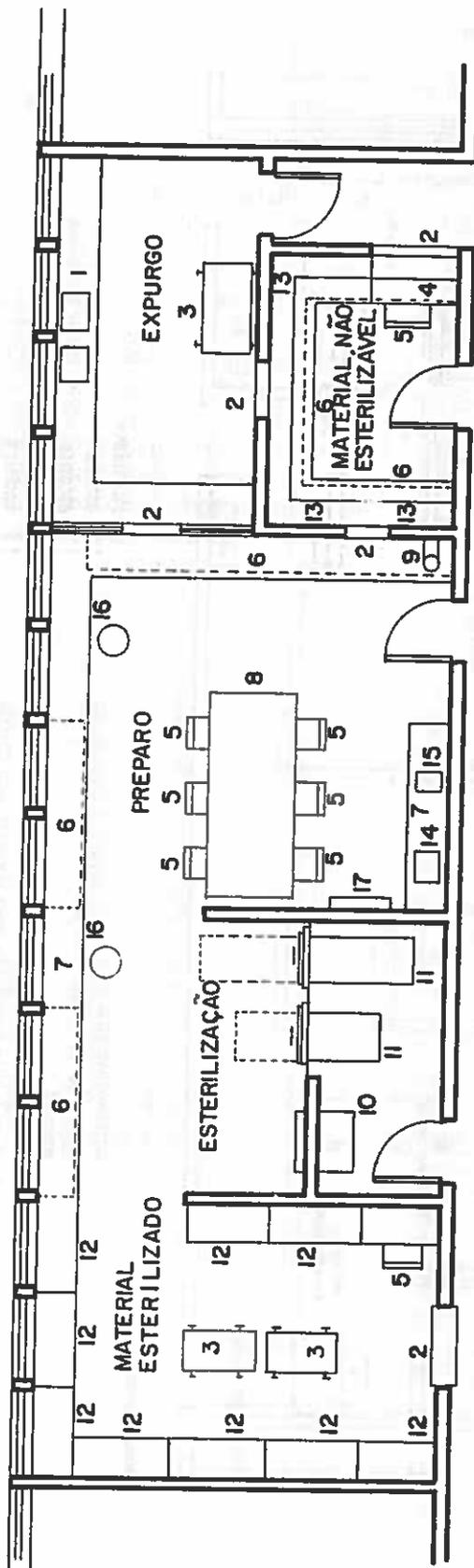
hospital geral de 100 leitos



- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1. carro-prateleira | 9. autoclave |
| 2. aparelho de ultra-som para lavagem do instrumental | 10. estufa |
| 3. bancada com pia(s) | 11. estante |
| 4. dosador de germicida para lavagem dos carros | 12. mesa de escritório |
| 5. mesa de trabalho | 13. cadeira |
| 6. lavador de luvas | 14. lava-tório, porta-papel e cesto |
| 7. entalçador de luvas | 15. guichê |
| 8. ganchos para cestos de material | 16. grelha para ventilação |
| | 17. exaustor |

FIG. 25

CENTRO DE MATERIAL



- 1 . BANCA COM PIA DUPLA ABERTA EM BAIXO
- 2 . GUICHÊ DE PASSAGEM
- 3 . CARRINHO
- 4 . MESA
- 5 . CADEIRA
- 6 . BALCÃO C/ ARMÁRIOS E GAVETAS
- 7 . BALCÃO ABERTO EM BAIXO
- 8 . MESA

- 9 . DESTILADOR
- 10 . ESTUFA
- 11 . AUTOCLAVES
- 12 . ARMÁRIOS
- 13 . ARMÁRIOS ALTOS
- 14 . PIA
- 15 . ENTALCADOR DE LUVAS
- 16 . BANCO GIRATORIO
- 17 . QUADRO DE AVISOS

FIG. 26

SALA DE PARTO

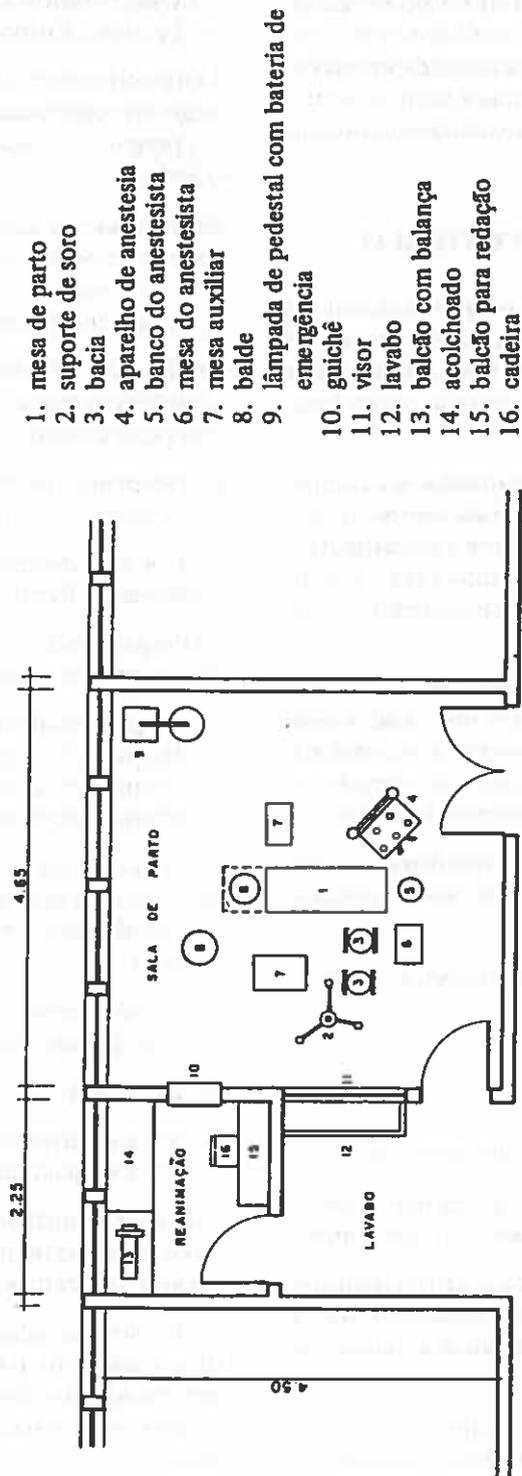


FIG. 27

maria de três leitos que, com os acabamentos indicados, são as que melhor se adaptam ao caso.

Além das instalações comuns a um hospital geral, deverão ser previstos quartos de um leito (10% do total de leitos psiquiátricos) para casos de emergência e salas destinadas à socioterapia e terapia de grupo, sendo a área de lazer para essa unidade maior que as demais unidades.

16 — UNIDADE DE SERVIÇOS GERAIS

A unidade de serviços gerais constitui conjunto de serviços considerados de vital importância para o desempenho normal das atividades do hospital, necessitando, por isso, de uma atenção toda especial para o seu planejamento.

Tendo em vista a necessidade de instalações completas, sua programação deve ser cuidadosamente estudada, devendo ser levadas em conta as estimativas de luz e força, vapor, sistema adotado para a distribuição de refeições, plano de abastecimento de gêneros, etc.

Todas as características do equipamento quanto ao tipo, capacidade, etc. devem ser observadas ainda na fase do planejamento, pois as áreas e as redes de instalações deverão ser projetadas em função das exigências para o seu funcionamento adequado.

16.1 Serviço de alimentação e refeitório — Esse serviço deverá ser estudado em função do programa estabelecido, considerando-se:

- a) Sistema a ser adotado para distribuição de refeições;
- b) Capacidade do hospital;
- c) Combustível a ser utilizado;
- d) Facilidade para o transporte das refeições;
- e) Programa de abastecimento de gêneros perecíveis, considerando a regularidade do fornecimento.

Localização: Quanto à localização, a mais indicada é no pavimento térreo ou subsolo, tendo em vista os problemas de recepção e estocagem dos gêneros alimentícios.

Não deve ser esquecido também, quando se estudar a localização da cozinha, o tipo adotado de distribuição de alimentos: elevadores, monta-cargas, etc.

Composição: Os serviços que se processam na cozinha devem atender a um fluxo correto de trabalho, de modo que todas as operações tenham por base os

seguintes objetivos:

- Redução das fases operacionais;
- Evitar conflitos de circulação;
- Facilitar a supervisão dos trabalhos.

O fluxo do serviço de uma cozinha deve apresentar a seguinte seqüência: recepção e controle — despensa — preparo — cocção — distribuição — copa de lavagem.

Para atender a cada uma dessas etapas de trabalho devem ser observadas disponibilidades físicas para o bom desempenho das diferentes operações. Assim, deverão ser considerados:

a) **Recepção e Controle:** **Hall**, saleta ou local dotado de balança, mesa para conferência e lavatório, para recepção e controle dos gêneros alimentícios.

b) **Despensa:** Local de estocagem dotado de estantes, estrados e armários;

— Local de estocagem fria dotado de refrigeradores ou câmaras frigoríficas.

c) **Preparo:** Setor de preparo dos alimentos, subdivididos em áreas individuais para:

- Preparo de carnes e peixes;
- Preparo de vegetais e cereais;
- Preparo de massas e sobremesas;
- Preparo de desjejum e merendas.

d) **Cocção:** Compreende os seguintes locais de trabalho: área de preparo de dieta geral (mesa, pia, fogões, caldeirões, fornos, fritadeiras de imersão e bifeteiras);

- Área de preparo das dietas especiais;
- Local para lavagem de panelas.

e) **Distribuição:**

- Para o refeitório de pessoal;
- Para os pacientes.

No setor de distribuição para os pacientes, as instalações e área variam de acordo com o sistema a ser utilizado: centralizado ou descentralizado.

1. No sistema centralizado as refeições são distribuídas a todos os pacientes em bandejas individuais, preparadas na própria cozinha e transportadas em carros próprios para as diversas unidades de internação.

2. No sistema descentralizado os alimentos são transportados por meio de carros térmicos, em recipientes para as copas das unidades de internação e então distribuídos aos pacientes.

f) **Copa de Lavagem:** O local para a copa de lavagem deverá ser previsto fora das áreas de preparo e distribuição dos alimentos e deverá permitir a separação de material sujo e material limpo. Deverá ser previsto também, próximo à copa de lavagem, local para a lavagem dos carros de transportes.

g) **Lixo:** Deverá ser previsto recinto separado, com acesso externo direto, para a coleta e remoção do lixo de cozinha. Este local, sempre que possível, deverá ser refrigerado e deverá ser dotado de vapor ou água quente para a limpeza dos latões e o do ambiente.

h) **Refeitório:** Em todo o hospital geral deverá ser prevista área para a distribuição das refeições a pessoal, visitantes e, eventualmente, aos acompanhantes dos pacientes.

A clientela a se utilizar do refeitório será determinada pela direção do hospital.

A área total do refeitório deve ser calculada em função do sistema a ser adotado pelo hospital na distribuição das refeições e que poderá ser em um, dois ou três turnos. (Fig. 28 e 29).

16.2 Lavanderia — O planejamento da lavanderia deverá ser realizado levando-se em consideração os seguintes aspectos:

— Estimativa da quantidade de quilo/roupa, em função da previsão da utilização pelos pacientes e pessoal;

— Disponibilidade de pessoal para utilização das instalações em um ou dois turnos;

— Estabelecimento da amplitude da jornada de trabalho e o número de dias por semana.

Para efeito de cálculo de capacidade do equipamento a ser instalado, podemos tomar, como base, as seguintes estimativas de utilização de roupa:

Hospital geral: 4 kg/paciente/dia;

Maternidade: 6 kg/paciente/dia;

Pronto socorro: 6 kg/paciente/dia;

Hospital especializado: 2 a 4 kg/paciente/dia.

Localização: Quando a roupa for processada no próprio hospital, deverá a lavanderia estar localizada na área dos serviços gerais e dispor de ótimas condições de ventilação, iluminação e abastecimento de vapor.

Composição: Na lavanderia deverão ser previstas as seguintes áreas, que atenderão a um fluxo racional de trabalho, obedecendo à seguinte seqüência: recepção - separação - lavagem - rouparia — costura — distribuição.

Entre os setores de separação e lavagem deve haver perfeita separação física que poderá ser através de lavadoras especiais ou do próprio recinto, tendo em vista tratar-se a área de separação de área altamente contaminada. Essas áreas devem comunicar-se, apenas, através de guichê para a passagem da roupa, quando não contar com máquinas de barreira.

É sempre conveniente dotar a área de separação de um sanitário com lavatório, a fim de evitar que o pessoal de serviço se ausente dessa área contaminada durante as horas de trabalho. (Fig. 30 e 31).

COZINHA (50 LEITOS)

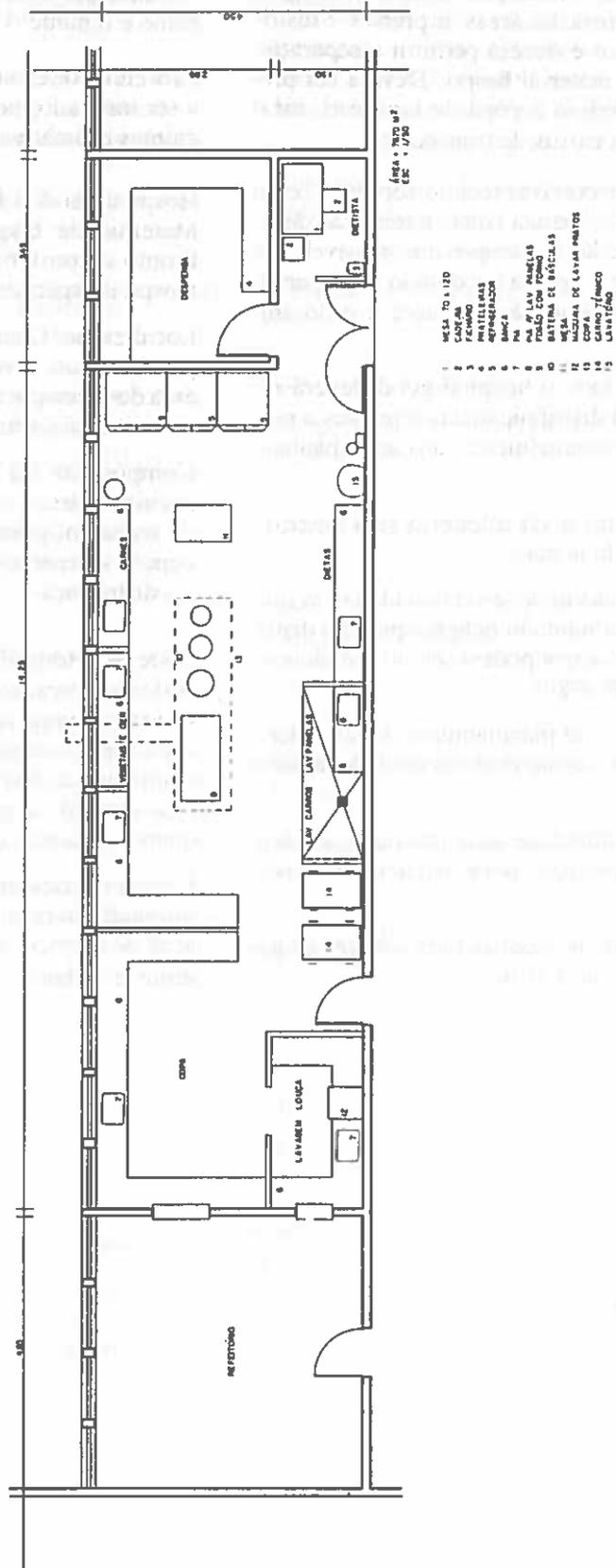


FIG. 28

SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
 Hospital geral de 100 leitos
 distribuição centralizada

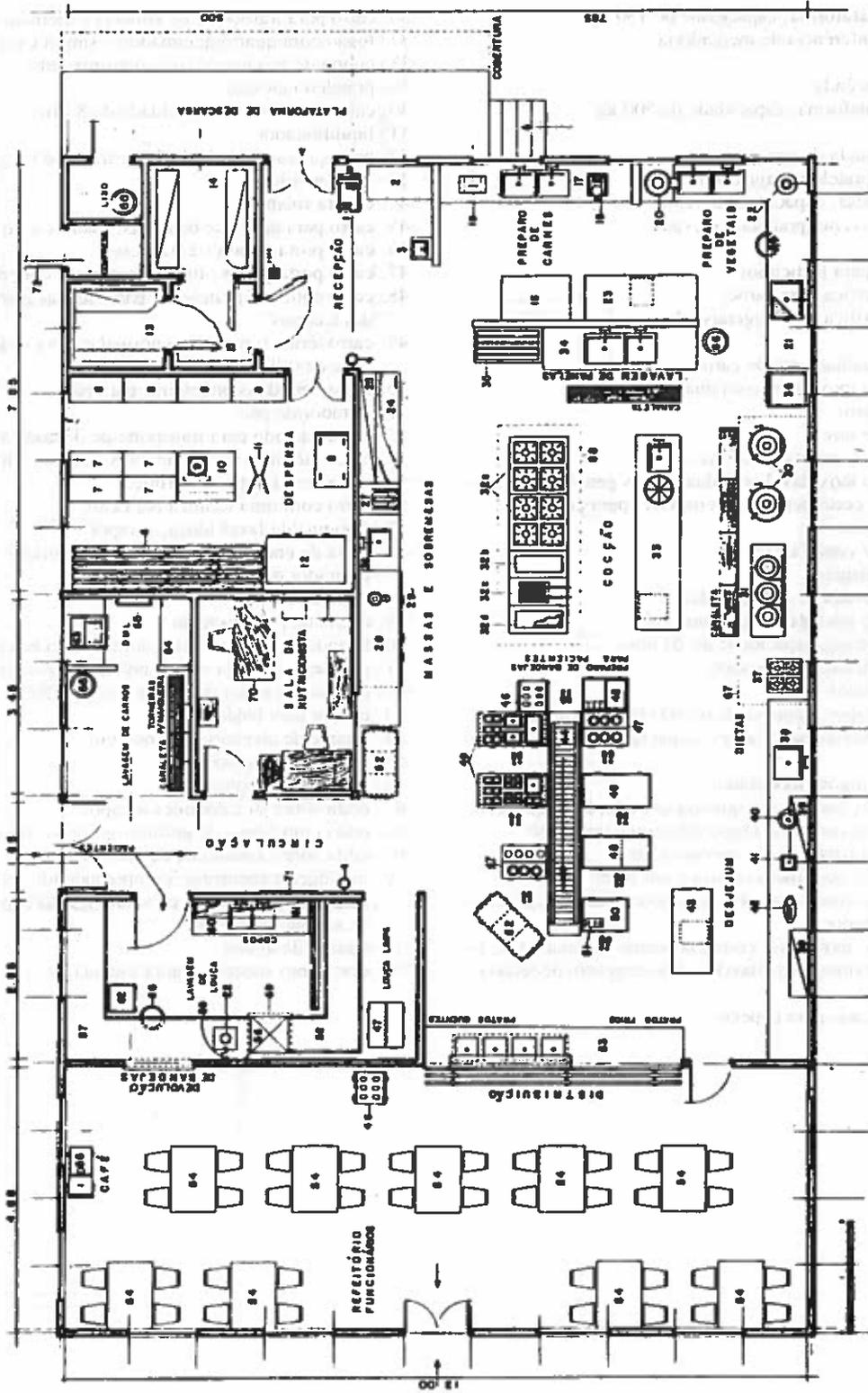


FIG. 29

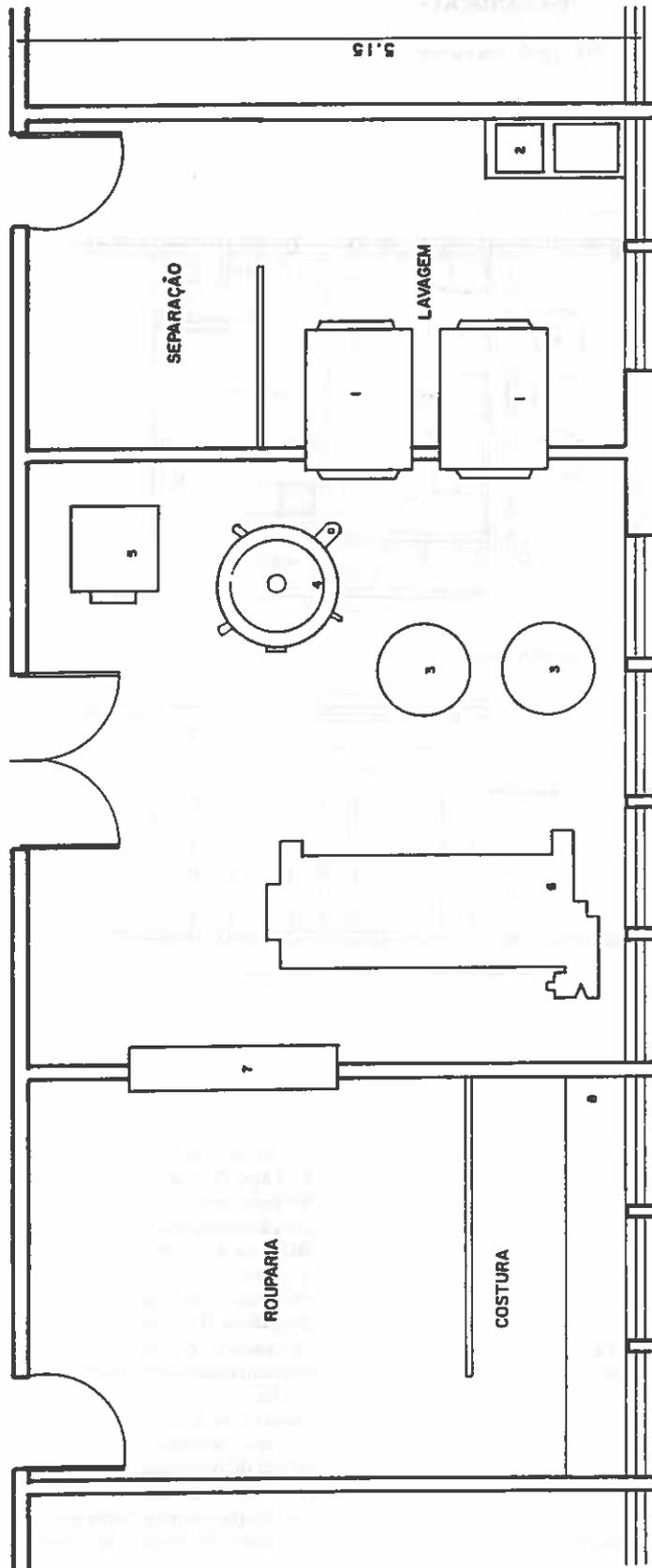
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Hospital geral de 100 leitos
distribuição centralizada

LEGENDA

1. balança de plataforma, capacidade de 150 kg
2. mesa para conferência de mercadoria
3. lavabo
4. extintor de incêndio
5. carro tipo plataforma, capacidade de 500 kg
6. estrado
7. estante modulada de aço
8. estante com prateleiras ajustáveis
9. balança de mesa, capacidade de 15 kg
10. mesa de apoio com prateleira elevada
11. escada
12. refrigerador para laticínios
13. câmara frigorífica para carnes
14. câmara frigorífica para vegetais e frutas
15. antecâmara
16. mesa para retalhamento de carne
17. tampo de aço inoxidável com duas cubas
18. picador de carne
19. amaciador de bife
20. máquina descascadora de batatas
21. tampo de aço inoxidável com duas cubas geminadas e uma simples com cesto perfurado removível para cereais
22. triturador de lixo
23. mesa auxiliar com gaveta
24. tampo de mármore
25. prateleira elevada de aço inoxidável
26. tampo de aço inoxidável com uma cuba
27. batedeira elétrica, capacidade de 20 litros
28. gabinete horizontal refrigerado
29. extrator de sucos
30. caldeirão a vapor, capacidade de 100 litros cada um
31. bateria de panelas basculantes, capacidade de 20, 40 e 50 litros
32. conjunto de fogões modulados:
 - a) fogão a gás com quatro queimadores duplos e um forno
 - b) fogão a gás com uma chapa bifeteira e um forno
 - c) fogão com fritadeira de imersão elétrica
 - d) fogão a gás com banho-maria e um forno
33. mesa auxiliar com uma cuba, gancheira giratória, gaveta e prateleira inferior
34. tampo de aço inoxidável com duas cubas geminadas de tamanhos diferentes, providas de ladrão e registro de fecho rápido
35. estante gradeada para panelas
36. carro para transporte de panelas e utensílios
37. fogão com quatro queimadores simples e um forno
38. tampo de aço inoxidável com uma cuba
39. prateleira elevada
40. cafeteira elétrica, capacidade de 8 litros
41. liquidificador
42. balança, capacidade de 2 kg, fração de 1 g
43. mesa auxiliar
44. esteira-rolante
45. carro para apoio de bandejas, toalhas e guardanapos
46. carro porta-talheres e bandejas
47. carro porta-pratos, tigelas, xícaras e cobertura de pratos
48. carro com três prateleiras para saladas e sobremesas, bebidas e copos
49. carro térmico para dieta normal e dieta modificada, capacidade de 0,9 m³ cada um
50. carro com duas prateleiras para pão
51. torrador de pão
52. carro fechado para transporte de 30 bandejas
53. balcão térmico para alimentos quentes e frios
54. mesa com tampo de fórmica
55. carro com urna térmica para café
56. máquina de lavar louça, a vapor
57. mesa de entrada com encaixe para guichê e uma cuba com triturador de lixo
58. mesa de saída
59. ducha de pré-rinsagem
60. tampo de aço inoxidável com duas cubas geminadas
61. prateleira elevada com fundo duplo perfurado
62. cuba sobre rodas para remolho de talheres
63. tanque para baldes
64. estante de alvenaria ou concreto
65. cabine para vassouras
66. latão de lixo sobre rodas
67. coifa sobre os caldeirões a vapor
68. coifa com filtros de gordura sobre os fogões
69. coifa sobre a máquina de lavar louça
70. mobília de escritório, compreendendo escrivaninhas, roupeiros, arquivo, mesa para datilografia e mesa para máquina de calcular e telefone
71. quadro de avisos
72. porta com veneziana para tomada de ar

LAVANDERIA (50 LEITOS)



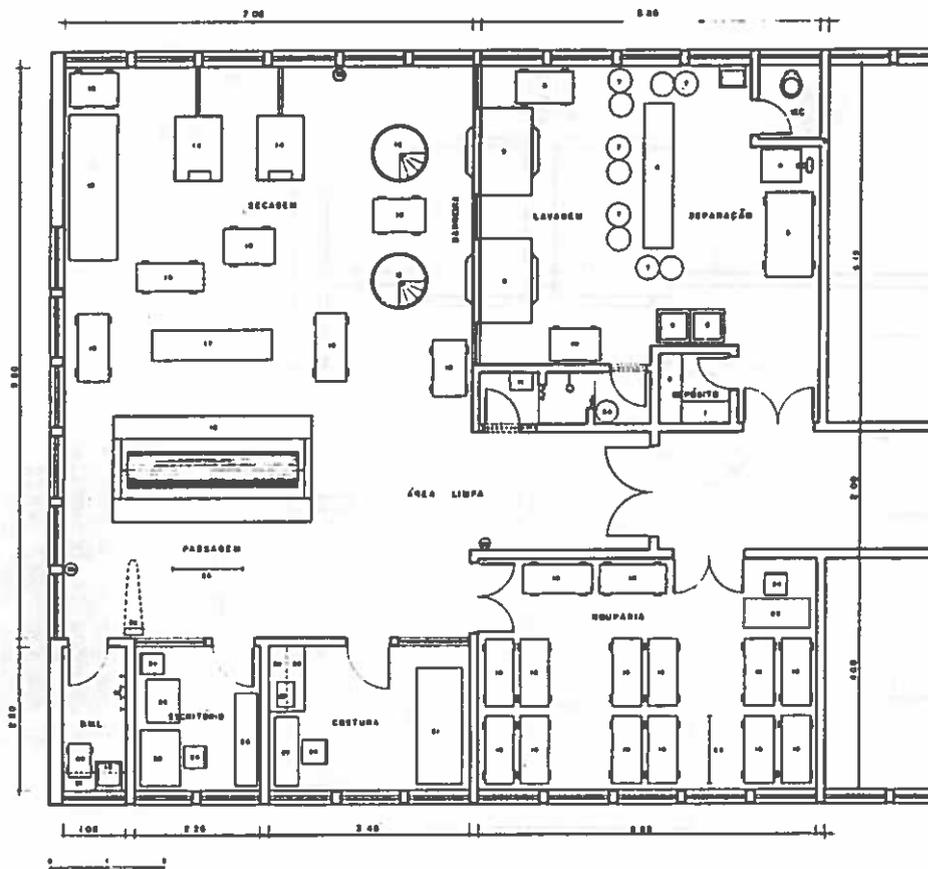
ÁREA TOTAL = 61.00 m²

- 1 - LAVADORA DE DESINFECÇÃO
- 2 - TANQUE PARA SOLUÇÃO
- 3 - CENTRÍFUGA PARA 30 Kg
- 4 - EXTRATORA PARA 30 Kg
- 5 - SECADORA PARA 10 Kg
- 6 - CALANDRA 1 CILINDRO 60 x 2.50
- 7 - BALCAO
- 8 - MESA DE COSTURA

FIG. 30

LAVANDERIA

500 kg de roupa por dia



LEGENDA

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. estante | 19. pia de despejo |
| 2. estrado | 20. carro de limpeza |
| 3. carro para coleta de roupa suja | 21. prateleira alta |
| 4. balança de plataforma | 22. ganchos para vassouras |
| 5. tanque para soluções | 23. mesa de escritório |
| 6. mesa para triagem da roupa | 24. cadeira |
| 7. recipiente duplo para triagem | 25. mesa de datilografia |
| 8. suporte móvel | 26. estante de escritório |
| 9. lavadora de desinfecção para 50 kg de roupa | 27. máquina de costura |
| 10. carro de desinfecção para 20 kg de roupa | 28. máquina para termomarcção |
| 11. roupeiro duplo | 29. balcão |
| 12. centrífuga para 50 kg de roupa | 30. armário alto |
| 13. carro de lona para roupa limpa | 31. mesa de trabalho |
| 14. secador para 10 kg de roupa | 32. tábua de passar basculante |
| 15. mesa para dobrar roupa | 33. extintor de incêndio |
| 16. carro-prateleira para roupa pronta | 34. recipiente para roupa usada |
| 17. mesa para preparo da roupa de calandra | 35. cavalete móvel para uniformes |
| 18. calandra (1 cilindro de 60 x 300 cm) | |

CONVENÇÕES

	Tomada de luz alta
	Tomada de luz baixa
	Tomada de luz alta à prova de explosões
	Tomada de força alta
	Tomada de força alta para raios X
	Telefone interno
	Telefone externo
	Chamada de enfermeira
	Oxigênio
	Ar comprimido
	Vácuo
	Iluminação indireta
	Quadro de chamada de enfermeira
	Lâmpada de vigília
	Arandela
	Lâmpada de chamada

16.3 Almojarifado — Em todo hospital geral deverá ser previsto almojarifado com área mínima de 0,80 m² por leito, para estocagem centralizada de todo o material de consumo, com exceção dos medicamentos e dos gêneros alimentícios perecíveis, que contam com dependências próprias.

Composição: — A área do almojarifado deverá compreender:

- a) Local de recepção e controle das mercadorias com acesso externo coberto;
- b) Local de estocagem dotado de estantes e estrados;
- c) Local de agrupamento e distribuição de mercadoria requisitada.

Localização: — Para atender satisfatoriamente aos encargos que lhe são atribuídos, deve o almojarifado estar no pavimento térreo, o mais próximo possível da entrada destinada ao abastecimento do hospital. (Fig. 32 e 33).

16.4 Vestiário para pessoal — Além das acomodações previstas para o conforto médico, deverão ser previstas também acomodações para outras categorias profissionais.

Assim, deverão ser previstos vestiários para enfermeiras, para auxiliares de enfermagem e para o pessoal auxiliar.

Em todas essas categorias profissionais deverão ser considerados vestiários masculinos e femininos, na proporção aproximada de 25% para homens, e 75% para mulheres.

Deverá ser prevista também sala de estar para cada categoria profissional, que poderá ser uma para atender aos dois sexos ou uma sala de estar privativa para cada sexo. (Fig. 34).

16.5 Oficinas de manutenção — As oficinas de manutenção são de grande proveito para o hospital geral, uma vez que muitos reparos poderão ser executados por pessoal do hospital a custo razoável. As vantagens da existência das oficinas não se restringem apenas aos reparos, mas principalmente ao desempenho periódico da manutenção preventiva.

As principais oficinas são de mecânica, com atribuições inclusive de reparos hidráulicos; de eletricidade; de carpintaria; e de pintura.

Essas oficinas em locais diferenciados só se justificam em hospitais com mais de 100 leitos.

Em hospitais de pequeno e médio portes deverá ser prevista uma oficina geral, com área mínima de 35,00 m², sempre que possível subdividida em setores de trabalho individuais. (Fig. 35 e 36).

V — UNIDADES SANITÁRIAS

No estudo das necessidades existentes em áreas remotas, de populações reduzidas e desprovidas de recursos materiais e humanos, onde são precárias as condições de vida, recomenda-se a implantação de unidades de saúde, onde serão desenvolvidas atividades primárias de atendimento, consideradas básicas do sistema: posto de saúde, centro de saúde e unidade integrada de saúde.

1. POSTO DE SAÚDE

É uma unidade sanitária simplificada, destinada a prestar assistência médico-sanitária a uma população, contando com controle e supervisão médica periódicas e para atender a uma comunidade com menos de 2000 habitantes. (Fig. 37).

2. CENTRO DE SAÚDE

É a unidade sanitária complexa, destinada a prestar assistência médico-sanitária a uma população, contando com ambulatório para assistência médica permanente.

O centro de saúde pode ser acrescido de alguns leitos para o atendimento de emergências e de pacientes necessitando de repouso ou aguardando remoção, e deve ser previsto para comunidades com população de 2 000 a 10 000 habitantes. (Fig. 38, 39 e 40).

3. UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE

As unidades integradas de saúde são unidades de vigilância médico-sanitária agindo nas pequenas comunidades. Sua capacidade é de 25 a 30 leitos, podendo ir mesmo até 50 leitos. Suas funções compreendem as atividades de assistência médica, hospitalização para clínica médica e cirurgia de urgência, pediatria e obstetrícia de emergência e saúde pública.

Sua área de atuação será em comunidade com populações de 10 000 a 20 000 habitantes.

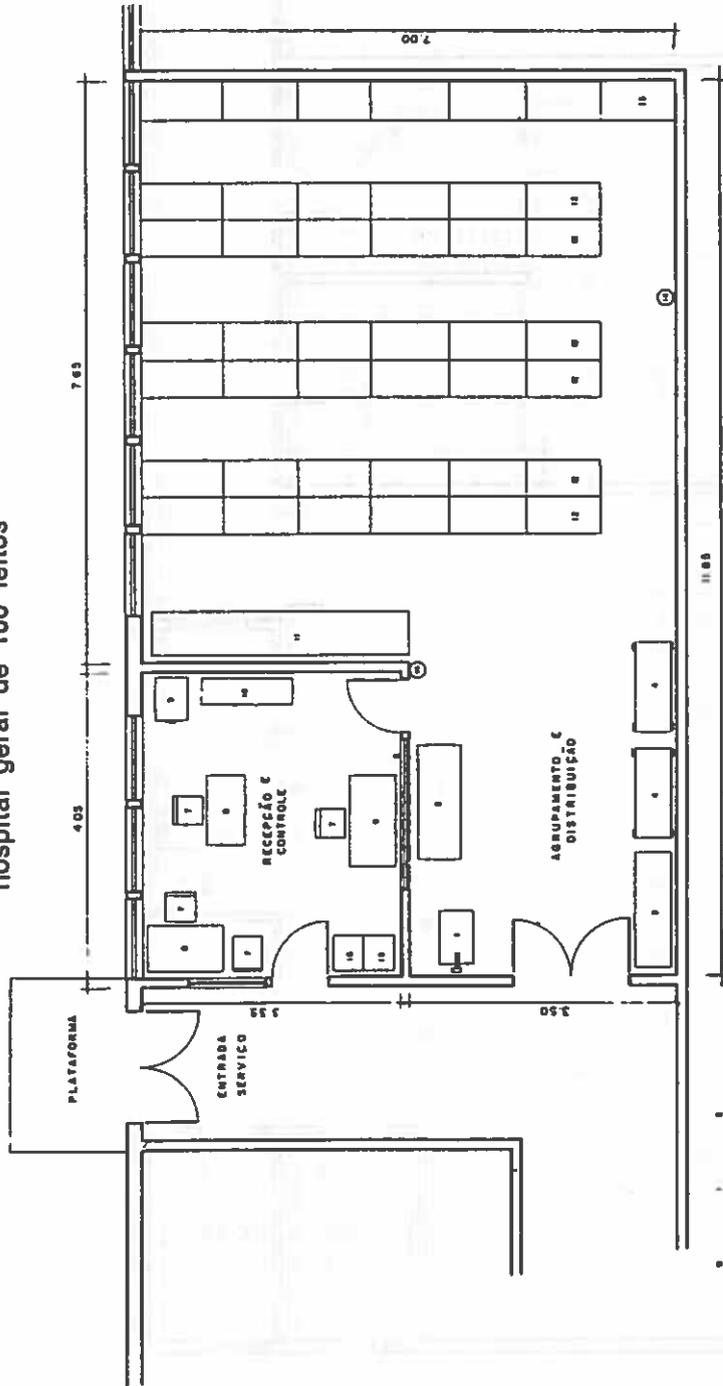
O trabalho dessas unidades é completado pelas unidades sanitárias, isto é, pelos centros de saúde e postos de saúde.

As atividades realizadas na unidade integrada de saúde têm papel preponderante no grau de desenvolvimento de uma comunidade, ligadas como estão às atividades preventivas e curativas dos serviços médico-sanitários, reabilitando o indivíduo para as suas atividades.

Considerando que as unidades integradas de saúde

ALMOXARIFADO

hospital geral de 100 leitos



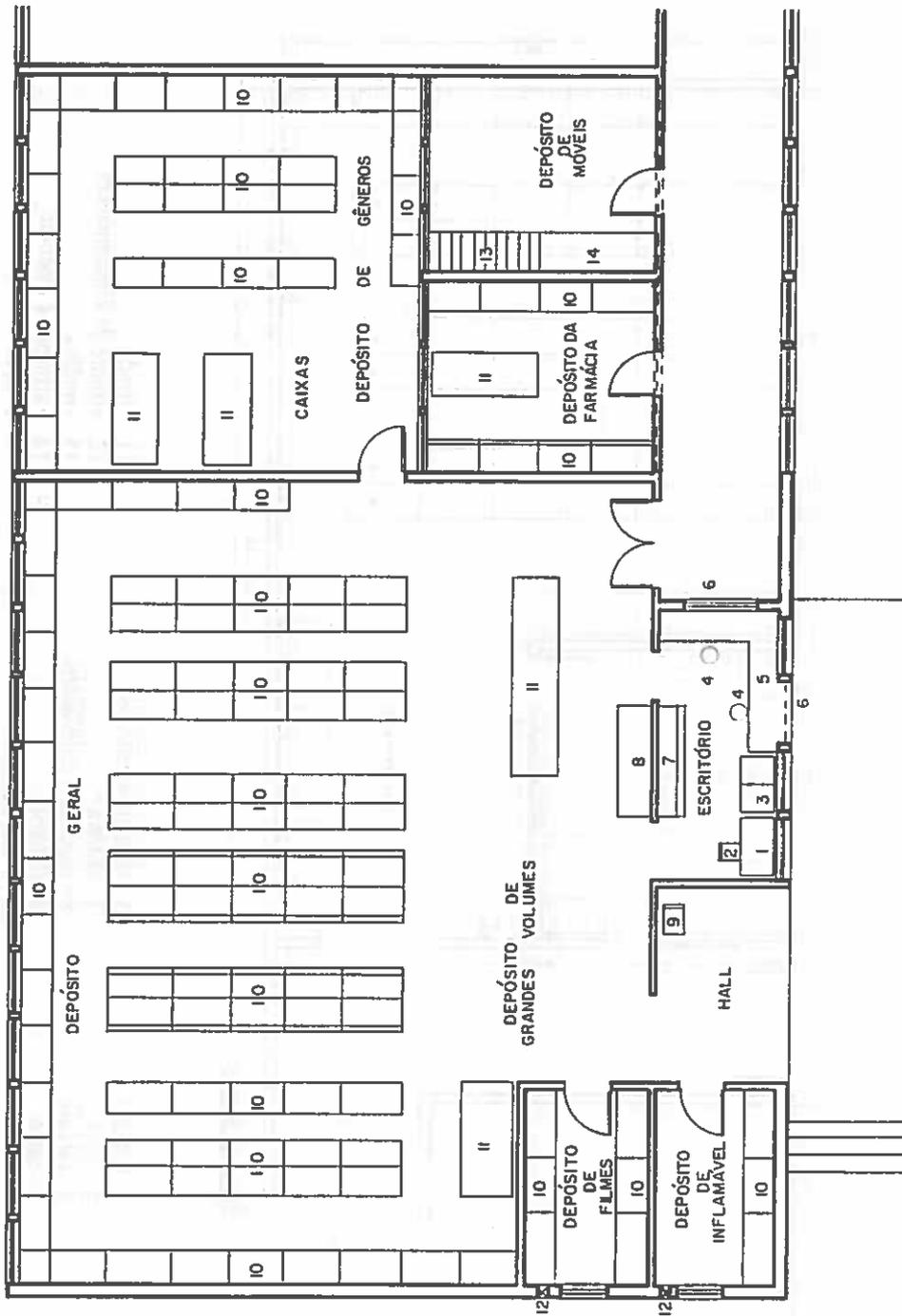
1. balança
2. mesa
3. estante
4. carro
5. visor

6. mesa de escritório
7. cadeira
8. mesa para datilografia
9. fichário
10. estante de escritório

11. estrado
12. estante de armazenagem
13. armário
14. extintor de incêndio
15. roupeiro

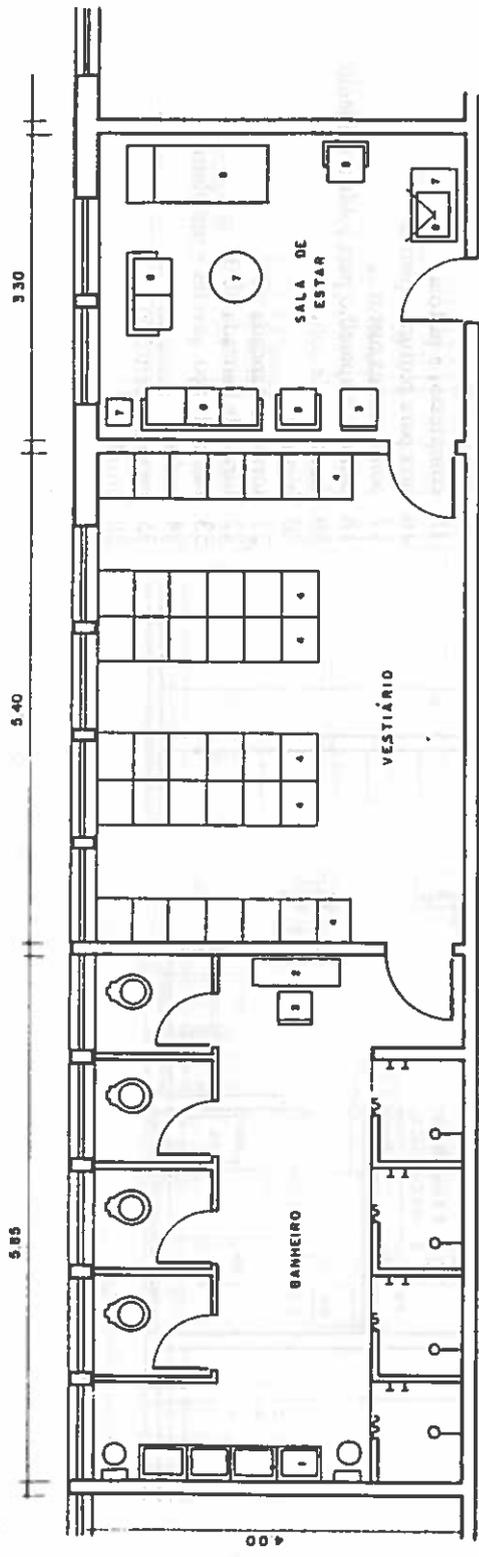
FIG. 32

ALMOXARIFADO

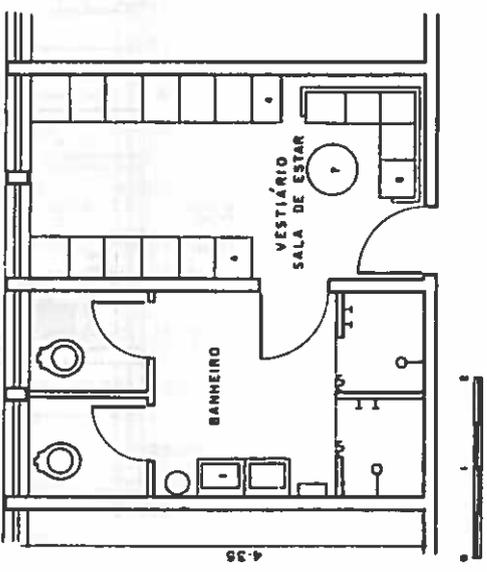


- | | | |
|-------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1.- MESA | 7.- ARMÁRIO | 11.- PLATAFORMA DE MADEIRA |
| 2.- CADEIRA | 8.- BALCÃO COM PRATELEIRA INFERIOR | 12.- EXAUSTOR |
| 3.- FICHÁRIOS | 9.- BALANÇA PLATAFORMA | 13.- BOX PARA CABECEIRAS DE CAMAS |
| 4.- BANCO GIRATÓRIO | 10.- PRATELEIRAS AJUSTÁVEIS | 14.- PRATELEIRAS COM COL - CHÕES |
| 5.- BALCÃO COM ARMÁRIOS | | |
| 6.- GUICHÊ | | |

FIG. 33



VESTIÁRIO PARA 75 MULHERES



VESTIÁRIO PARA 25 HOMENS

hospital geral de 100 leitos

- 1. lavatório, porta-toalha e cesto
- 2. penteadeira
- 3. cadeira
- 4. roupeiro duplo
- 5. poltrona
- 6. sofá
- 7. mesa
- 8. divã
- 9. aparelho de TV

FIG. 34

OFICINAS DE MANUTENÇÃO

hospital geral de 100 leitos

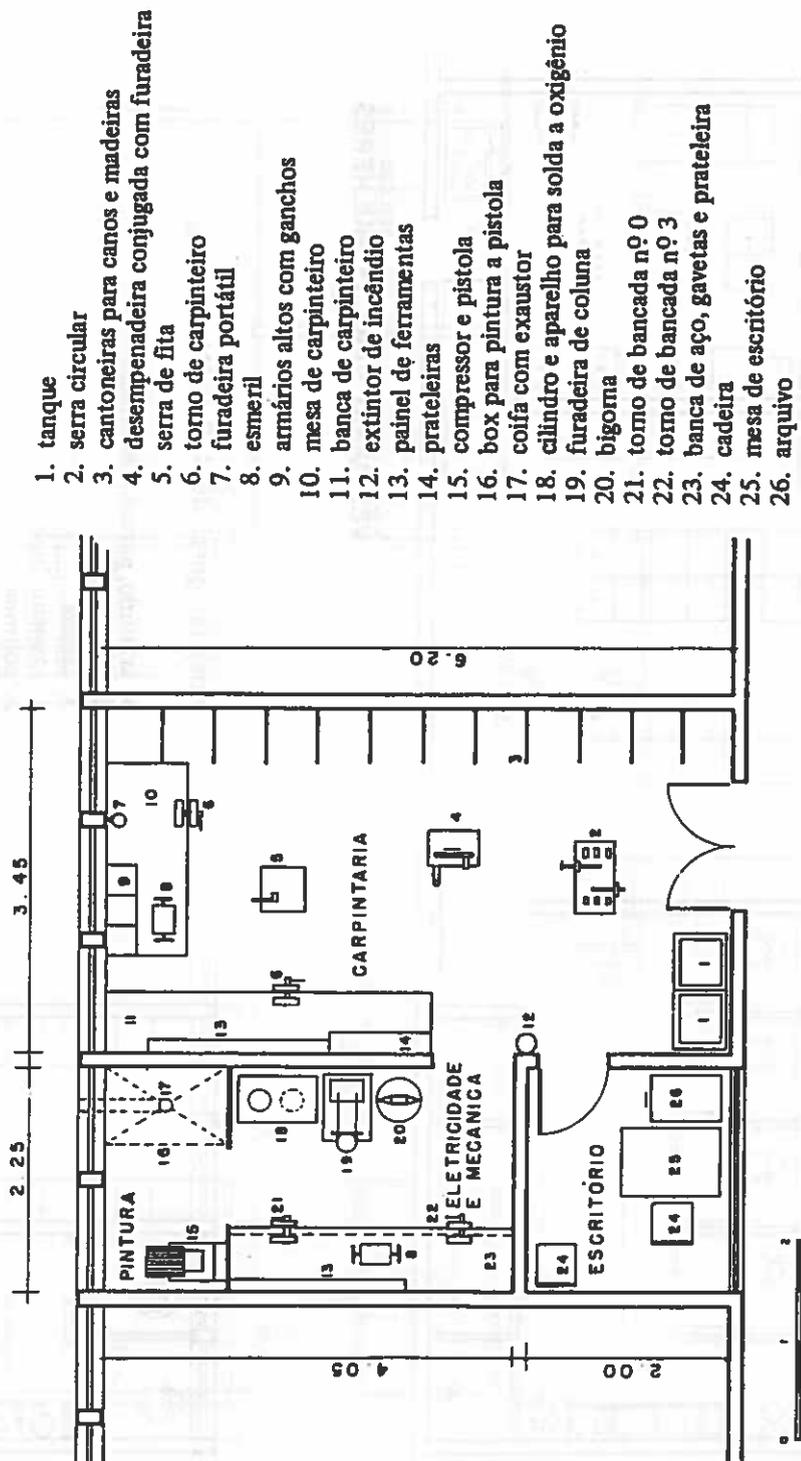
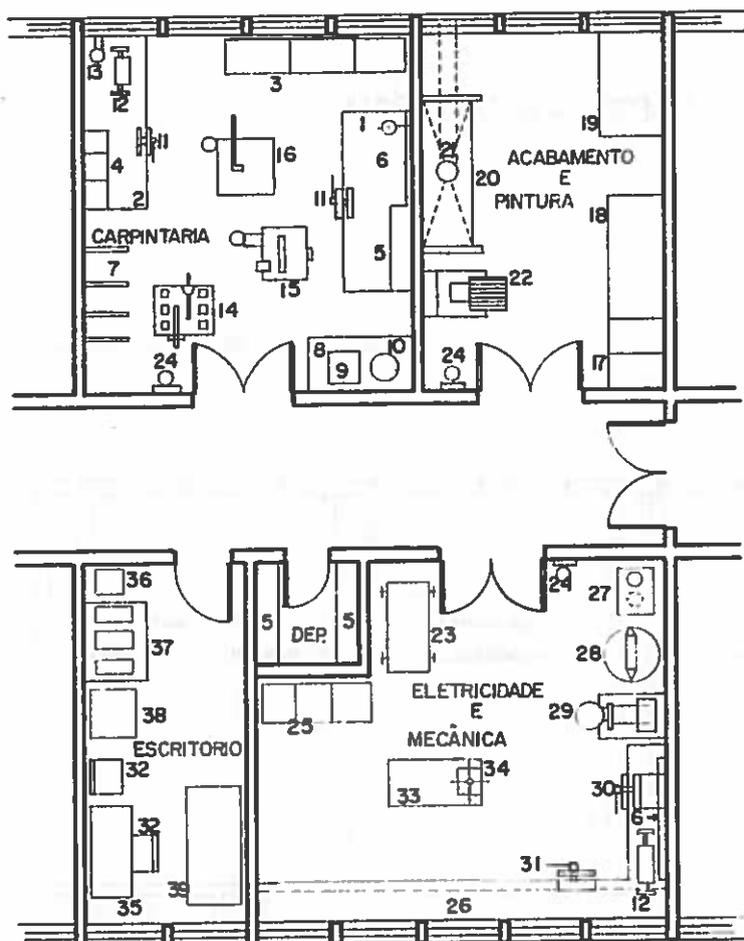


FIG. 35

OFICINAS



- | | |
|--|--|
| 1. BANCA DE CARPINEIRO | 14. SERRA CIRCULAR |
| 2. MESA DE 2,00 x 080 | 15. DESEMPENADEIRA CONJUGADA C/FURADEIRA |
| 3. ARMÁRIOS DE h=090 | 16. SERRA DE FITA |
| 4. ARMÁRIOS ALTOS C/GANCHOS | 17. ARMÁRIOS |
| 5. PRATELEIRAS | 18. PRATELEIRAS ATÉ 2,00 |
| 6. PAINEL DE FERRAMENTAS | 19. BANCA C/GAVETAS |
| 7. CANTONEIRAS P/DEPÓSITO DE MADEIRA | 20. BOX P/PINTURA A PISTOLA |
| 8. BANCA COM PRATELEIRA INFERIOR | 21. COIFA C/EXAUSTOR |
| 9. PIA | 22. COMPRESSOR E PISTOLA |
| 10. PIA | 23. CARRINHO DE SERVIÇO |
| 11. TÔRNO DE CARPINEIRO | 24. EXTINTOR DE INCÊNDIO |
| 12. ESMERIL | 25. ARMÁRIOS |
| 13. FURADEIRA PORTÁTIL | 26. BANCA DE AÇO, GAVETAS E PRATELEIRAS |
| 27. CILINDRO E APARELHO P/SOLDA A OXIGÊNIO | 34. TÔRNO PARA TUBOS |
| 28. BIGORNA | 35. MESA |
| 29. FURADEIRA DE COLUNA | 36. ESCANINHO P/ROUPAS |
| 30. TÔRNO DE BANCADA Nº 0 | 37. ARQUIVO DE FICHAS |
| 31. TÔRNO DE BANCADA Nº 3 | 38. ARQUIVO DE AÇO |
| 32. CADEIRA | 39. ESTANTE |
| 33. MESA COM TAMPO DE CHAPA | |

FIG. 36

POSTO DE SAÚDE

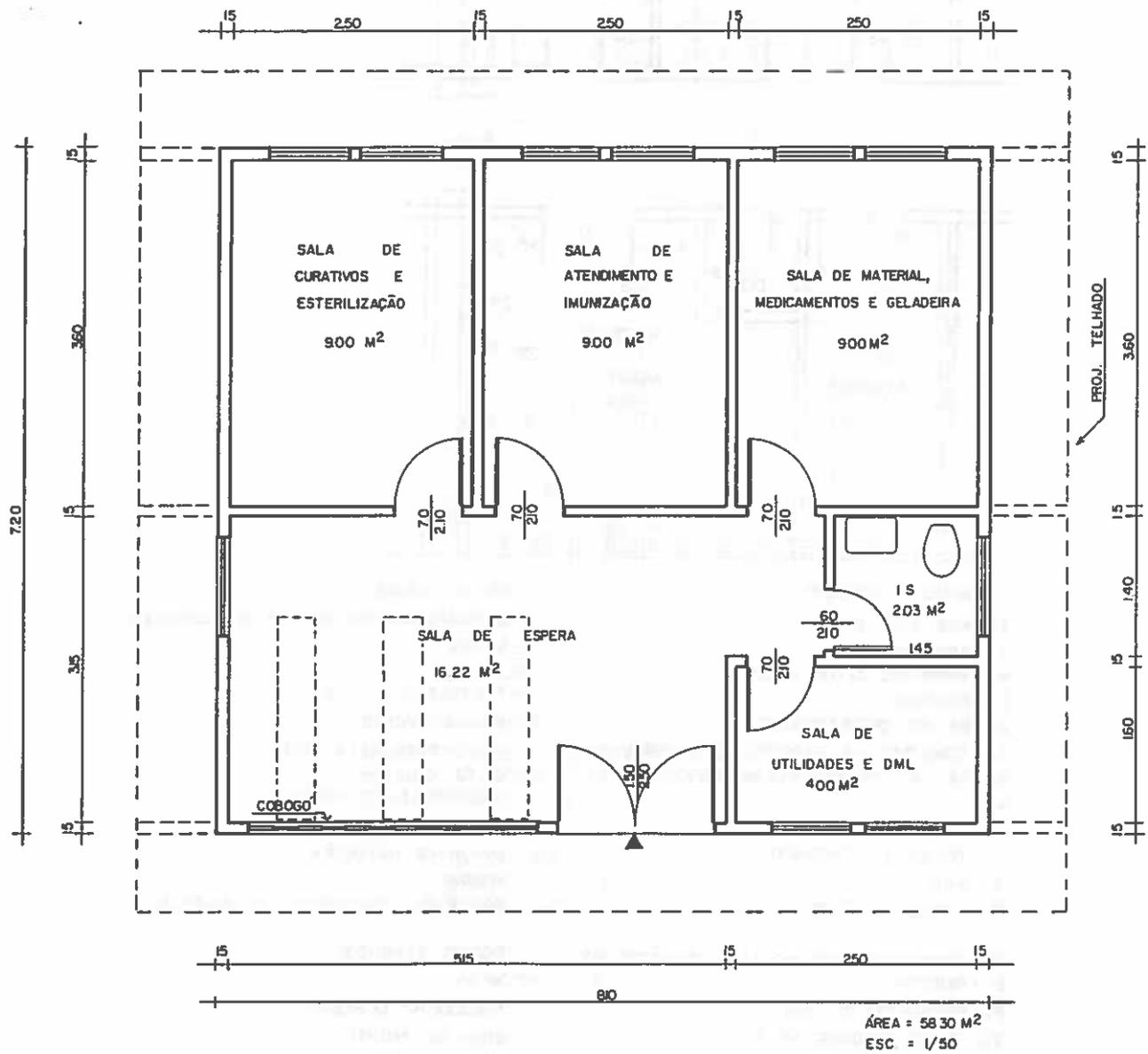


FIG. 37

CENTRO DE SAÚDE - TIPO I

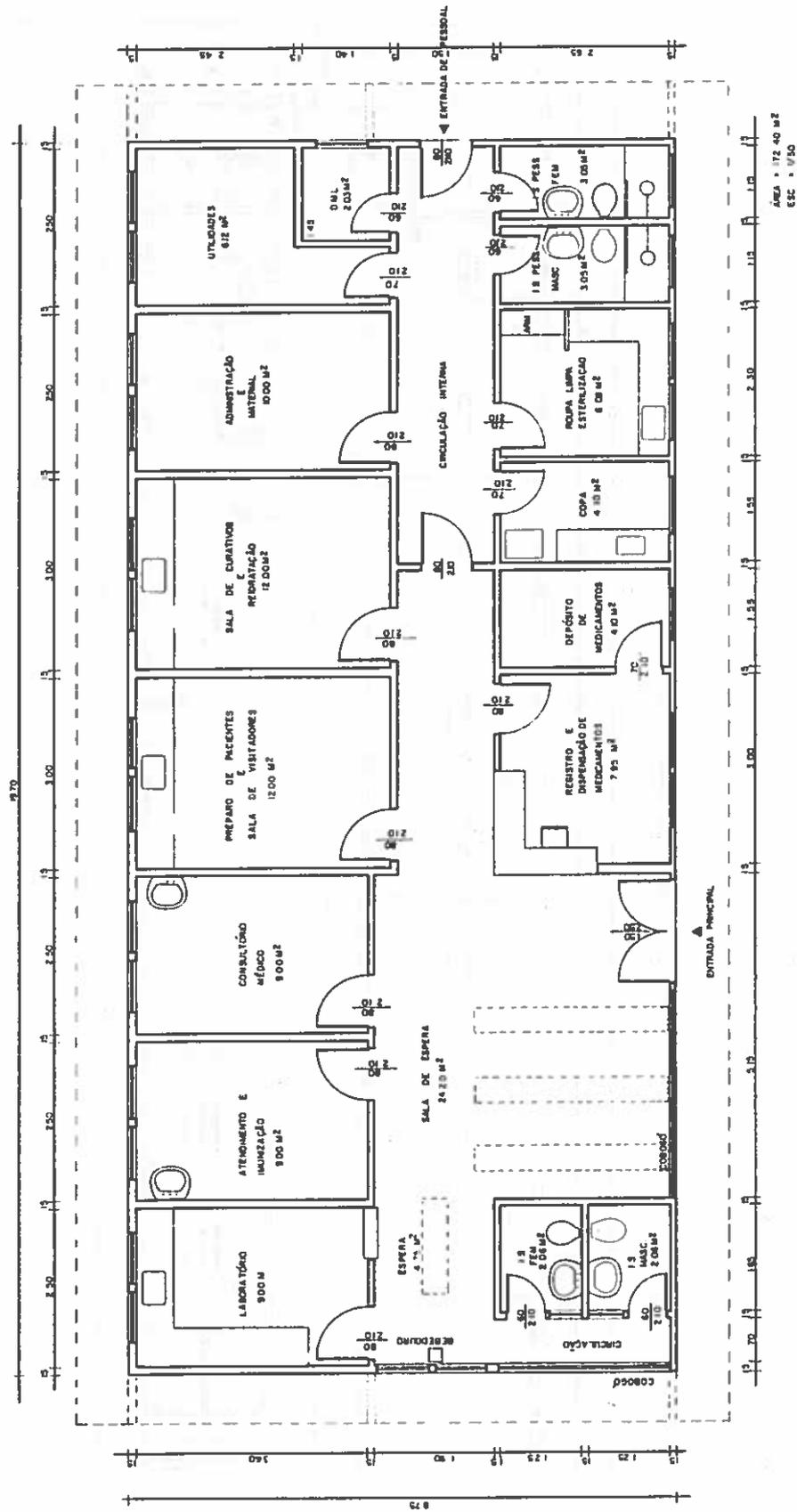


FIG. 38

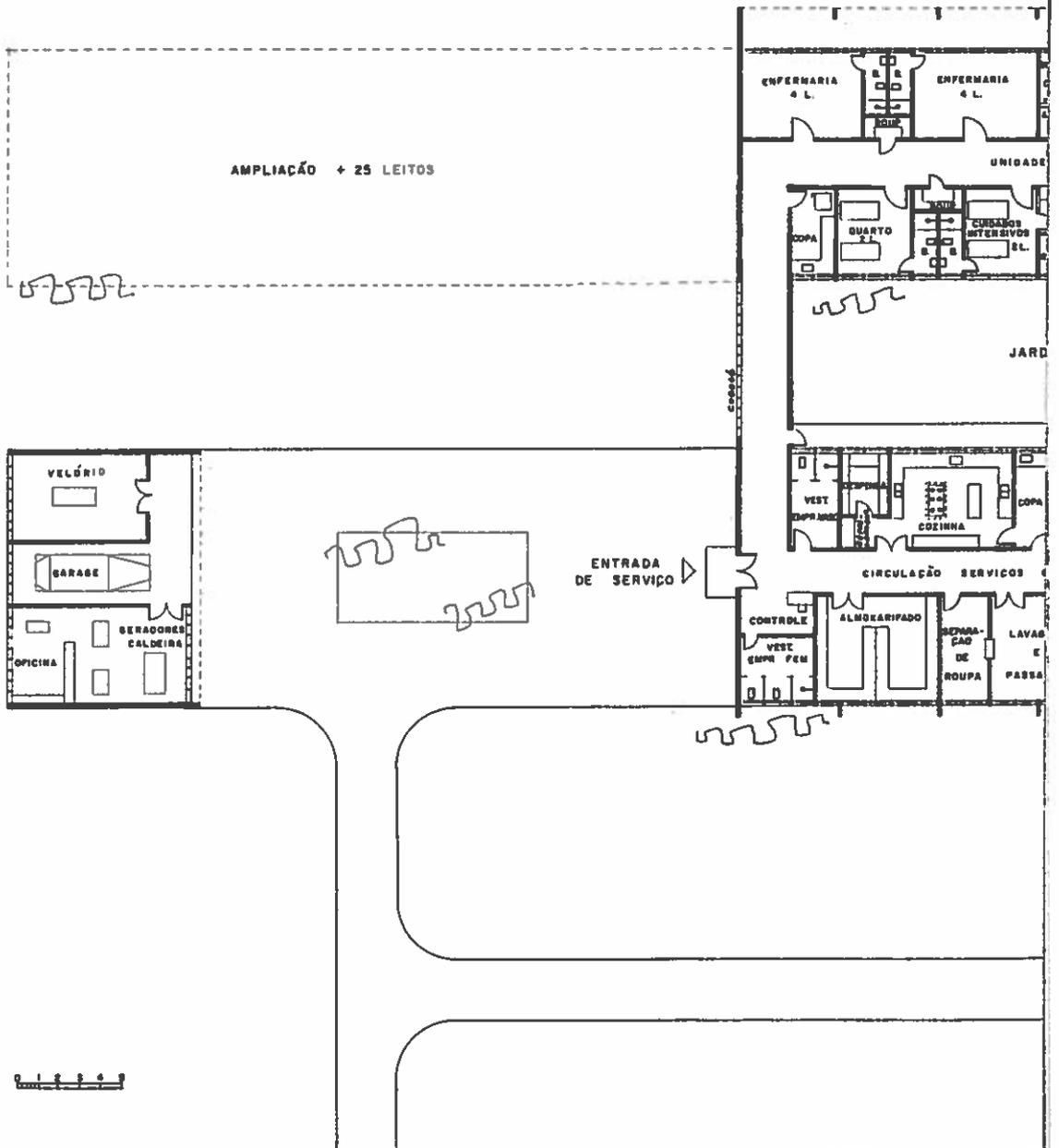
serão implantadas em regiões distantes e de poucos recursos é admitida a omissão de determinados elementos. É o que denominamos de concessões técnicas.

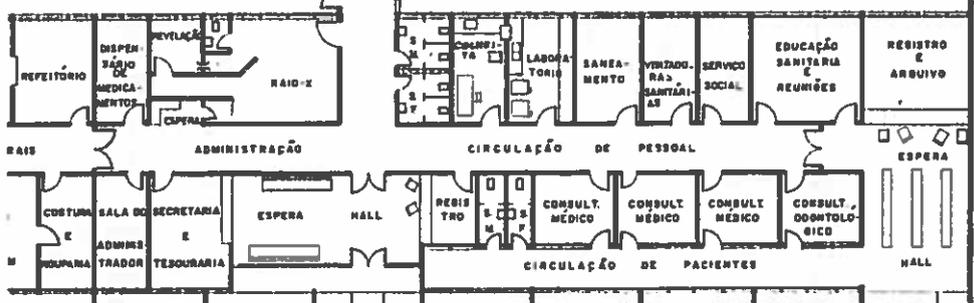
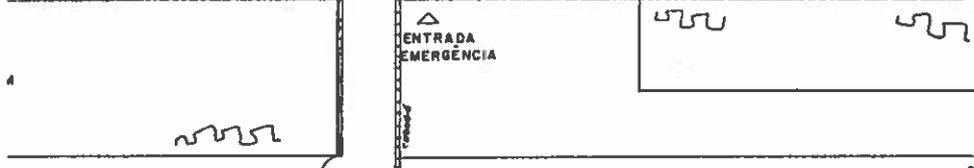
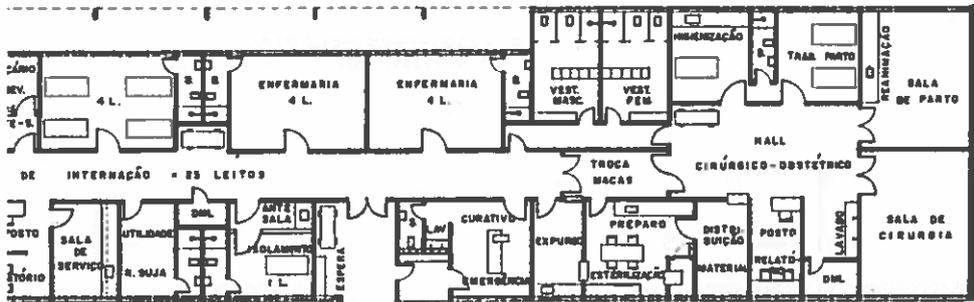
Essas concessões resultam tão somente de uma realidade. Que adiantaria exigir-se nas instalações físicas esta ou aquela área para uma determinada função, se sabemos de antemão que a localidade não conta com o pessoal necessário para desempenhar aquela função ou ainda com equipamento para ocupar aquela

área? É preciso observar, no entanto, que as concessões técnicas são permitidas apenas em regiões onde se verifica escassez de recursos, não se permitindo adotá-las em hospitais com capacidade acima de 50 leitos e que não contam com atividades de saúde pública.

Os programas básicos apresentados nos gráficos a seguir poderão variar de acordo com as necessidades e com os diversos fatores característicos de cada região.

UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE
25 LEITOS ÁREA TOTAL 1.540,00 M²





E — RESOLUÇÃO CIPLAN N.º 3, DE 25 DE MARÇO DE 1981

OS SECRETÁRIOS-GERAIS DOS MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, no desempenho de suas funções de Coordenadores da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), instituída pela Portaria Interministerial n.º 5, de 11 de março de 1980, tendo em vista proposta do grupo de trabalho interministerial designado pela Resolução CIPLAN n.º 23/80 e recomendação de aprovação pela Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde do Ministério da Saúde,

RESOLVEM:

1 — Aprovar as normas para a adequação e expansão da rede de atenção à saúde nas unidades federadas, em anexo.

2 — As presentes normas representam uma proposta de orientação a ser implementada, experimentalmente, pelo período de um ano e sujeita a reexame e aprimoramento com os subsídios e sugestões que advirão da prática.

SUMÁRIO

I — Critérios para identificação e dimensionamento das necessidades de adequação e expansão da rede dos estabelecimentos de saúde.

1. Diagnóstico.

2. Dimensionamento das necessidades.

II — Critérios para fixação dos limites de complexidade dos níveis de atenção à saúde.

1. Nível primário.

2. Nível secundário.

3. Nível terciário.

III — Estrutura do módulo de atenção.

IV — Tipos de estabelecimentos que comporão o sistema de atenção à saúde, segundo as atividades neles desenvolvidas.

1. Tipos de estabelecimentos.

2. Atividades típicas de cada estabelecimento.

3. Programa arquitetônico mínimo dos estabelecimentos.

V — Critérios para o dimensionamento das necessidades de recursos humanos e materiais para os estabelecimentos de saúde.

1. Recursos humanos.

2. Recursos materiais.

VI — Articulação funcional entre os estabelecimentos do módulo de atenção.

VII — Critérios de eleição de prioridades para expansão da rede.

ANEXOS

I — Estrutura do módulo de atenção para os agrupamentos populacionais de médio e grande portes.

II — Estrutura do módulo de atenção para populações dispersas e agrupamentos de pequeno porte.

III — Padrão de lotação de pessoal em posto de saúde, centro de saúde, ambulatórios.

IV — Padrão de lotação de pessoal para hospitais locais e o setor de internação de unidades mistas de acordo com o número de leitos.

V — Glossário.

I — CRITÉRIOS PARA IDENTIFICAÇÃO E DIMENSIONAMENTO DAS NECESSIDADES DE ADEQUAÇÃO E EXPANSÃO DA REDE DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

Os aspectos a serem considerados são:

DIAGNÓSTICO

Situação demográfica

Caracterização geográfica e vias de acesso

Capacidade física instalada

Recursos humanos

DIMENSIONAMENTO DAS NECESSIDADES

Atendimento elementar

Consulta médica

Consulta odontológica

Atendimento de urgência

Visita domiciliar

Vacinação

Leitos hospitalares

1. DIAGNÓSTICO

1.1. Situação demográfica

1.1.1. Levantar para a unidade federada as seguintes informações:

— população total;

— população urbana;

— população rural;

— população por faixa etária:

menores de 1 ano

1 a 4 anos

5 a 14 anos

15 a 44 anos

45 a 49 anos

50 e mais.

1.1.2. Levantar para cada município:

— população total;

— população urbana;

— população rural.

Para os dados populacionais utilizar o censo de 1980.

1.1.3. Levantar os principais agrupamentos populacionais a nível de município:

— zona rural — identificar pelos respectivos nomes todos os agrupamentos populacionais existentes na zona rural de cada município, com população estimada acima de 200 habitantes.

centros urbanos — zonear as periferias urbanas segundo suas concentrações populacionais, vias de acesso e acidentes geográficos. Estimar a população de cada agrupamento estabelecido.

1.2. Caracterização geográfica e vias de acesso

1.2.1. Levantar a área de cada município.

1.2.2. Distâncias

— Distâncias entre cada agrupamento populacional, sede de um estabelecimento de saúde ao agrupamento mais próximo que comportará uma unidade de maior complexidade (referência).

1.2.3. Vias de acesso

— Identificar as vias de acesso entre cada estabelecimento e seu sistema de referência. Associar a extensão da via com os meios de locomoção comumente utilizados. Estimar o tempo médio necessário para o deslocamento.

1.3. Capacidade física instalada

1.3.1. Levantar o número de postos de saúde federais, estaduais e municipais, por município, especificando para cada um:

— número de salas de atendimento.

1.3.2. Levantar o número de centros de saúde federais, estaduais e municipais, por município, especificando para cada um:

— número de consultórios médicos;

— número de gabinetes odontológicos;

— número de leitos de observação;

— existência de laboratório de análises clínicas;

— existência de unidade de radiodiagnóstico;

— existência de unidade de urgência.

1.3.3. Levantar o número de ambulatórios federais, estaduais e municipais, por município, especificando para cada um:

- número de consultórios médicos;
- números de gabinetes odontológicos;
- número de leitos de observação;
- existência de laboratório de análises clínicas;
- existência de unidade de radiodiagnóstico;
- existência de unidade de urgência.

1.3.4. Levantar o número de unidades mistas federais, estaduais e municipais, por município, especificando para cada uma:

- número de consultórios médicos;
- número de gabinetes odontológicos;
- número de leitos;
- existência de laboratório de análises clínicas;
- existência de unidade de radiodiagnóstico;
- existência de unidade de urgência.

1.3.5. Levantar o número de hospitais públicos federais, estaduais e municipais, por município, especificando para cada um:

- número de consultórios médicos;
- número de leitos de pediatria, gineco-obstetrícia, clínica cirúrgica, clínica médica, indiferenciados e de outras especialidades, se houver;
- existência de laboratório de análises clínicas;
- existência de unidade de radiodiagnóstico;
- existência de unidade de urgência.

1.3.6. Levantar o número de hospitais privados beneficentes, filantrópicos e lucrativos, por município, especificando para cada um:

- número de consultórios médicos;
- número de leitos de pediatria, gineco-obstetrícia, clínica médica, indiferenciados e de outras especialidades, se houver;
- existência de laboratório de análises clínicas (capacidade);
- existência de unidade de radiodiagnóstico;
- existência de unidade de urgência.

1.3.7. Identificar os estabelecimentos escolares do 1.º grau (1.ª à 8.ª série) com gabinetes odontológicos, por município.

Quantificar para cada estabelecimento o número de gabinetes.

1.3.8. Levantar o número de laboratórios públicos isolados, por município:

- número de laboratórios de análises clínicas;
- número de laboratórios de saúde pública.

1.4. Recursos humanos

1.4.1. Levantar o número e tipo de pessoal de nível elementar, por município, alocado em:

- postos de saúde federais, estaduais e municipais;
- centros de saúde federais, estaduais e municipais;
- ambulatórios federais, estaduais e municipais;
- unidades mistas federais, estaduais e municipais;
- hospitais gerais públicos federais, estaduais e municipais;
- hospitais gerais privados beneficentes, filantrópicos e lucrativos;
- laboratórios públicos.

1.4.2. Levantar o número de pessoal de nível médio, por município, alocado em:

- postos de saúde federais, estaduais e municipais;
- centros de saúde federais, estaduais e municipais;
- ambulatórios federais, estaduais e municipais;
- unidades mistas federais, estaduais e municipais;
- hospitais gerais públicos federais, estaduais e municipais;
- hospitais gerais privados beneficentes, filantrópicos e lucrativos;
- laboratórios públicos.

1.4.3. Levantar o número de pessoal de nível superior (médicos, odontólogos, enfermeiros e outros), por município, alocados em:

- centros de saúde federais, estaduais e municipais;
- ambulatórios federais, estaduais e municipais;
- unidades mistas federais, estaduais e municipais;
- hospitais gerais públicos federais, estaduais e municipais;
- hospitais gerais privados beneficentes, filantrópicos e lucrativos;
- laboratórios públicos.

2. DIMENSIONAMENTO DAS NECESSIDADES

2.1. Atendimento elementar

O dimensionamento das necessidades do atendimento elementar se fundamenta nas características populacionais do agrupamento-sede do posto. Este tipo de estabelecimento será implantado em área de população dispersa e municípios cujo maior agrupamento populacional não ultrapasse 20 000 habitantes (pequeno porte). A concentração utilizada é de 1,5 atendimento/habitante/ano.

A população mínima do agrupamento que comporta um posto de saúde é de 500 habitantes. Nos casos em que o agrupamento tiver menos de 500 habitantes considerar a população dispersa a ser coberta, pois, dependendo do seu número, poderá justificar-se a instalação do posto. Quando o agrupamento ultrapassar 2 000 habitantes, deverá ser considerada a possibilidade de implantação de um centro de saúde em lugar de posto. Para tal, outras variáveis deverão ser analisadas frente às realidades locais:

- número de habitantes dispersos (fora do agrupamento) na área programática do estabelecimento a ser implantado;
- distância e acessibilidade a outros estabelecimentos de maior complexidade (centro de saúde, ambulatório, unidade mista). A título de parâmetro, pode-se considerar o limite de três horas pelos meios habituais de locomoção;
- disponibilidade de recursos;
- número de postos a dar cobertura.

O dimensionamento das necessidades de atendimento elementar no centro de saúde deverá ser calculado conforme o estabelecido nos programas de saúde das unidades federadas.

2.2. Consulta médica

2.2.1. Consulta médica (geral e especialidades básicas)

Para dimensionamento das necessidades de consulta médica, considerar:

- número de habitantes do agrupamento-sede do centro de saúde, ambulatório geral ou da unidade mista;
- número de habitantes da área programática fora da sede do centro de saúde, ambulatório geral ou da unidade mista;

— concentração de duas consultas médicas/habitante/ano para população do agrupamento-sede do centro de saúde, ambulatório geral ou de unidade mista;

— concentração de uma consulta médica/habitante/ano para a população da área programática, fora da sede do centro de saúde, ambulatório geral ou da unidade mista;

— a proporção referida do centro de saúde para o ambulatório geral é estimada em 10% do volume total de consultas médicas.

Para o dimensionamento das necessidades de consultórios médicos, considerar que o seu rendimento é de 16 consultas/4 horas.

2.2.2. Consulta médica especializada

Para o dimensionamento das necessidades de consulta médica especializada, considerar o coeficiente de referência igual a 10% das consultas médicas gerais, como limite máximo.

Para o dimensionamento das necessidades de consultórios médicos para consulta médica especializada, considerar que o seu rendimento é de 16 consultas/4 horas.

2.3. Consulta odontológica

Deverá ser prevista a instalação de um gabinete odontológico em cada centro de saúde que atenda a população acima de 5 000 habitantes, em cada ambulatório geral e em ambulatórios de especialidades.

2.4. Atendimento de urgência

Para o dimensionamento das necessidades de atendimento de urgência, considerar:

- o número de atendimentos de urgência, é, em média, igual a 15% das consultas médicas gerais previstas para a população do agrupamento;
- a população mínima que comporta uma unidade de urgência é de 15 000 habitantes no agrupamento;
- a implantação do atendimento de urgência deverá ser sempre programada como parte integrante dos ambulatórios gerais, unidades mistas, hospitais locais e regionais;
- incidência de acidentes ou outros agravos que demandam o atendimento de urgência;
- distância e acessibilidade a outros estabelecimentos que desempenham atividades de urgência.

2.5. Visita domiciliar

O dimensionamento das necessidades de visita domiciliar deverá ser calculado conforme o estabelecido no programa de saúde, da unidade federada. Em se pensando em uma população dinâmica, deve-se considerar a necessidade de, no mínimo, um visitador/5 000 habitantes.

2.6. Vacinação

Para o dimensionamento das necessidades de vacinação, considerar para cada área programática de um estabelecimento o determinado no Programa Nacional de Imunizações (PNI).

2.7. Leitos hospitalares

Para o dimensionamento das necessidades de leitos, considerar:

— Unidade mista ou hospital local

2 leitos/1 000 habitantes do agrupamento-sede + 1 leito/1 000 habitantes da área programática fora da sede do estabelecimento.

— Hospital regional

2 leitos/1 000 habitantes urbanos da sede do município + 1 leito/1 000 habitantes rurais do município-sede + 1 leito/1 000 habitantes dos agrupamentos da área programática fora do município-sede + 0,5 leito/1 000 habitantes dispersos da área programática fora do município-sede.

A população mínima da área urbana onde se localiza um hospital regional não deve ser inferior a 20 000 habitantes.

II — CRITÉRIOS PARA FIXAÇÃO DOS LIMITES DE COMPLEXIDADE DOS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A determinação dos níveis de complexidade para a adequação e expansão da rede básica deverá fundamentar-se no grau de diferenciação das atividades desenvolvidas em cada um dos níveis estabelecidos: primário, secundário e terciário.

1. O nível primário caracteriza-se por atividades de promoção, proteção e recuperação, a nível ambulatorial desenvolvidas basicamente por pessoal elementar e médio, médicos generalistas e odontólogos. Os estabelecimentos que serão instalados neste nível de atenção serão os postos e centros de saúde. As atividades inerentes a este nível se agrupam em três áreas: saúde, saneamento e apoio diagnóstico.

1.1. A área de saúde engloba as seguintes atividades:

— controle de doenças transmissíveis;

— vigilância epidemiológica;

— educação em saúde;

— alimentação e nutrição;

— imunizações;

— saúde materno-infantil;

— saúde escolar;

— atendimento odontológico;

— primeiro atendimento aos agravos da saúde.

1.2. Para a área de saneamento deverá ser considerada, basicamente, a instalação e manutenção de melhorias sanitárias domiciliares relacionadas com água, dejetos, e lixo.

1.3. Na área de apoio diagnóstico deverá ser considerado que:

— a cobertura dada com unidades instaladas no próprio nível será apenas a de laboratório de patologia clínica;

— os tipos de exames a serem oferecidos neste nível serão mínimos, de modo a permitirem a resolução do atendimento da população nos programas desenvolvidos, associados aos necessários para a atenção às especialidades estratégicas de cada área;

— em princípio, admitir-se-á a instalação de laboratórios simplificados em cada centro de saúde do sistema, ressalvadas as situações peculiares dos centros urbanos que comportem uma regionalização dos laboratórios de patologia clínica.

As ações no nível primário têm caráter essencialmente dinâmico. Desta forma, torna-se indispensável a manutenção de visita domiciliar nas áreas de saúde e saneamento abrangendo a população local.

2. O nível secundário caracteriza-se por desenvolver, além das atividades do nível primário, atividades assistenciais nas quatro especialidades médicas básicas (com especialistas): clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica e especialidades estratégicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação.

Os estabelecimentos característicos deste nível são as unidades mistas, ambulatorios gerais, hospitais locais e hospitais regionais.

As atividades de apoio diagnóstico instaladas no nível secundário compreenderão as de laboratório de

patologia clínica e radiodiagnóstico. Para a primeira, admitir-se-á a instalação de laboratórios relativamente mais complexos que os do nível primário, objetivando auxiliar a resolução dos casos atendidos nas modalidades de atenção desenvolvidas. Neste caso, a exemplo do primeiro nível, deverá também ser considerada a viabilidade da regionalização dos laboratórios de patologia clínica. No caso de radiodiagnóstico deverá, quando instalado nos estabelecimentos deste nível, restringir-se aos exames factíveis com equipamentos convencionais, deixando a especialização para o nível seguinte.

Os estabelecimentos do nível secundário deverão reservar uma proporção suficiente de sua capacidade ambulatorial, de internação e de serviços de apoio para o atendimento dos casos referidos pelo nível primário.

3. O nível terciário caracteriza-se pela maior capacidade resolutive dos casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e de urgência. Os estabelecimentos instalados neste nível serão, basicamente, os ambulatórios de especialidades, hospitais especializados e os hospitais de especialidades.

III — ESTRUTURA DO MÓDULO DE ATENÇÃO

A prestação de serviços às populações será realizada pelo sistema, nos três níveis de complexidade, coordenados entre si para o atendimento harmônico e abrangente das necessidades de saúde da região a que serve.

Definem-se dois tipos de estruturas de módulos de atenção. Um primeiro, mais adequado para a atenção à saúde nos municípios com agrupamento(s) superior(es) a 20 000 habitantes, onde a grande densidade demográfica, a proximidade dos estabelecimentos do sistema e os níveis de necessidades das populações tornam desnecessária a existência das unidades elementares do tipo posto de saúde e das unidades mistas de saúde que, nestes centros, deverão ser substituídas pelos hospitais locais e centros de saúde (ANEXO I). O segundo modelo apresentado procura responder às necessidades, principalmente, de comunidades ainda descobertas de qualquer forma de atenção e demais municípios em que o maior agrupamento não ultrapasse 20 000 habitantes. Neste caso, o módulo de atenção, além dos centros de saúde, incorpora, no nível de atendimento primário, a assistência elementar formal, prestada

nos postos de saúde, e no secundário, as unidades mistas — estabelecimentos com internação geral de apoio direto ao nível primário (ANEXO II).

Em relação ao sistema de referência para internação, nas especialidades médicas básicas e estratégicas, entende-se que para os municípios com agrupamento(s) superior(es) a 20 000 habitantes não há necessidade da coexistência do hospital regional com o local. Nestes casos, os hospitais locais (nível secundário) representam a primeira linha da atenção do nível hospitalar e a referência se faz diretamente ao hospital de base (de especialidades ou especializado). Já para populações dispersas e municípios em que o maior agrupamento populacional não ultrapasse 20 000 habitantes, a grande distância do nível terciário (hospital de base e ambulatório de especialidades) torna imperiosa a existência dos hospitais regionais, além das unidades mistas, no nível secundário.

IV — TIPOS DE ESTABELECIMENTOS QUE COMPORÃO O SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE, SEGUNDO AS ATIVIDADES NELES DESENVOLVIDAS

1. Os estabelecimentos que comporão o sistema de atenção são:

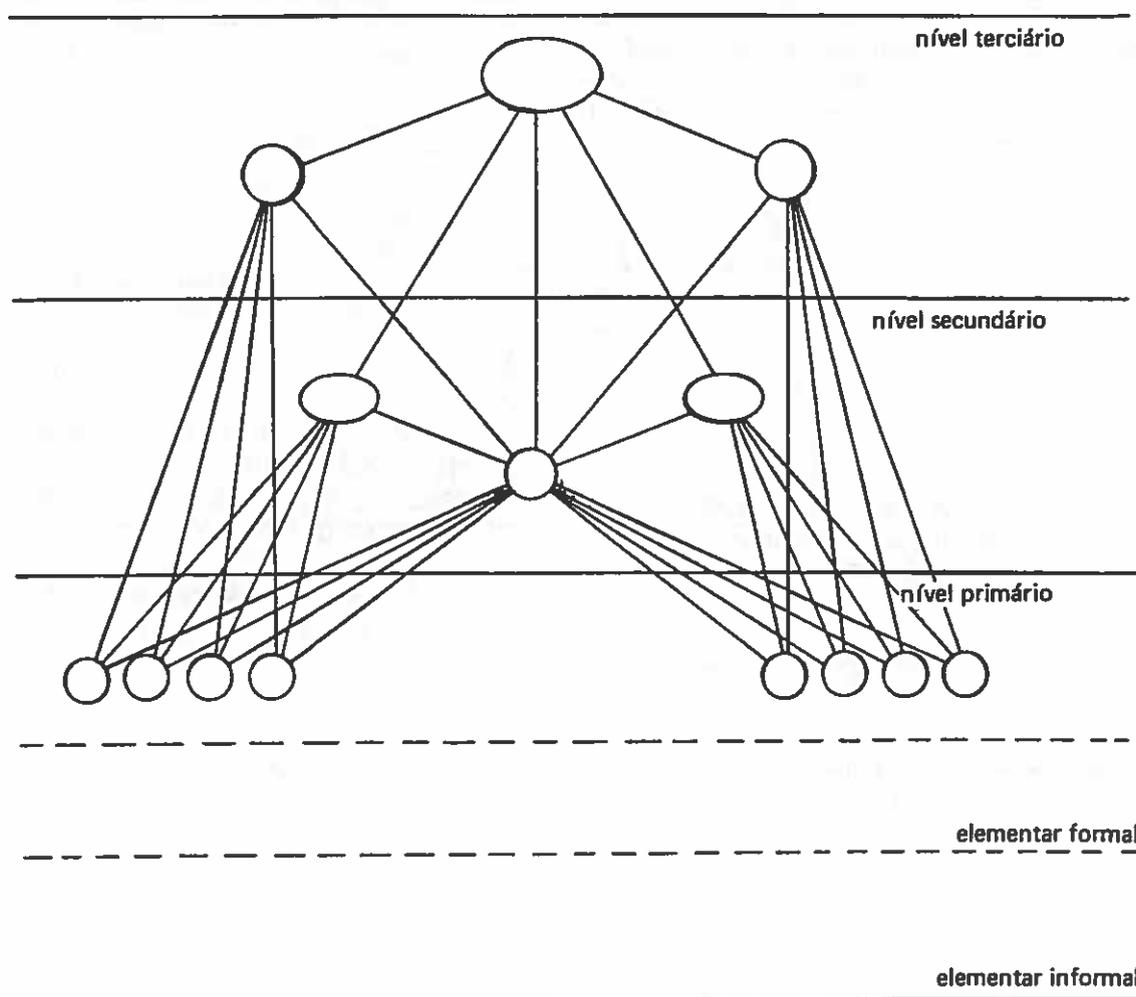
- posto de saúde;
- centro de saúde;
- ambulatório geral;
- unidade mista;
- hospital local;
- hospital regional;
- ambulatório de especialidades;
- hospital de base.

2. Atividades típicas desenvolvidas em cada estabelecimento do sistema

2.1 Posto de saúde

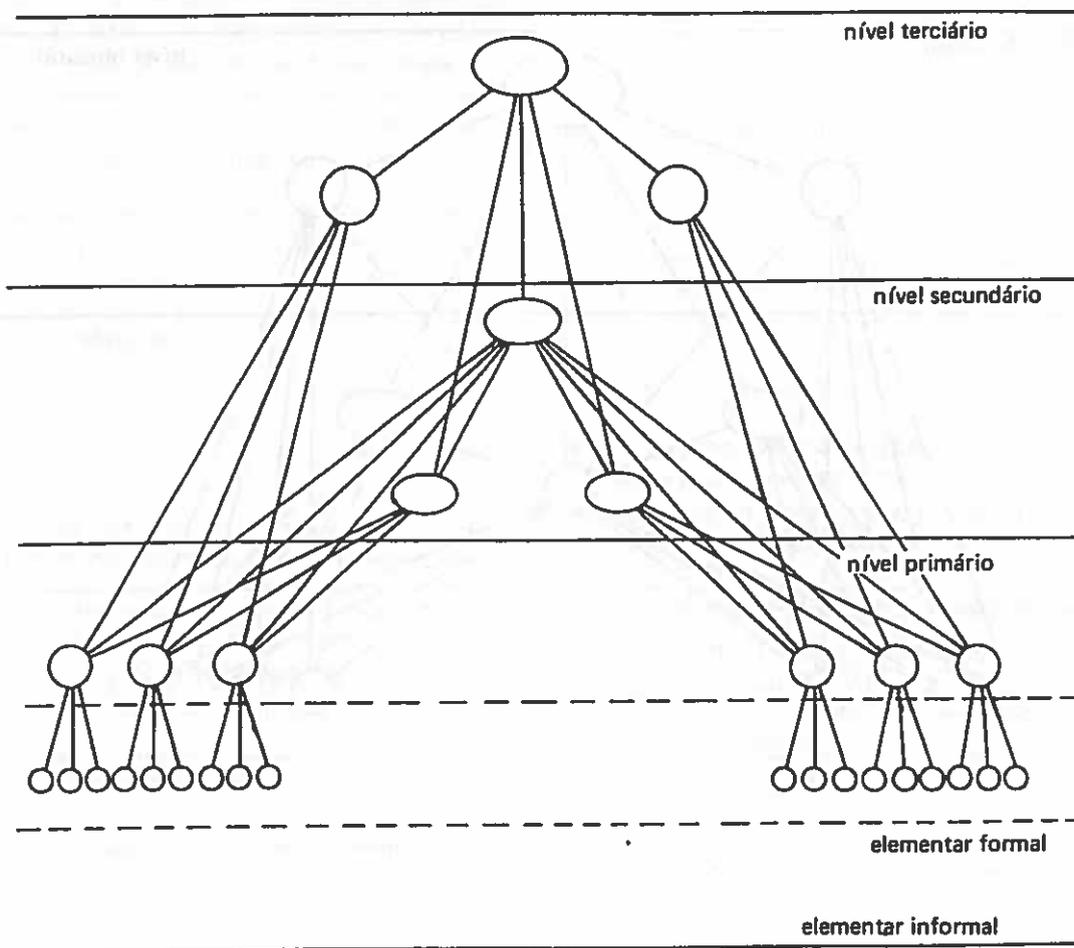
É o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médico-sanitária a uma população determinada, utilizando técnicas simplificadas e pessoal elementar. Está articulado com os centros de saúde, de quem recebe apoio e supervisão. Este tipo de estabelecimento presta apoio ao sistema de atenção informal e formal de maior penetração em área de população dispersa ou de pequenos núcleos. Como tal, desenvolverá atividades voltadas para a alimentação

ANEXO I
ESTRUTURA DO MÓDULO DE ATENÇÃO PARA
OS AGRUPAMENTOS POPULACIONAIS DE
MÉDIO E GRANDE PORTES



- Centro de Saúde
- Ambulatório geral
- Ambulatório de Especialidades
- Hospital Local
- Hospital de Base

ANEXO II
ESTRUTURA DO MÓDULO DE ATENÇÃO PARA
POPULAÇÕES DISPERSAS E AGRUPAMENTO
DE PEQUENO PORTE



-  Posto de Saúde
-  Centro de Saúde
-  Ambulatório de Especialidades
-  Unidade Mista
-  Hospital Regional
-  Hospital de Base

e nutrição, a área materno-infantil, tratamento de agravos simples, imunizações, educação para a saúde, fornecimento de medicamentos padronizados, colheita de material para exame de laboratório, vigilância epidemiológica e ações de saneamento elementar relacionado com a água, destino adequado dos dejetos e lixo.

2.2 Centro de saúde

É o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médico-sanitária a uma população determinada, tendo como característica o atendimento médico permanente nas quatro especialidades básicas, por médicos generalistas. Sua complexidade e dimensões físicas variam em função da magnitude da população a que serve. De acordo com a complexidade e tamanho, preconizam-se três tipos de centros (1, 2 e 3). O tipo 1 é concebido para ser instalado em agrupamentos de população compreendida entre 2 000 e 5 000 habitantes. As atividades desenvolvidas no tipo 1 são as mesmas descritas para o posto de saúde, acrescidas da consulta médica permanente e das de laboratório. Nos grandes centros urbanos poderá ser dispensada a instalação de laboratório na sua estrutura física, situação em que deverá dispor de unidades laboratoriais estrategicamente localizadas.

Os centros de saúde dos tipos 2 e 3 serão instalados, respectivamente, em agrupamentos com população compreendida entre 5 000 a 10 000 e 10 000 a 20 000 habitantes. As atividades desenvolvidas nestes centros de saúde serão as mesmas do tipo 1, acrescidas do atendimento odontológico.

Cabe aos centros de saúde supervisionar os postos de saúde de sua área programática.

Dependendo das peculiaridades locais, de apoio e referência, os centros de saúde poderão contar com leitos de observação.

2.3 Ambulatório geral

É o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica ambulatorial e odontológica, inclusive preventiva, a uma população determinada, tendo como característica o atendimento médico permanente nas quatro especialidades médicas básicas, por generalistas e/ou especialistas. O ambulatório geral poderá contar com leitos de observação.

Os ambulatórios gerais serão a referência dos centros de saúde da sua área programática, estimada em 10% do volume total de consultas nestes, além do componente de atendimento primário da população local.

De acordo com a complexidade das atividades e dimensão do espaço físico, preconizam-se dois tipos de estabelecimento: A e B. O ambulatório geral do tipo A foi dimensionado para agrupamentos populacionais de médio porte, e o tipo B, principalmente, para agrupamentos de grande porte. Como estabelecimento de nível secundário deverá operar como parte de uma rede, atendendo a referências do nível primário (centro de saúde). As atividades desenvolvidas pelo tipo A são as de assistência médica ambulatorial permanente, nas especialidades médicas básicas, e odontologia, executando ainda atividades de prevenção em relação à população local. Como apoio à atividade médica ambulatorial poderá contar com leitos de observação para até 12 horas. No tipo B as atividades desenvolvidas são as mesmas do tipo A acrescidas do atendimento de urgência nas 24 horas do dia. Para o apoio diagnóstico e terapêutico às atividades ambulatoriais e de urgência contarão com laboratório de patologia clínica, radiodiagnóstico, sala para procedimentos cirúrgicos e leitos de observação.

Os ambulatórios gerais deverão ser programados para responderem às necessidades de populações:

Ambulatório Geral A

até 6 000 habitantes locais + 30 000 a 50 000 referidos da área programática.

Ambulatório Geral B

de 6 000 a 10 000 habitantes locais + 50 000 a 80 000 referidos da área programática.

2.4. Unidade mista

É o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médico-sanitária e odontológica, em regime ambulatorial e de internação sob administração única. Tem como característica principal a existência da internação como modalidade de atendimento de apoio às atividades desenvolvidas no centro de saúde que a integra e nos da rede de serviços de sua área programática.

Seu componente ambulatorial apresenta características físicas e funcionais idênticas a um centro de saúde tipo 3. O componente de internação é concebido para atender às quatro especialidades médicas básicas e dar cobertura ao atendimento de urgência do próprio estabelecimento e àqueles referidos da área programática. A unidade mista como estabelecimento hospitalar deverá contar, ainda, com toda a infra-estrutura necessária para sua operação, de acordo com as normas vigentes para construções e instalações de serviços de saúde.

As atividades desenvolvidas pela unidade mista são as mesmas do centro de saúde tipo 3, acrescidas daquelas inerentes à internação nas especialidades médicas básicas. Como apoio diagnóstico deverá contar com laboratório de patologia clínica e radiodiagnóstico.

A unidade mista deverá ser programada para agrupamento de pequeno porte que ultrapasse o número de 10 000 habitantes. Deverão ainda ser considerados:

- número de habitantes dispersos (fora do agrupamento) na área programática do estabelecimento;
- distância e acessibilidade a outros estabelecimentos de maior complexidade;
- déficit de leitos na área programática;
- economia de recursos.

A unidade mista é um estabelecimento a ser utilizado especialmente em regiões onde a referência centro de saúde hospital local ou regional é difícil ou onerosa, representando o apoio à rede de serviços sob a coordenação do centro de saúde ao qual está vinculada.

2.5 Hospital local

É um estabelecimento destinado a prestar assistência médica, em regime de internação e urgência, nas quatro modalidades médicas básicas, para uma população de área geográfica determinada. Para os municípios com agrupamentos com mais de 20 000 habitantes, o hospital local será a primeira referência de internação. As unidades de internação deste estabelecimento são dimensionadas para atender nas quatro especialidades básicas (clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica) aos pacientes referidos dos centros de saúde e dos ambulatórios gerais de sua área programática, bem como oferecer cobertura ao atendimento de emergência desta mesma área.

O hospital local deverá contar ainda com infraestrutura mínima necessária à sua operação, de acordo com as normas vigentes de construções e instalações de serviços de saúde. Como apoio diagnóstico deverá contar com laboratório de patologia clínica e radiodiagnóstico.

2.6 Hospital regional

É o estabelecimento destinado a prestar assistência médica em regime de internação e emergência nas quatro especialidades médicas básicas, associadas

àquelas consideradas estratégicas e necessárias para sua área programática.

2.7 Ambulatório de especialidades

É um estabelecimento destinado a prestar assistência médica especializada, em regime ambulatorial, a uma população determinada, tendo como característica o atendimento médico permanente em uma ou mais especialidades, além das básicas e estratégicas.

2.8 Hospital de base

É o estabelecimento destinado a prestar assistência médica especializada, mais diferenciada, em regime de internação, aos pacientes referidos das áreas de menor complexidade do sistema.

2.9 Hospital especializado

É o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica em uma só especialidade em regime de internação e de emergência, aos pacientes referidos dos estabelecimentos de menor complexidade. O hospital especializado (uma só especialidade) funciona como o de base na sua especialidade.

3. Programa arquitetônico mínimo dos estabelecimentos do sistema e seu dimensionamento físico

3.1 Posto de saúde	m ²
— sala de espera	16
— sala para material, medicamentos e geladeira	9
— sala de atendimento e imunização	9
— sala de curativos e esterilização	9
— sala de utilidades e material de limpeza	4
— sanitário para público e pessoal (1) ...	2
Total de área útil	49

Observação: Para cumprimento dos programas do INAN, deverão ser previstas áreas para guarda e distribuição de alimentos. (Fig. 37).

3.2 Centro de saúde — Tipo 1

— sala de espera	25
— sanitário para público (2)	4
— registro e arquivo médico	8
— sala para administração e material	10
— consultório médico (1)	9
— sala para atendimento e imunização	9
— sala para preparo de pacientes e visitantes (2)	12

— sala para curativo e reidratação	12
— laboratório	9
— sala para dispensação de medicamentos	4
— sala para esterilização e roupa limpa	6
— sala para utilidades e despejo	6
— copa	4
— depósito de material de limpeza	2
— sanitário com chuveiro (2)	6
Total de área útil	126

Observação: Para cumprimento dos programas do INAN, deverão ser previstas áreas para guarda e distribuição de alimentos. (Fig. 38).

3.3 Centro de saúde — Tipo 2

— sala de espera	30
— sanitário para público (2)	4
— registro e arquivo médico	10
— sala para administração	12
— consultório médico (2)	18
— consultório odontológico (1)	9
— sala para atendimento e imunização	12
— sala para preparo de pacientes	8
— sanitário anexo à sala de preparo	2
— sala para curativo e reidratação	12
— laboratório	9
— sala para visitadoras (3)	12
— sala para dispensação de medicamentos	6
— sala para esterilização e roupa limpa	6
— sala para utilidades e despejo	6
— copa	4
— depósito de material e consumo	8
— depósito para material de limpeza	2
— vestiário para pessoal (2)	6
— sanitário anexo aos vestiários, com chuveiro (2)	6
Total de área útil	182

Observação: Para cumprimento dos programas do INAN, deverão ser previstas áreas para guarda e distribuição de alimentos. (Fig. 39).

3.4 Centro de saúde — Tipo 3

— sala de espera	40
— sanitário para público (2)	4
— sala para registro e arquivo médico	12
— sala para administração	12
— consultório médico (3)	27
— consultório odontológico (1)	9
— sala para atendimento	9
— sala para preparo de pacientes	8

— sanitário anexo à sala de preparo	2
— sala para imunização	9
— sala para curativo e reidratação	12
— laboratório	12
— sala para visitadoras (4)	16
— sala para dispensação de medicamentos	8
— sala para esterilização e roupa limpa	6
— sala para utilidades e despejo	6
— copa	4
— depósito de material de consumo	8
— depósito de material de limpeza	2
— vestiário para pessoal (2)	8
— sanitário anexo aos vestiários, com chuveiro (2)	6

Total de área útil

230

Observação: Para cumprimento dos programas do INAN, deverão ser previstas áreas para guarda e distribuição de alimentos. (Fig. 40).

3.5 Ambulatório — Tipo A

— sala de espera	40
— sanitário para público (2)	4
— sala para registro e documentação	12
— sala para administração (secretaria)	12
— consultório para clínica gineco-obstétrica (1)	9
— sanitário anexo ao consultório de gineco-obstetrícia	2
— consultório para clínica médica (1)	9
— consultório para clínica pediátrica (1)	9
— consultório para clínica odontológica (1)	9
— sala para curativo	12
— sala para observação de pacientes femininos (3 leitos)	19,50
— sanitário anexo à sala de observação de pacientes femininos	2
— sala para observação de pacientes masculinos (3 leitos)	19,50
— sanitário anexo à sala de observação de pacientes masculinos	2
— sala para observação e reidratação de pacientes infantis (leitos e berços)	15
— sanitário anexo à sala de observações infantis	2
— sala para serviço de esterilização (enfermagem)	8
— sala para imunização	9
— sala para visitadoras (4)	16

— sala para dispensação de medicamentos	8
— rouparia	4
— sala de utilidades e despejo	6
— copa	6
— depósito de material de consumo	8
— depósito para material de limpeza	2
— vestiário para pessoal (2)	8
— sanitário anexo aos vestiários, com chuveiro (2)	6
Total de área útil	259

Observação: Para cumprimento dos programas do INAN, deverão ser previstas áreas para guarda e distribuição de alimentos.

3.6 Ambulatório — Tipo B (com emergência)

— sala de espera	60
— sanitário para público (2)	4
— sala para registro e documentação	14
— sala para administração	16
— sala para chefia da unidade	9
— consultório para clínica gineco-obstétrica (1)	9
— sanitário anexo ao consultório da clínica gineco-obstétrica	2
— consultório para clínica médica (2)	18
— consultório para clínica pediátrica (2)	18
— consultório para clínica odontológica (1)	9
— sala para curativo	12
— sala para imunização	9
— sala para visitadoras (4)	16
— sala para dispensação de medicamentos	8
— rouparia	2
— sala de utilidade e despejo	4
— depósito de material de limpeza	2
— sanitário para pessoal (2)	4
Total de área útil	216

Emergência de 24 horas

— recepção e espera	24
— sanitário para público (2)	4
— sanitário para pessoal (1)	2
— sala para registro e matrícula	6
— sala de primeiro atendimento (consultório para atividades de 24 horas)	12
— sala para exame clínico e tratamento (2 boxes)	24
— sala para higienização	8
— sala para procedimentos cirúrgicos com	

área para lavabo...	16
— sala de estar e repouso para médicos	8
— sanitário anexo à sala de estar e repouso, com chuveiro	3
— laboratório com local para colheita	16
— sala para raios X transportável	16
— sanitário anexo à sala de raios X	2
— sala para câmara escura	4
— sala de serviço/posto	10
— expurgo	6
— rouparia	4
— depósito de roupa usada e despejo	4
— depósito de material de limpeza	2
— sala para observação de pacientes femininos (4 leitos)	24
— sanitário anexo à sala de observação de pacientes femininos	2
— sala para observação de pacientes masculino (4 leitos)	24
— sanitário anexo à sala de observação de pacientes masculinos	2
— sala para observação e reidratação de pacientes infantis (leitos e berços)	30
— sanitário anexo	2
— centro de material com locais para recepção e descontaminação, preparo, esterilização, guarda e distribuição de material	24
Total de área útil	279

Unidade de Apoio

— almoxarifado geral	16
— depósito de medicamentos	9
— lavanderia com locais para recepção e descontaminação, lavagem, passagem, costura e rouparia	24
— serviço de alimentação (copa)	12
— refeitório	10
— garagem	20
— quarto para plantão de motorista	6
— oficina de manutenção	10
— vestiários para pessoal (2)	24
— sanitário anexo aos vestiários, com chuveiro	6
Total de área útil	137

Observação: Para cumprimento dos programas do INAN, deverão ser previstas áreas para guarda e distribuição de alimentos.

3.7 Unidade mista

A área física destinada às atividades ambulatoriais deve ser dimensionada com as características idênticas a do centro de saúde tipo 3.

A ala hospitalar deve ser dimensionada de acordo com a necessidade calculada e em conformidade com as normas vigentes de construções e instalações de hospitais. (Fig. 41).

3.8 Hospital local

O dimensionamento físico de hospital local deve ser de acordo com a necessidade calculada e em conformidade com as normas vigentes de construções e instalações de hospitais.

3.9 Hospital de base

Será dimensionado de acordo com as exigências de sua complexidade.

V — CRITÉRIOS PARA O DIMENSIONAMENTO DAS NECESSIDADES DE RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS PARA OS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

1. Recursos humanos

Os recursos humanos serão dimensionados de acordo com os critérios que obedecerão a parâmetros estabelecidos em função do rendimento padronizado para cada membro da equipe.

A nível de centro de saúde, unidade mista e ambulatório geral dever-se-á guardar uma adequada proporção de pessoal auxiliar. A proporção de pessoal de nível superior não deverá ultrapassar 25% do total envolvido em atividades de assistência da unidade. Nesta proporção estão incluídos os elementos técnicos que exercerão atividades de supervisão às unidades mais simples da rede. ANEXOS III e IV: Modelos para lotação de pessoal

ANEXO III PADRÃO DE LOTAÇÃO DE PESSOAL EM POSTO DE SAÚDE, CENTRO DE SAÚDE, AMBULATÓRIOS

TIPO DE UNIDADE	PS	CS 1	CS 2	CS 3	AG A	AG B
PESSOAL						
Nível Superior						
Médico	—	1	2	3	3	9
Odontólogo	—	—	1	1	1	1
Enfermeiro	—	—	1	1	—	1
Assistente Social	—	—	—	—	1	1
Nível Médio						
— Técnico						
Serviços complementares	—	1	1	2	—	5
Saneamento	—	—	—	1	—	—
Administração	—	1	1	2	1	2
— Auxiliar						
Enfermagem	—	1	1	2	2	5
Serviços complementares	—	—	1	1	—	1
Saneamento	—	1	2	4	—	—
Administração	—	—	—	1	1	2
— Nível elementar						
Enfermagem	1	3	8	11	5	12
Serviços gerais	1	1	2	4	4	22
TOTAL	2	9	20	33	18	61

ANEXO IV

PADRÃO DE LOTAÇÃO DE PESSOAL PARA HOSPITAIS LOCAIS E O SETOR DE INTERNAÇÃO DE UNIDADES MISTAS DE ACORDO COM O NÚMERO DE LEITOS

PESSOAL	NÚMEROS DE LEITOS			
	10-19	20-29	30-39	40-50
Nível Superior				
Médico	2	2	2	2
Enfermeiro	1	1	1	1
Nível Médio				
— Técnico				
Serviços complementares	—	1	1	1
Administração	1	2	3	3
— Auxiliares				
Enfermagem	1	2	3	4
Serviços complementares	—	—	—	—
Administração	—	—	—	2
Nível Elementar				
Enfermagem	11	19	26	34
Serviços gerais	11	16	21	27
TOTAL	27	43	57	74

2. Recursos materiais

Os recursos materiais deverão ser dimensionados de acordo com a complexidade e o tamanho do estabelecimento.

VI — ARTICULAÇÃO FUNCIONAL ENTRE OS ESTABELECIMENTOS DO MÓDULO DE ATENÇÃO

A articulação funcional entre os estabelecimentos do sistema se fará de três formas:

1. articulação administrativa direta;
2. articulação técnica (programação, supervisão e avaliação);
3. referência de casos.

Articulação posto — centro de saúde

A relação entre posto e centro de saúde é de vinculação técnico-administrativa, ou seja, a programação, operação, supervisão, avaliação e apoio logístico dos postos estarão relacionados diretamente ao centro de referência. Todo esforço será feito no sentido de avaliar a carga administrativa dos postos, o que será conseguido com a simplificação de formulários e procedimentos adminis-

trativos e o máximo de repasse dessas atividades ao centro de saúde.

Entre o posto e centro de saúde deverá haver sistema formal de referência e contra-referência com definição clara das atividades a serem desenvolvidas a cada nível, bem como da complexidade dos atos.

Articulação centro de saúde — unidade mista

Os centros de saúde deverão ser administrativamente suficientes e se articularão programaticamente com a unidade mista a que estão relacionados. Entre estes estabelecimentos deverão ser caracterizados mecanismos formais de referência e contra-referência com definição clara e explícita dos agravos e situações a serem atendidas em cada nível e seu grau de complexidade. Os casos referidos e contra-referidos deverão estar sempre acompanhados de documentação adequada a ser anexada aos prontuários no centro de origem. Os dados essenciais das fichas individuais ou documentação correspondente, quando da internação, acompanharão o paciente à unidade hospitalar, retornando à unidade de saúde de origem quando da alta, em forma de resumo de internação. Buscar-se-á implantar ainda a identificação única do cliente no sistema, que incluirá referência sobre as principais ocorrências de interesse à saúde.

Articulação centro de saúde com ambulatório geral

Esta articulação dar-se-á quando a capacidade resolutive do centro o exigir. Dever-se-á fazer utilizando o instrumental já mencionado.

Articulação centro de saúde com unidade mista e ambulatório geral com ambulatório de especialidade ou hospital regional

Na forma anterior, referência e contra-referência por instrumentos formais.

Articulação hospital local com hospital de base; hospital regional com hospital de base e ambulatório de especialidade com hospital de base.

Será realizada a nível de referência e contra-referência, segundo instrumentos formais, conforme já descrito. Os módulos de atenção deverão dispor de mecanismo unificado de coordenação, supervisão e avaliação.

VII — CRITÉRIOS DE ELEIÇÃO DE PRIORIDADES PARA EXPANSÃO DA REDE

1. Municípios com maior agrupamento populacional até 20 000 habitantes.

— Instalar, inicialmente, os estabelecimentos do sistema que tenham característica, também, de apoio e referência, entendendo-se como apoio a capacidade de desenvolver atividades técnico-administrativas (de supervisão e coordenação, apoio médico assistencial e apoio diagnóstico) às unidades elementares (posto de saúde) da sua área programática e, como referência, a capacidade resolutive ou de encaminhamento de pacientes referidos pelos estabelecimentos mais simples. Desta forma, a expansão da rede deverá ser iniciada pelos centros de saúde e/ou unidades mistas.

— A escolha entre a implantação do centro de saúde ou da unidade mista dependerá das características geográficas e demográficas da área programática.

— Após a instalação de cada unidade suporte instalar-se-ão as unidades elementares correspondentes (posto de saúde).

— Implantada a rede básica, constituída de postos de saúde e centros de saúde e, em situações especiais, unidades mistas, iniciar-se-á a instalação dos hospitais regionais (de referência) previstos para a área programática.

2. Municípios com agrupamento(s) populacional(is) acima de 20 000 habitantes.

— A expansão deve ser iniciada pela instalação dos centros de saúde de cada área programática. Estes estabelecimentos constituirão a rede básica primária, uma vez que nestes agrupamentos populacionais não se justifica

a implantação de unidades elementares do tipo posto de saúde.

— Instalada a rede básica primária, iniciar-se-ão a implantação dos ambulatórios gerais e de especialidades e/ou hospitais locais de cada área programática.

— Quando não for viável a instalação, de imediato, da rede de centros de saúde, a implantação de ambulatórios gerais não deverá aguardar, necessariamente, a da rede básica primária. No entanto, seu dimensionamento deverá ser levado a efeito à luz da existência futura dos centros de saúde.

Obs.: 1 — A utilização de farmacêutico nas unidades deste nível do sistema dependerá da legislação vigente (federal e estadual).

2 — A lotação aqui apresentada pressupõe a carga horária de 8 horas diárias para todo o pessoal.

ANEXO V

GLOSSÁRIO

ACESSIBILIDADE

Possibilidade que oferecem os estabelecimentos de saúde para que uma população determinada faça uso dos mesmos. Resulta de uma combinação de fatores como os de ordem geográfica, econômica, cultural e legal.

AGRAVO SIMPLES DA SAÚDE

Situação de desequilíbrio na saúde de um indivíduo em que o grau de comprometimento permite que o pessoal de nível elementar atenda com êxito.

AGRUPAMENTO POPULACIONAL

Conjunto de pessoas que residem numa determinada área geográfica, em habitações que se localizam próximas umas das outras. O termo pode ser aplicado tanto para populações da zona rural como da urbana. Considere-se como sinônimos: localidade, povoado, vila e núcleo populacional.

AGRUPAMENTO POPULACIONAL DE PEQUENO PORTE

Aquele que apresenta uma população de até 20 000 habitantes.

AGRUPAMENTO POPULACIONAL DE MÉDIO PORTE

Aquele que apresenta uma população entre 20 000 e 50 000 habitantes.

AGRUPAMENTO POPULACIONAL DE GRANDE PORTE

Aquele que apresenta uma população acima de 50 000 habitantes.

ÁREA DE INFLUÊNCIA

Âmbito de onde procedem, com certa regularidade, pacientes que espontaneamente concorrem ao estabelecimento ou alguns de seus serviços. A área de influência, na prática, pode ser mais ampla, estar contida ou até mesmo coincidir com a área programática.

ÁREA PROGRAMÁTICA

Área geográfica definida, sobre a qual, após realização de um diagnóstico, se estabelece uma programação de saúde.

ARTICULAÇÃO LOGÍSTICA

Inter-relacionamento entre dois ou mais estabelecimentos de saúde, com a finalidade de suprir as necessidades de recursos materiais, humanos e financeiros, programados para a operação desses estabelecimentos.

ARTICULAÇÃO PROGRAMÁTICA

Inter-relacionamento funcional, entre dois ou mais estabelecimentos de saúde de uma ou mais instituições, determinado em programação unificada.

ASSISTÊNCIA MÉDICA PERMANENTE

Modalidade de atenção prestada por profissional médico, diariamente, em determinado estabelecimento de saúde.

ATENDIMENTO ELEMENTAR

Conjunto de ações, previamente padronizadas, prestadas por pessoal de nível médio ou elementar sob supervisão.

ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

Conjunto de ações empregadas para recuperação de pacientes cujos agravos à saúde necessitam de atenção imediata, por apresentarem risco de vida.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Conjunto de ações empregadas para recuperação de pacientes cujos agravos à saúde necessitam de atenção imediata.

COBERTURA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Oferta sistematizada de serviços básicos de saúde, que satisfaçam às necessidades de uma população determinada, proporcionada de forma contínua, em lugares geograficamente acessíveis e que garanta o acesso da população aos diferentes níveis de atendimento do sistema de serviços de saúde.

CONSULTA MÉDICA GERAL

Modalidade de atenção médica prestada nas quatro especialidades básicas, por médico generalista.

CONSULTA NAS ESPECIALIDADES MÉDICAS BÁSICAS

Modalidade de atenção prestada em uma das quatro especialidades básicas, por médicos especialistas.

CONTRA-REFERÊNCIA

Ato formal de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. A contra-referência do paciente deverá sempre ser acompanhada das informações necessárias ao seguimento do paciente no estabelecimento de origem.

ESPECIALIDADES MÉDICAS BÁSICAS

Clínica médica, clínica cirúrgica, gineco-obstetrícia e pediatria.

ESPECIALIDADES MÉDICAS ESTRATÉGICAS

Especialidades médicas que, em uma área geográfica determinada, assume maior importância frente à prevalência de patologias específicas.

LEITO DE OBSERVAÇÃO

Cama do estabelecimento destinada a acomodar os pacientes que necessitam ficar sob supervisão médica e de enfermagem para fins diagnósticos ou terapêuticos, durante um período inferior a 24 horas.

LEITO INDIFERENCIADO

Leito hospitalar destinado a acomodar pacientes, em regime de internação, de qualquer especialidade médica.

MÓDULO DE ATENÇÃO

Conjunto de estabelecimentos do sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado em três níveis de complexidade, capacitado para resolver todos os problemas de saúde da população da sua área programática. O que caracteriza realmente o módulo é a dependência funcional existente entre os estabelecimentos de um nível em relação aos dos outros níveis.

NÍVEIS DE COMPLEXIDADE

Limites utilizados para hierarquizar os estabelecimentos do sistema de prestação de serviços de saúde, segundo a diversificação das atividades prestadas, a profundidade de especialização das mesmas e a frequência em que ocorrem.

PESSOAL DE NÍVEL ELEMENTAR

Recursos humanos do sistema de prestação de serviços de saúde, alfabetizados, com nível de escolaridade inferior ou igual à 4.ª série do 1.º grau, especificamente treinados.

PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO-AUXILIAR

Recursos humanos do sistema de prestação de serviços de saúde, com nível de escolaridade igual à 8.ª série do 1.º grau, com treinamento ou profissionalização específica.

PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO-TÉCNICO

Recursos humanos do sistema de prestação de serviços de saúde, com nível de escolaridade igual ao 2.º grau completo, com profissionalização específica.

POPULAÇÃO DISPERSA

População residente numa área determinada, em habitações distantes uma das outras.

POPULAÇÃO LOCAL

Mesmo significado de população da sede do estabelecimento.

POPULAÇÃO DA SEDE DO ESTABELECIMENTO

População residente no agrupamento onde se localiza o estabelecimento de saúde.

PROGRAMA FÍSICO OU PROGRAMA ARQUITETÔNICO

Relação dos elementos que compõem cada unidade de um estabelecimento de saúde. Entende-se como elemento a área ou compartimento com finalidade determinada.

REFERÊNCIA

Ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade. A referência deverá sempre ser feita após a constatação de insuficiência de capacidade resolutive e segundo normas e mecanismos preestabelecidos.

TÉCNICA SIMPLIFICADA

Aquela preconizada a ser utilizada por pessoal de nível elementar objetivando a execução das atividades programadas para o posto de saúde.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	3
BASES LEGAIS	5
A – CONCEITOS E DEFINIÇÕES	9
I – TERMINOLOGIA FÍSICA	9
B – HOSPITAL GERAL DE PEQUENO E MÉDIO PORTES	13
II – LOCALIZAÇÃO ADEQUADA	13
III – ÁREAS DE CIRCULAÇÃO, EXTERNA E INTERNA	14
1. Circulação Externa	14
1.1 Entradas e Saídas	14
1.2 Locais de Estacionamento	14
2. Circulação Interna	14
2.1 Circulação Horizontal	14
2.2 Circulação Vertical	14
2.2.1 Escadas	14
2.2.2 Rampas	14
2.2.3 Elevadores	15
2.2.4 Monta-Cargas	15
2.2.5 Tubo de Queda	15
IV – ÁREA TOTAL CONSTRUÍDA	16
V – ACOMODAÇÃO DE PACIENTES	16
VI – LOCAIS PARA ADEQUADO ATENDIMENTO CLÍNICO, CIRÚRGICO E DE RECUPERAÇÃO DE PACIENTES	16
VII – INSTALAÇÕES SANITÁRIAS, ELÉTRICAS, MECÂNICAS E HIDRÁULICAS	16
VIII – INSTALAÇÃO PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES	16
IX – ÁREAS DESTINADAS À ALIMENTAÇÃO E AO LAZER DE PACIENTES	16

X – SERVIÇOS GERAIS ESPECIALIZADOS	16
1. Unidade de Administração	17
2. Unidade de Conforto do Corpo Clínico	17
3. Unidade de Arquivo Médico e Estatística	18
4. Unidade de Ambulatório	18
5. Unidade de Serviço Complementar, Diagnóstico e Tratamento	19
5.1 Unidade de Fisioterapia	19
5.2 Unidade de Hemoterapia	19
5.3 Unidade de Patologia Clínica	20
5.4 Unidade de Anatomia Patológica	20
5.4.1 Patologia Cirúrgica	20
5.4.2 Patologia de Necropsia	20
5.5 Unidade de Radiologia Clínica	21
5.6 Unidade de Eletrocardiografia	21
5.7 Dispensário de Medicamentos	21
6. Unidade de Internação Geral	22
7. Unidade de Bercário	23
8. Unidade de Lactário	24
9. Unidade de Pediatria	24
10. Unidade de Tratamento Intensivo	25
11. Unidade de Emergência	26
12. Unidade de Centro Cirúrgico	27
13. Unidade de Centro de Material	27
14. Unidade de Centro Obstétrico	28
15. Unidade de Internação para Doenças Mentais Agudas	29
16. Unidade de Serviços Gerais	31
16.1 Serviço de Alimentação	31
16.2 Lavanderia	31
16.3 Material	31
16.4 Vestiário para pessoal	31
16.5 Oficinas de manutenção	32
XI – DETALHES SOBRE OS TIPOS DE MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO E ACABAMENTO	33
1. Tetos, paredes e pisos	33
2. Esquadrias	34
3. Pé-Direito	34
4. Modulação	34
XII – SISTEMA DE SEGURANÇA CONTRA ACIDENTES E DE EMERGÊNCIA	35
XIII – INSTALAÇÕES PARA O DESTINO ADEQUADO FINAL DE DEJETOS	35
XIV – PORMENORES	35
A – Norma Técnica sobre Instalações Sanitárias	35
B – Norma Técnica sobre Instalações Elétricas	36
C – Norma Técnica sobre Instalações Elétricas em Casos Particulares	37
D – Norma Técnica sobre Instalações Hidráulicas	41
E – Norma Técnica sobre Caldeiras, Vapor e Condensado	41
F – Norma Técnica sobre Câmaras Frigoríficas	42

G	— Norma Técnica sobre Gás Combustível	43
H	— Norma Técnica sobre Oxigênio	43
I	— Norma Técnica sobre Vácuo Clínico	43
J	— Norma Técnica sobre Comunicação	44
L	— Norma Técnica sobre Ar Condicionado e Ventilação Mecânica	44
M	— Norma Técnica sobre Lixo	44
N	— Norma Técnica sobre Proteção e Combate a Incêndio	45
C	— UNIDADES SANITÁRIAS	47
I	— Unidades Sanitárias	47
1.	Posto de Saúde	47
2.	Centro de Saúde	48
II	— Unidade Mista	49
D	— ORIENTAÇÃO PARA APLICAÇÃO DAS NORMAS	51
I	— INTRODUÇÃO	51
1.	Aplicação das Normas	52
2.	Documentos Exigidos	52
3.	Como Examinar um Projeto	53
II	— LOCALIZAÇÃO ADEQUADA	54
1.	Situação	54
2.	Orientação	54
3.	Taxa de Ocupação	54
4.	Afastamentos Mínimos	54
5.	Modulação	55
III	— ÁREAS DE CIRCULAÇÃO EXTERNA E INTERNA	55
1.	Entradas e Saídas	55
2.	Locais de Estacionamento	55
3.	Circulações Horizontais	55
4.	Escadas	56
5.	Rampas	56
6.	Elevadores	56
7.	Monta-Cargas	56
8.	Tubos de Queda	56
9.	Cruzamento de Tráfegos	57
IV	— ÁREA TOTAL CONSTRUIDA	57
1.	Unidade de Administração	57
2.	Unidade de Conforto do Corpo Clínico	60
3.	Unidade de Arquivo Médico e Estatística	60
4.	Unidade de Ambulatório	62

5. Unidade dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Tratamento.....	65
5.1 Fisioterapia.....	65
5.2 Hemoterapia.....	65
5.3 Patologia Clínica.....	69
5.4 Anatomia Patológica.....	69
5.4.1 Patologia Cirúrgica.....	69
5.4.2 Patologia de Necropsias.....	69
5.5 Radiologia.....	71
5.6 Eletrocardiografia.....	71
5.7 Dispensário de Medicamentos.....	71
6. Unidade de Internação Geral.....	76
7. Unidade de Berçário.....	83
8. Unidade de Lactário.....	83
9. Unidade de Pediatria.....	83
10. Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).....	87
11. Unidade de Emergência.....	90
12. Unidade de Centro Cirúrgico.....	90
13. Unidade de Centro de Material.....	90
14. Unidade de Centro Obstétrico.....	94
15. Unidade de Internação para Doenças Mentais Agudas.....	94
16. Unidade de Serviços Gerais.....	98
16.1 Serviço de Alimentação e Refeitório.....	98
16.2 Lavanderia.....	99
16.3 Almoxarifado.....	106
16.4 Vestiário para Pessoal.....	106
16.5 Oficinas de Manutenção.....	106
V – UNIDADES SANITÁRIAS.....	103
1. Posto de Saúde.....	106
2. Centro de Saúde – Tipos 1, 2 e 3.....	106
3. Unidade Mista ou Integrada de Saúde.....	106
E – RESOLUÇÃO CIPLAN Nº 3, DE 25 DE MARÇO DE 1980.....	117
I – CRITÉRIOS PARA IDENTIFICAÇÃO E DIMENSIONAMENTO DAS NECESSIDADES DE ADEQUAÇÃO E EXPANSÃO DA REDE DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE.....	118
1. Diagnóstico.....	118
2. Dimensionamento das necessidades.....	120
II – CRITÉRIOS PARA FIXAÇÃO DOS LIMITES DE COMPLEXIDADE DOS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	121
1. Nível Primário.....	121
2. Nível Secundário.....	121
3. Nível Terciário.....	122
III – ESTRUTURA DO MÓDULO DE ATENÇÃO.....	122
IV – TIPOS DE ESTABELECIMENTOS QUE COMPORÃO O SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE, SEGUNDO AS ATIVIDADES NELES DESENVOLVIDAS.....	122

1. Os Estabelecimentos que Comporão o Sistema de Atenção 122
2. Atividades Típicas Desenvolvidas em Cada Estabelecimentos do Sistema 122
3. Programa Arquitetônico Mínimo dos Estabelecimentos do Sistema e seu Dimensionamento Físico 126

V – CRITÉRIOS PARA O DIMENSIONAMENTO DAS NECESSIDADES DE RECURSOS HUMANOS E MATERIAS PARA OS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE 129

1. Recursos Humanos 129
2. Recursos Materiais 130

VI – ARTICULAÇÃO FUNCIONAL ENTRE OS ESTABELECIMENTOS DO MÓDULO DE ATENÇÃO 130

1. Articulação Posto /Centro de Saúde 130
2. Articulação Centro de Saúde/Unidade Mista 130
3. Articulação Centro de Saúde/Ambulatório Geral 131
4. Articulação Hospital Local, Regional e Ambulatório/Hospital de Base 131

VII – CRITÉRIOS DE ELEIÇÃO DE PRIORIDADE PARA EXPANSÃO DA REDE 131

1. Municípios até 20.000 Habitantes 131
2. Municípios Acima de 20.000 Habitantes 131

ANEXOS:

- Anexo I – Estrutura do Módulo de Atenção Para os Agrupamentos Populacionais de Médio e Grande Portes . . . 123
- Anexo II – Estrutura do Módulo de Atenção Para Populações Dispersas e Agrupamento de Pequeno porte 124
- Anexo III – Padrão de Lotação de Pessoal em Posto de Saúde, Centro de Saúde, Ambulatórios 129
- Anexo IV – Padrão de Lotação de Pessoal Para Hospitais Locais e o Setor de Internação de Unidades Mistas de acordo com o Mínimo de Leitos 130
- Anexo V – Glossário 131

MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE