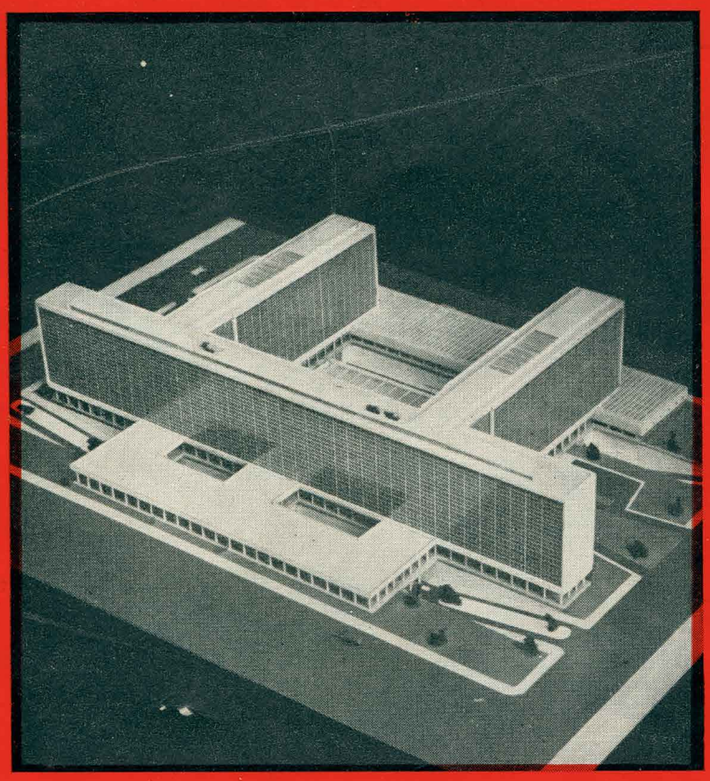
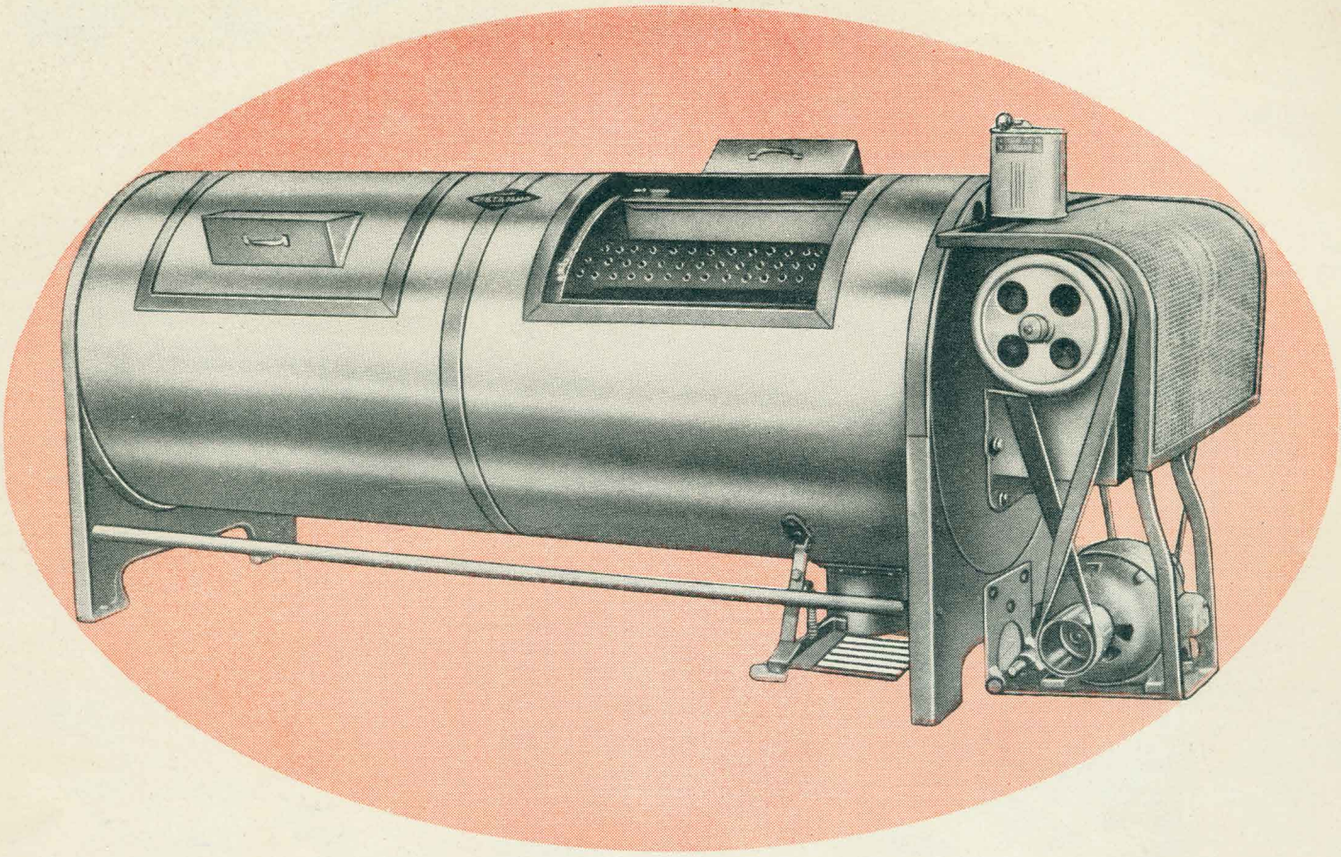
IPH

Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares



hospital de hoje

VOLUME 3 SEGUNDO TRIMESTRE DE 1956



FABRICANTES ESPECIALIZADOS EM LAVANDERIAS HOSPITALARES

Máquinas de lavar, extratores, centrífugas, Secadores rotativos, Calandras e Acessórios

Castanho & Filhos S/A

COMERCIO E INDÚSTRIA

Rua Clelia, 98 — Tel. 51-3962 — End. Telegr. "Castanho" (Cod. Mascote) — S. PAULO

Representantes: RIO DE JANEIRO: **Alfredo Rodrigues Ferraz** — Rua Almirante Barroso, 90 — 11.° — Andar — Sala 1107 — Telefones: 42-5529 e 47-3835

CURITIBA: **Com. e Repres. Cunha Ltda.** — R. Mons. Celso, 221 — 6.° — conj. 602/603 Fone: 3044

BELÉM (Pará): **Miranda & Cia.** — Trav. C. Sales, 101

RECIFE (Pernambuco): **Irmãos Julião Ltda.** — Av. Guararapes, 50 — 6.° — s/625

BELO HORIZONTE: **E. Marinho S/A** — Av. Paraná, 170/180 — Tel.: 2-0484

PÔRTO ALEGRE: **Ary Vicente Boller** — R. Pinto Bandeira, 350 — 1.° — s/5

RIO GRANDE (R. G. Sul): **A. A. Asti** — Rua Riachuelo, 197

MAIS DE 30.000 APARELHOS EM SERVIÇO NO MUNDO INTEIRO

ÚNICOS FABRICANTES LICENCIADOS
REPRESENTANTES EXCLUSIVOS NO BRASIL

MICRONAL

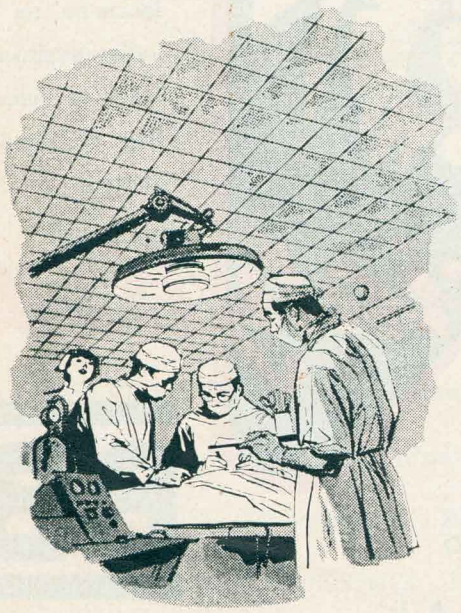
SOCIEDADE NACIONAL DE TÉCNICA DE PRECISÃO LTDA.

Avenida João Dias, 3505 — Telefone: 61-8035 — SÃO PAULO

Para cada problema do seu hospital...

Silêncio! Espaço! Calor! Confôrto!

...uma Solução EUCATEX



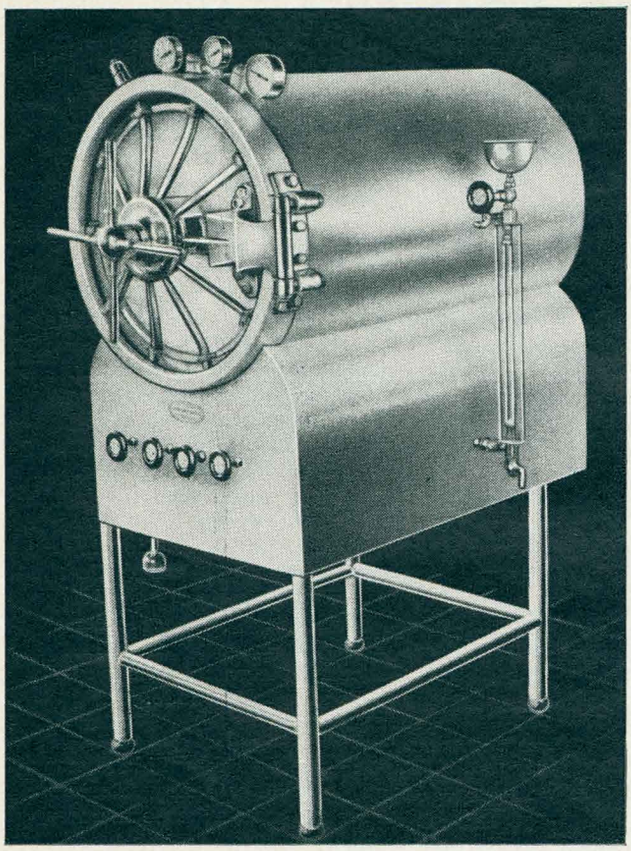
Forros e paredes de Eucatex Acústico reduzem os ruídos externos e absorvem os internos, proporcionando confôrto acústico. Paredes e divisões de Eucatex Durotermic, leves e acústicas, resolvem o problema do espaço porque são de montagem e desmontagem simples, removíveis e reaproveitáveis. Eucatex Isolante dá paredes divisórias permanentes; quando colocado sob os tacos do piso, evita a passagem de ruídos de um pavimento para o outro e, no fôrro, evita a penetração do calor. Tôdas as soluções Eucatex são de aplicação simples, econômica e rápida... permitem condições higiênicas perfeitas e possuem notáveis propriedades isolantes, que equilibram a temperatura, proporcionando confôrto térmico.

Sem compromisso, nosso Departamento de Engenharia estudará os problemas do seu hospital e lhe indicará a solução Eucatex mais prática e mais econômica. Visite, telefone ou escreva-nos!

EUCATEX S.A. INDÚSTRIA E COMÉRCIO

Avenida Francisco Matarazzo, 530 – Tel.: 52-9146 – Caixa Postal, 1683 – São Paulo

O MÁXIMO EM ESTERILISAÇÃO
AUTOCLAVES PARA HOSPITAIS



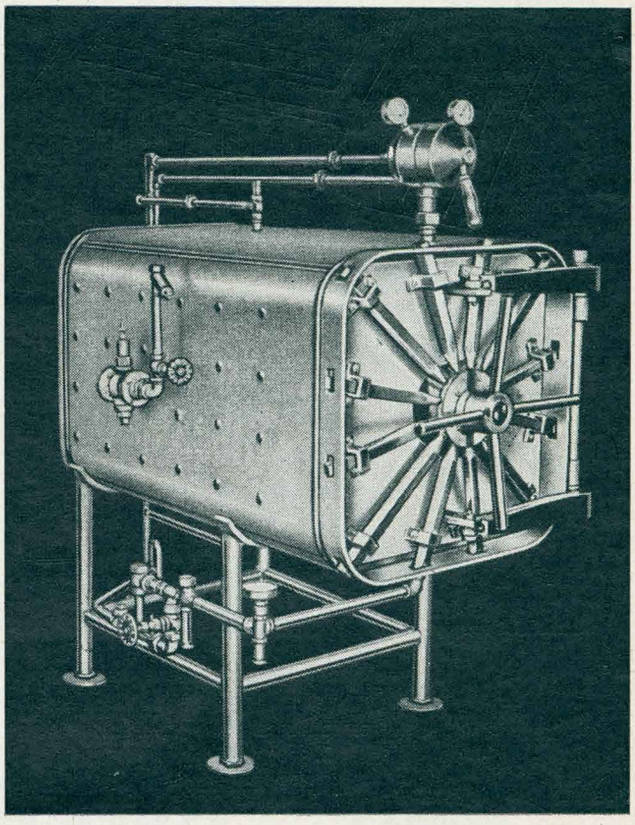
Pontos essenciais

Segurança :
Testados para oferecer absoluta segurança

Qualidade :
Fabricados pela técnica mais moderna, material das melhores procedências

Esterilizações perfeitas :
Devido ao seu sistema de distribuição de calor a esterilização é perfeita

Manejo fácil :
1 válvula para tôdas as operações



Fabricamos

Autoclaves horizontais, cilíndricos, retangulares e verticais em cobre ou aço inoxidável. Esterilizações completas e móveis hospitalares.

IBACLI S. A.

INDÚSTRIA BRASILEIRA DE APARELHOS CIENTÍFICOS

INDÚSTRIA E COMÉRCIO

Rua Nicolau Ancona Lopes, 47-65 — Tel.: 32-1652 — End. Telegr.: IBACLI — SÃO PAULO

Ar condicionado, refrigeração e ventilação para hospitais

Êstes são os três requisitos de maior importância nos modernos hospitais. São indispensáveis para completar as condições de segurança, higiene e confôrto, imprescindíveis aos doentes e ao desempenho eficiente das múltiplas atividades hospitalares.

AR CONDICIONADO - É necessário nas salas de operação para regular a umidade do ar e reduzir a eletricidade estática que pode provocar a explosão dos gases anestésicos inflamáveis. Contribui também para a redução do pó, das bactérias e dos ruídos prejudiciais, propiciando condições ideais de higiene e confôrto para os delicados trabalhos cirúrgicos. Nos berçários, mantém o ar puro, a temperatura e a umidade adequadas ao rápido vingamento dos recem-nascidos, cujo metabolismo é por êle facilitado. Nos quartos, segundo as estatísticas, encurta o tempo de convalescença dos internados. Os anfiteatros, para aulas e conferências, também se tornam mais saudáveis com o uso do ar condicionado.

REFRIGERAÇÃO - De grande utilidade nas copas e cozinhas, pois não só conserva os alimentos como permite a aquisição de maiores quantidades de gêneros. É usada nos laboratórios para preservação de remédios e produtos químicos e também na conservação de peças anatômicas e em câmaras frigoríficas para cadáveres. Além dessas aplicações, o gêlo em flocos é empregado nas amputações e para resfriamento com bolsas.

VENTILAÇÃO - Nas cozinhas, lavanderias, laboratórios, salas de máquinas, porões etc., elimina a fumaça, os vapores de água, os odores desagradáveis, os gases tóxicos, o pó, reduzindo o calor gerado no ambiente e proporcionando melhores condições de confôrto para a execução de todos os serviços. A conservação do equipamento e do recinto se torna muito mais simples.

Representamos, com exclusividade, no Brasil, a YORK CORPORATION, dos Estados Unidos, uma das maiores fábricas do mundo em ar condicionado e refrigeração. Nossa secção especializada oferece, sob solicitação, estudos e orçamentos para os serviços mencionados.

BYINGTON & C.IA.

São Paulo - Rua Barão de Itapetininga, 140 - 6.º andar - telefone 35-1787
Rio de Janeiro - Rua Pedro Lessa, 35 - telefone 42-4055

BELÉM • RECIFE • BELO HORIZONTE • SANTOS • CURITIBA • PÔRTO ALEGRE

CASA LOHNER S. A. Médico-Técnica

Matriz: Rio de Janeiro

Aparelhos de Raios X e Eletricidade Médica — Esterilizadores e Instrumentos Cirúrgicos — Equipos e Instrumentos Dentários — Material de Laboratório — Cinefoto e Ótica.

DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS DE:

Siemens Reiniger Werke Aktiengesellschaft - Erlangen
Aktiebolaget ELEMA, Estocolmo - Suécia
Quarzlampen Gesellschaft m. b. b., Hanau

Richard Wolf G.m.b.H., Knittlingen, Wttbg.
Schuster & Schmidt G.m.b.H., Schweinfurt
Chr. Beck & Soehne K.G., Kassel
Paul Ritzau, Pari-Werk, Starnberg
Elektro Hygiene, Stuttgart
Kindermann & Co. G.m.b.H., Ochsenfurt
F. Walter Haenel, Munique
E.F.G. Küster G.m.b.H., Berlim
Klimatechnische Gesellschaft, Frankfurt a. Main
Fritz Schwarzer G.m.b.H., Munique

FILIAIS, AGENTES E REPRESENTANTES:

São Paulo — Pôrto Alegre — Recife — Belo Horizonte — Curitiba — Salvador — Vitória — Fortaleza — Belém — Manáus — S. Luiz — Terezina — Natal — Maceió — Varginha — Ubá — Blumenau — Ribeirão Preto — Bauru.

MAICO S/A INDÚSTRIA E COMÉRCIO

ENDERÊÇO TELEGRÁFICO: "MAICOL"

EUCATEX para:

- FORROS E PAREDES
- TRATAMENTO ACÚSTICO
- REVESTIMENTOS E DECORAÇÕES
- TAPUMES
- PISOS
- FORMAS DE CONCRETO

TELHAS ONDULADAS de

- ALUMÍNIO
- FIBRO-CIMENTO

DEHYDOL

- PLASTIFICANTES PARA CONCRETO E CIMENTO

FECHADURAS "LOCKWELL"

ASFALTADORA BRASILEIRA LTDA.

ENDERÊÇO TELEGRÁFICO: "ASFALTADORA"

IMPERMEABILIZAÇÃO

TERRAÇOS — SUB-SOLOS — PONTES — VIADUTOS

PAVIMENTAÇÃO ASFÁLTICA

ARMAZENS — PLATAFORMAS — INDÚSTRIAS

ISOLAÇÃO TÊRMICA

LAGES — COBERTURAS E OUTROS FINS

MATERIAIS

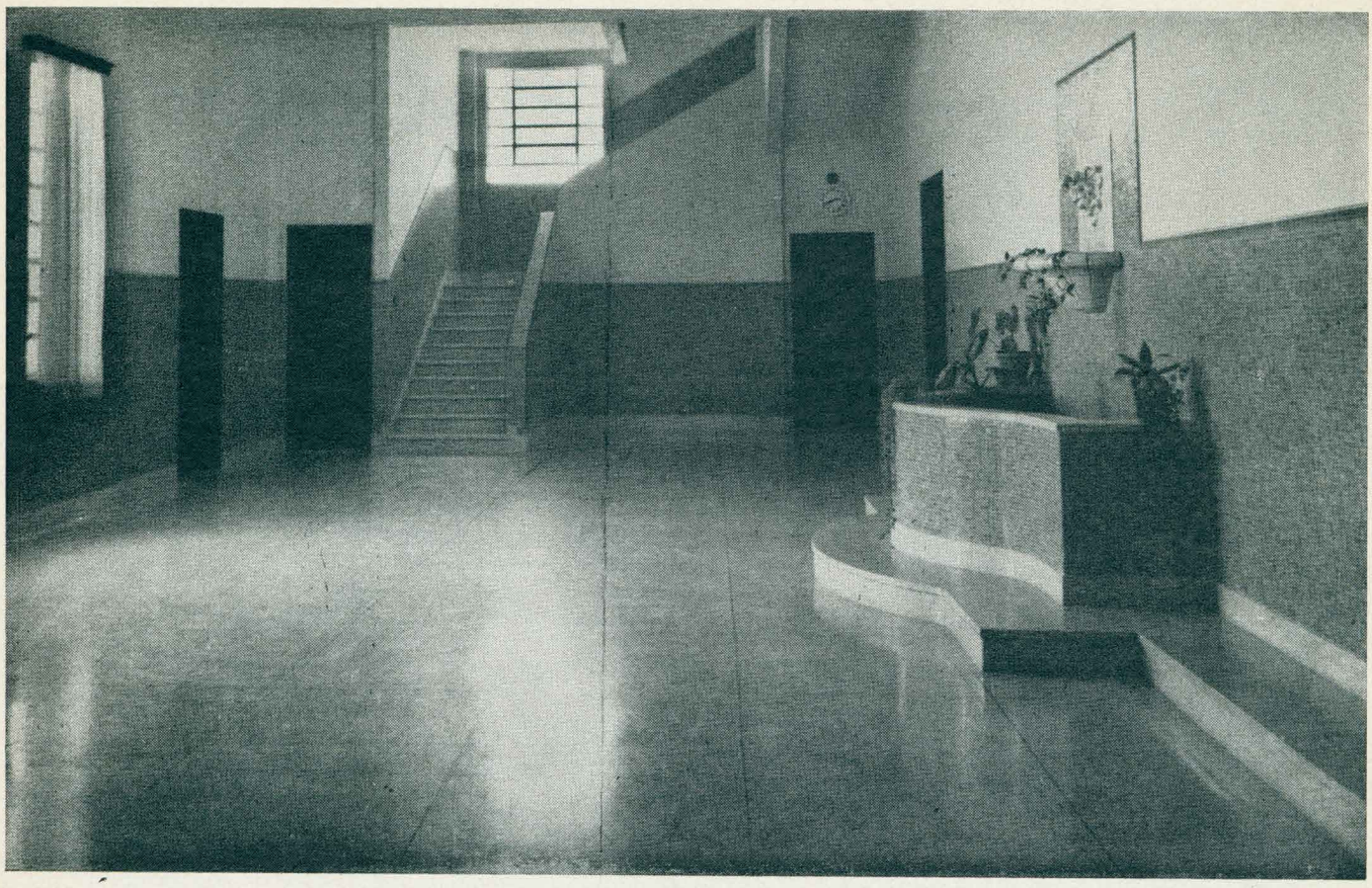
ISOLANTES E IMPERMEABILIZANTES

Escritórios:

Rua Conselheiro Crispiniano, 58 - 12.º Andar

Telefones: 37-2998 e 35-5579

SÃO PAULO



Com a finalidade da obtenção de um material altamente decorativo que, além da estética, tivesse em consideração também as finalidades higiênicas e a vantagem econômica de nunca mais ter que dispender para manutenção destas partes do edifício, sujeitas normalmente a manchas e estragos, todos os lambris dêste prédio foram revestidos com

MOSAICO VIDROSO

"VIDROTIL"

VIDROTIL Indústria e Comércio de Vidros Ltda.
Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 306 — Telefone: 35-5288 — SÃO PAULO

NOS HOSPITAIS MODERNOS
INSTALAM-SE COZINHAS E LAVANDERIAS

Wallig

QUALIDADE · CONFIANÇA

WALLIG

PROJÉTOS
INSTALAÇÕES A VAPOR, ÓLEO,
LENHA, GÁS E ELETRICIDADE
ASSISTÊNCIA TÉCNICA

O NOME QUE SE DESTACA
NAS MODERNAS INSTALAÇÕES
DE COZINHAS E LAVANDERIAS

METALÚRGICA WALLIG S. A.

PORTO ALEGRE - RIO GRANDE DO SUL - BRASIL

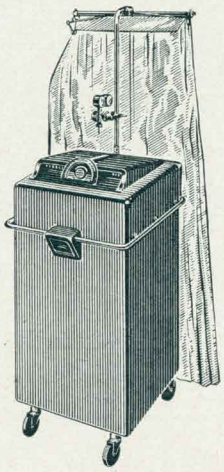
RUA VOLUNTÁRIOS DA PÁTRIA, 2213 — CAIXA POSTAL 444

FILIAL DE SÃO PAULO

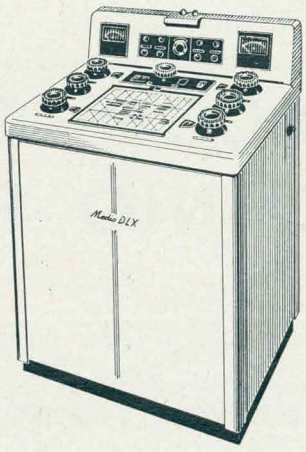
RUA CONSELHEIRO CRISPINIANO, 57
TELEFONE 37-4501 (REDE INTERNA)
DEPÓSITO: RUA HELENA, 29 — TEL.: 80-7861
CAIXA POSTAL 2268 — TELEGRAMAS "WALLIG"

SOB A ÉGIDE PHILIPS

- uma organização especializada
em equipamentos médico-hospitalares



Constituindo-se num
estabelecimento modelar,
à altura do progresso
da ciência médica, a
PHILIPS MÉDICA
especializa-se no
fornecimento de:



Instalações de raios X para diagnóstico, desde o modêlo portátil até a aparelhagem de alto rendimento; Instalações de roentgenterapia para tôdas as modalidades de aplicações; aparelhos de eletromedicina, tais como electrocardiógrafos, electroencefalógrafos, ondas curtas, ultra som, bisturí elétrico, lâmpadas ultravioletas e infravermelhas, hidroterapia, etc.; Equipamentos hospitalares em geral; Aparelhos científicos em geral; Gabinetes dentários.

PHILIPS

S. A. PHILIPS DO BRASIL

DIVISÃO MÉDICA E CIENTÍFICA

MATRIZ:
São Paulo: Rua Senador Queiroz, 312 - 12.º andar
Tel. 35-8161 (ramais 41 a 47) - Caixa Postal 8681
Endereço Telegráfico PHILIMÉDICA
FILIAIS EM:
Pôrto Alegre, Curitiba, Belo Horizonte, São Paulo
Rio, Salvador, Recife, Fortaleza, Belém, Rib. Preto

INSTALAÇÕES AUTOMÁTICAS

A ÓLEO DE VAPOR E ÁGUA QUENTE

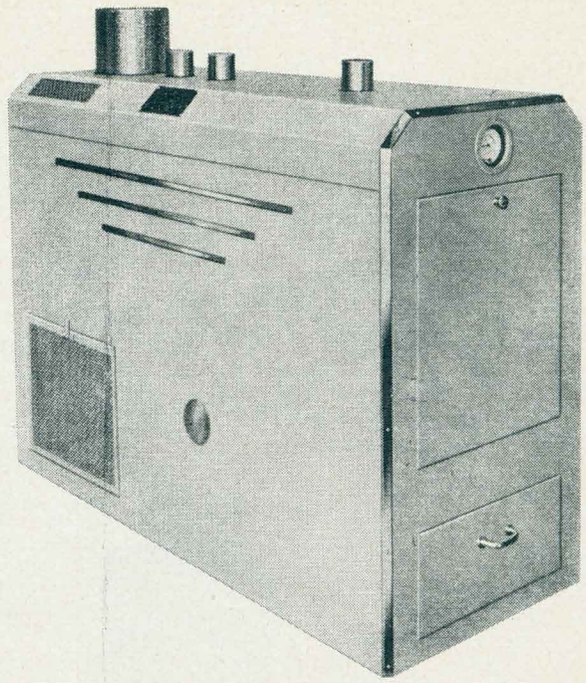
Sistema compacto de funcionamento simples, silencioso e absolutamente garantido.

•

Capacidades e pressões variáveis conforme as necessidades do caso.

•

Projetos, Instalações e Assistência técnica.

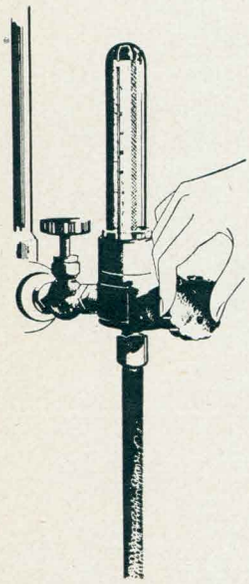


CALDEIRAS "DELUXE"

OSCAR TAVES & C
LIMITADA
ENGENHEIROS — IMPORTADORES

Avenida Erasmo Braga, 277 - 8.º and. - Telefone: 32-5200
RIO DE JANEIRO

INSTALAÇÕES CENTRALIZADAS DE OXIGÊNIO PARA HOSPITAIS



Êste Hospital possue instalação centralizada de Oxigênio. Projeto e execução de **S. A. WHITE MARTINS.**

Não deixe de consultar a **S. A. WHITE MARTINS** sôbre as grandes vantagens que oferece uma instalação de oxigênio.

A **S. A. WHITE MARTINS** dispõe de um variado estoque de materiais de oxigenioterapia.

S. A. WHITE MARTINS — **Pioneira nas instalações de oxigênio no Brasil**

MATRIZ: RIO DE JANEIRO • FILIAIS EM TODO O BRASIL

SÃO PAULO: RUA FLORÊNCIO DE ABREU, 470

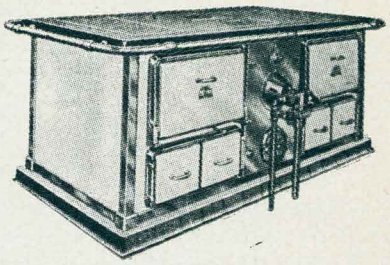
Confie-nos a solução do seu problema de Cozinha!
— Podemos resolve-lo, técnica, econômica e satisfatóriamente! —
— Projetos - Fornecimentos - Instalaçoes —

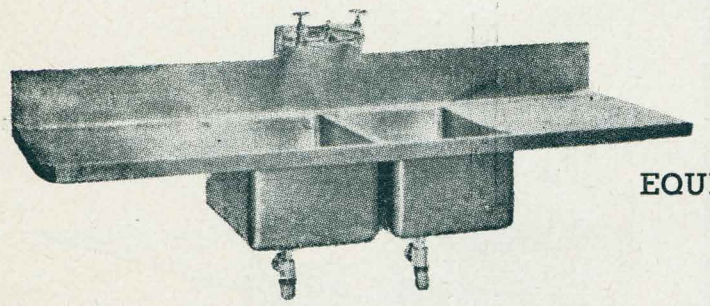
O FOGÃO DA ECONOMIA

ARMANDO BRITO & CIA. LTDA.
"INSTALADORA GERAL"
Rua Florêncio de Abreu, 252 — SÃO PAULO
Fones: 35-7294 - 32-3681 — Telegr.: "ARBRITO"

Fogões e Instalações de Cozinhas Completas para todos os Combustíveis

- FOGÕES - CALDEIRÕES - CAFETEIRAS - BATERIAS BASCULANTES - CALDEIRAS GERADORAS DE VAPOR DE BAIXA E ALTA PRESSÃO - COIFAS - EXAUSTORES - TUBULAÇÕES - ETC.





IRMÃOS SARTORO LTDA.
Rua Salvador Leme, 874
Tel.: 34-9041 — SÃO PAULO

EQUIPAMENTOS EM AÇO INOXIDÁVEL
PARA COZINHAS DE HOSPITAIS E ESTABELECIMENTOS INDUSTRIAIS

BALCÕES TÉRMICOS PARA DISTRIBUIÇÃO DE ALIMENTOS — MESAS — PIAS — ARMÁRIOS E DEMAIS ACESSÓRIOS PARA COPAS E COZINHAS — APARELHAGEM PARA FÁBRICAS DE PRODUTOS QUÍMICOS

Cia. de Máquinas Hobart - Dayton do Brasil

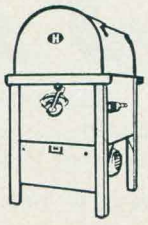
Escritório Geral:
RUA 13 DE MAIO, 1100 - 1104
Telefone. 32-1922

Fábrica: AV. PRESIDENTE WILSON, 3544
Telefones: 63-2615 — 63-1805
Endereço Telegráfico: "RIODAYTON"
Cxs. Postais 2218 e 7312 — S. PAULO

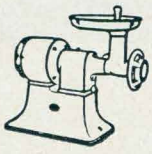
Filiais: SÃO PAULO
R. Cons. Ramalho, 873 - Tel. 33-5169
RIO DE JANEIRO
Rua da Glória, 60-A Tel. 43-9136
PORTO ALEGRE
Av. Borges Medeiros, 664 — Tel. 9-1054
RECIFE
Rua da União, 273 — Tel. 3470

As máquinas que asseguram o máximo de eficiência e economia na PREPARAÇÃO DE ALIMENTOS e LAVAGEM DE LOUÇAS. Tamanhos ideais para qualquer instalação.

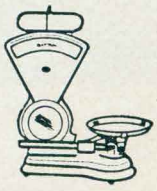
Descascadores


Lavadores de Louça

Batedeiras


Picadores de Carne

Cortadores de Frios


Balanças

Planejando Hospitais?

LEMBRE-SE
E CONSULTE O

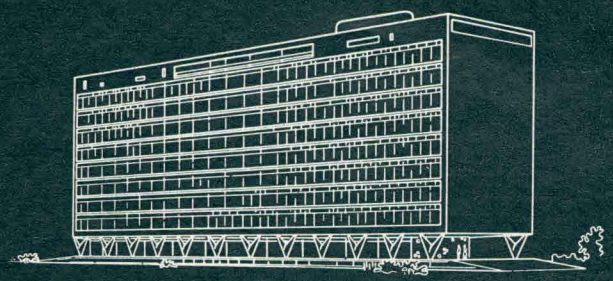
ETMR

ESCRITÓRIO TÉCNICO
MORALES RIBEIRO

UMA ORGANIZAÇÃO DEDICADA
SÒMENTE A ESTUDOS HOSPITALARES

PLANEJAMENTO UNIFICADO E COORDENADO
DE INSTALAÇÕES HOSPITALARES

- ELÉTRICAS
- HIDRÁULICAS
- MECÂNICAS
- ESPECIAIS

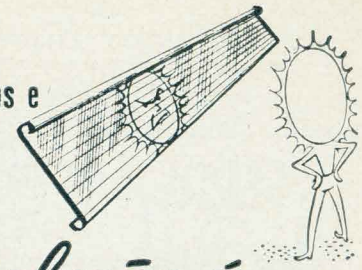


HOSPITAL DA SUL AMÉRICA
RIO

MEDALHA DE OURO NO
1º CONGRESSO NACIONAL DE HOSPITAIS

RUA SETE DE SETEMBRO, 81 • 10º ANDAR
TEL. 52-1390 • EDIF. MOSCOSO CASTRO - RIO

para ambientes modernos e
de indiscutível confôrto

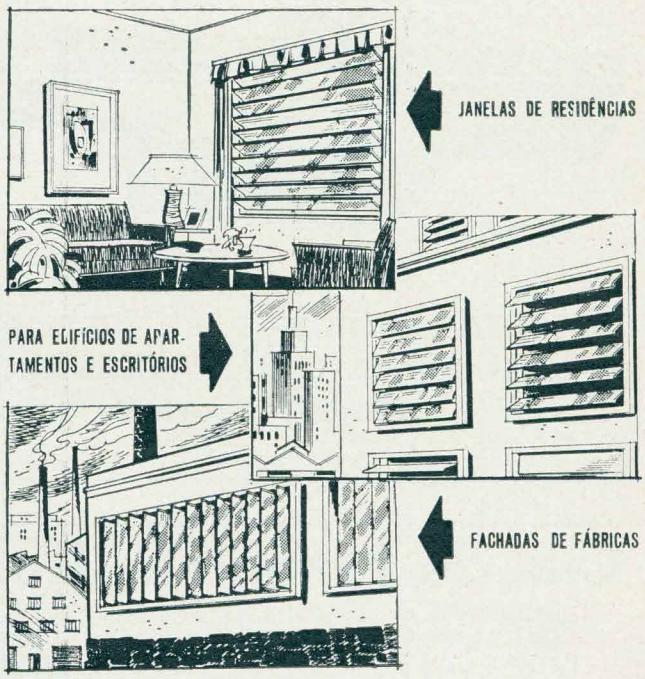


a solução é

AJAX

BRISE-SOLEIL de alumínio

Brise-Soleil Ajax é o mais avançado sistema de proteção externa para janelas. Extremamente prático, permite desde a vedação completa até o máximo de claridade e ventilação, com um leve comando. Em modelos horizontais e verticais.



- Lâminas rígidas de duralumínio em perfil elegante.
- Acabamento anodizado, em prata-fôsco, inalteràvel.
- Mecanismos simples e robustos. Custo notàvelmente baixo... e dura para sempre!

Peçam catálogos, orçamentos e informações sem compromisso!

INDÚSTRIA E COMÉRCIO

AJAX

LIMITADA

São Paulo: Rua João Adolfo, 118 - 5.º and. - Fone 37-0521 (rêde interna)
Rio de Janeiro: Av. Pres. Antônio Carlos, 615 - 12.º - Conj. 204 - Tel. 32-7525

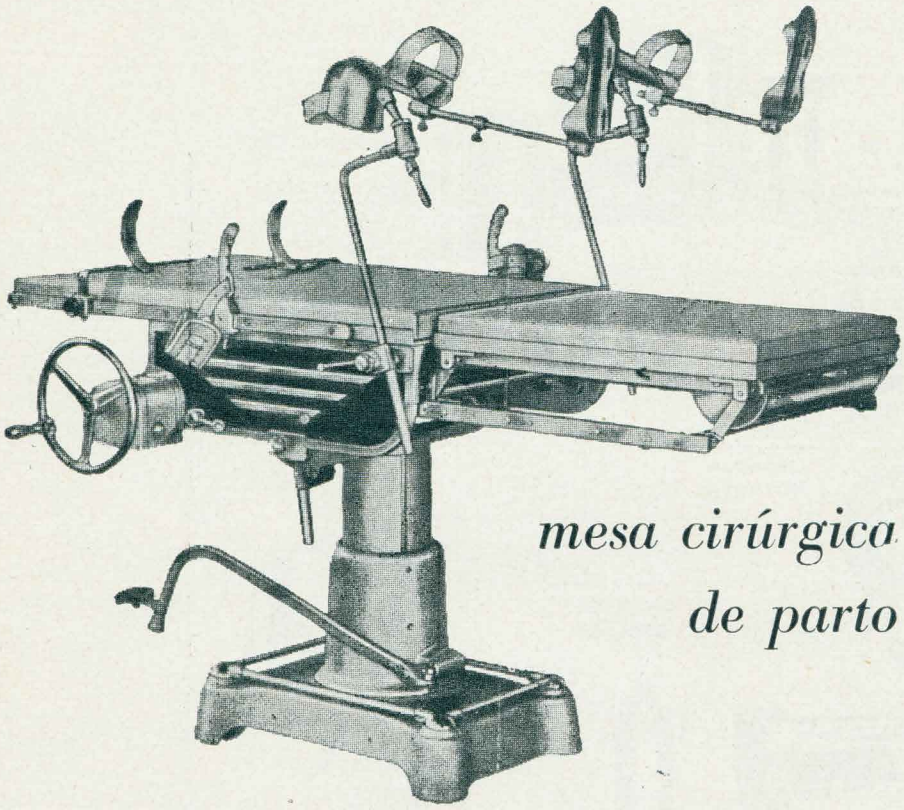
REPRESENTANTES EM TODO O BRASIL

A Industria Mecano Científica S. A. apresenta MESA OBSTÉTRICA

Perfeita em todos os detalhes!

MERCEDES

IMEC



mesa cirúrgica de parto

Com as mesmas características de perfeição e segurança das mais reputadas Mesas Americanas e Europeas

★

ALGUNS HOSPITAIS DOS QUAIS SOMOS FORNECEDORES:

Hospital das Clínicas de São Paulo

Hospital das Clínicas de Belo Horizonte

Hospital das Clínicas de Rib. Prêto

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Santa Casa de Misericórdia de Londrina — Paraná

Santa Casa de Misericórdia de Santos — São Paulo

Hospital Santa Edwiges de São Paulo

Beneficência Portuguêsa — Baurú — São Paulo

Hospital Felice Rosso — Belo Horizonte

Hospital Apóstolo Pedro — Mimoso do Sul — Espírito Santo

Casa de Saúde Dr. Narciso Queiroz — Lafaiete — Minas Gerais

Casa de Misericórdia de Cornélio Procópio

Hospital e Maternidade "Modêlo" de São Paulo

E muitos outros por todo o Brasil

MESAS CIRÚRGICAS PARA:

CIRURGIA GERAL
TORACOPLASTIA
PARTOS
ORTOPEDIA
GINECOLOGIA
UROLOGIA
OTO-RINO-LARINGOLOGIA
ENDOSCOPIA PERORAL

PROTOLOGIA
PNEUMOTÓRAX
EXAMES
REPOUSO
MÓVEIS PARA ENFERMARIAS
MÓVEIS PARA CONSULTÓRIOS
MÓVEIS PARA SALA DE CURATIVOS

A MESA CIRÚRGICA "MERCEDES IMEC"

Um dos produtos que honra a Indústria Brasileira, já foi instalada em 200 bons hospitais brasileiros, nos Estados de São Paulo, Minas Gerais, Paraná e Distrito Federal, nestes últimos anos.

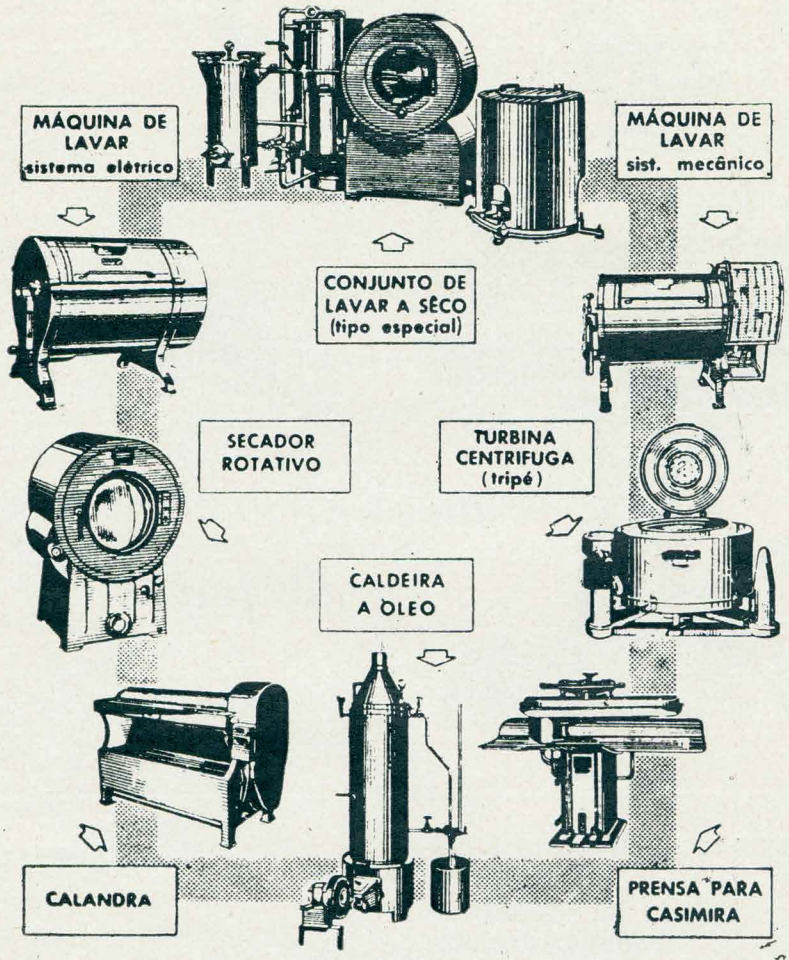
A indústria Mecano Científica responde pelo que fabrica

INDUSTRIA MECANO CIENTÍFICA S. A.

RUA MERCEDES, 101 — SÃO PAULO — FONES: 5-0251 e 5-0072 — BRASIL

Máquinas Sto. André

ISSHIKI & CIA.



Em exposição no Departamento Comercial

ESCRITÓRIO :
Rua Cons. Crispiniano, 344 - 6.º
Conj. 603 - Fone: 35-5840 - S. Paulo

FÁBRICA :
Rua Dona Gertrudes Lima, 302
Fone 469 (discar 066) - Sto. André

FILIAL :
Avenida Mem de Sá, 83
Fone: 22-8294 - Rio de Janeiro

REPRESENTANTES :
Belo Horizonte - Salvador
Recife - Curitiba - Porto Alegre

Não jogue fósforos acesos...

e exija que as divisões, forros, revestimentos internos, móveis e prateleiras se constituam uma garantia à tranqüilidade das instalações de sua indústria, armazém, cinema, loja ou residência, aplicando a insuperável

MADEIRA INCOMBUSTÍVEL

interflex

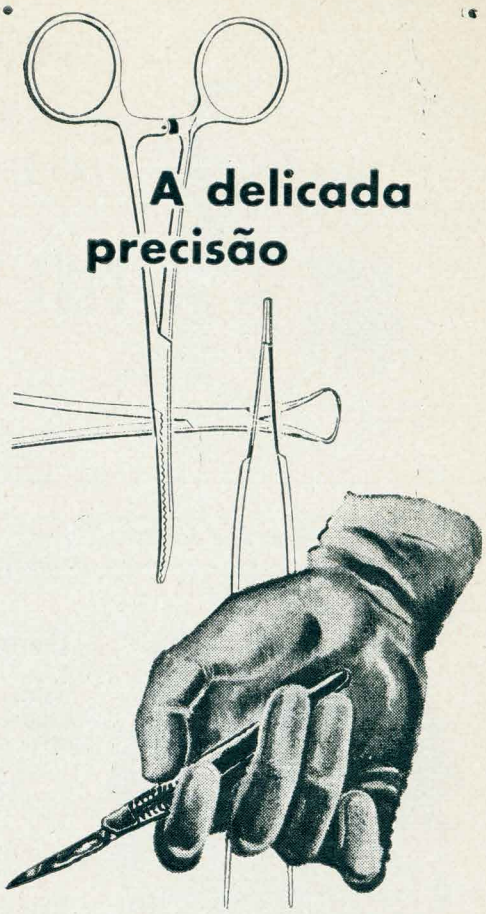
UM PRODUTO ETERNIT

SOLICITE...

285

folhetos H-1, informações e amostras de INTERFLEX - a madeira incombustível - a Cx. Postal, 7044, São Paulo

* DISTRIBUIDORES EM TODO O BRASIL *



A delicada precisão

DA TÉCNICA DE FABRICAÇÃO SUÉCA

mantida no instrumental cirúrgico fabricado no Brasil.

A marca SOLLIDEN, consagrada nos centros cirúrgicos de todo o mundo, garante, a perfeição do instrumental fabricado pela

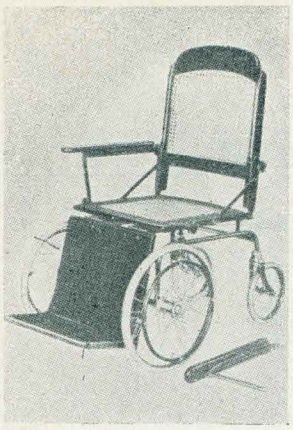
COMPANHIA SOLLIDEN DO BRASIL
Indústrias Técnicas de Precisão

Se V. S. exige instrumentos cirúrgicos "standard" de alta precisão, durabilidade e segurança, certifique-se de que está adquirindo os produtos SOLLIDEN.

TÉCNICA · PRECISÃO · GARANTIA · CSB

CIA. SOLLIDEN DO BRASIL
Ind. Técnicas de Precisão

Caixa Postal: 3504 — São Paulo



CADEIRAS
para
DOENTES

CASA FRETIN

C.P. 1273 S. PAULO
Peçam Catálogo IH

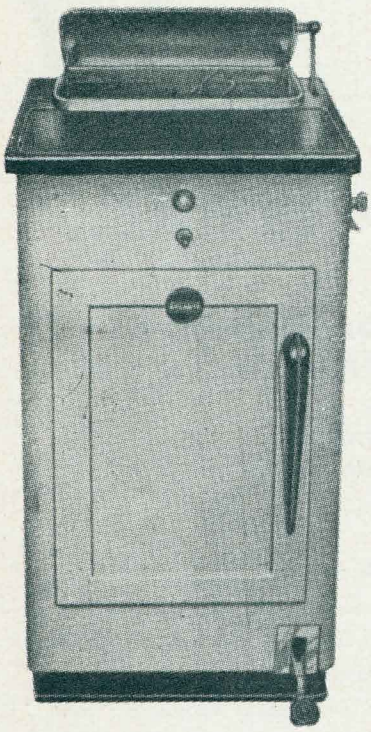
ESTRUTURAS DE MADEIRA
COBERTURA "BRASILIT"
FERRO REDONDO - VIA LIQUIDA
CIMENTO "VOTORAN" E "IPANEMA"
CHAPAS ISOLANTES "EUCATEX"

★

A. SPILBORGHS & CIA. LTDA.
IMPORTADORES

RUA 7 DE ABRÍL, 282 - 10º - FONES: 34-4724 e 3-8849
SÃO PAULO

EIS O ESTERILIZADOR IDEAL PARA O MODERNO CONSULTÓRIO!



Durabilidade:

Caldeira e tampa de bronze fundidos e corpo de aço.

★

Eficiência:

Funcionamento automático mantendo a temperatura na caloria desejada.

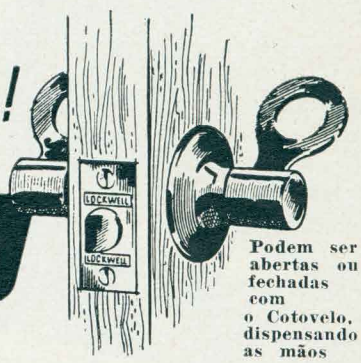
★

Beleza!

Linha moderna e elegante.

Solicitem Folheto Explicativo aos Fabricantes
ATLANTE S/A. - Rua Diogo Vaz, 85
Tel.: 33-5119 - São Paulo

SENSACIONAL!
FECHADURAS
LocKwell



Podem ser abertas ou fechadas com o Cotovelo, dispensando as mãos

Fechadura especial

Com chave para portas externas, com botão p/ portas internas ou livre para portas de passagem, indicadas p/ hospitais, restaurantes, cosinhas, etc.

Um produto da
METALBRAS - Indústria e Comércio S.A.

Representantes exclusivos:

CIA. FEDERAL DE COMÉRCIO, INDÚSTRIA E ENGENHARIA

Rua Líbero Badaró, 152 — 7.º — Telefones: 33-3751 e 35-2562
SÃO PAULO

Para outros tipos queiram nos consultar!

"SELM" Sociedade Equipadora de Laboratórios Modernos Ltda.

Rua Conselheiro Ramalho, 749 - Caixa Postal, 4022
Fone: 33-6503 - End. Telegr.: "EQUIPADORA" - SÃO PAULO

Distribuidores exclusivos de

CARDIOLIPINA "SYCCO"

(Para microfloculação, fixação do complemento, V. D. R. L., Kolmer, Hinton e Mazzini)

e dos

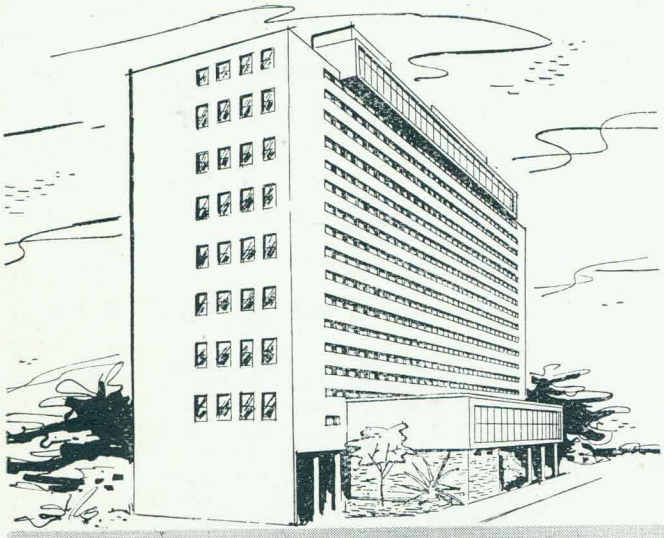
FOTOCOLORÍMETROS "EEL"

(Colorímetros clínicos, Fotômetros de chama, Absorsômetros, Nefelômetros, Aparelhos para eletroforesis, etc.)

ESTUFAS, CENTRIFUGADORES, BANHOS MARIA, ETC.

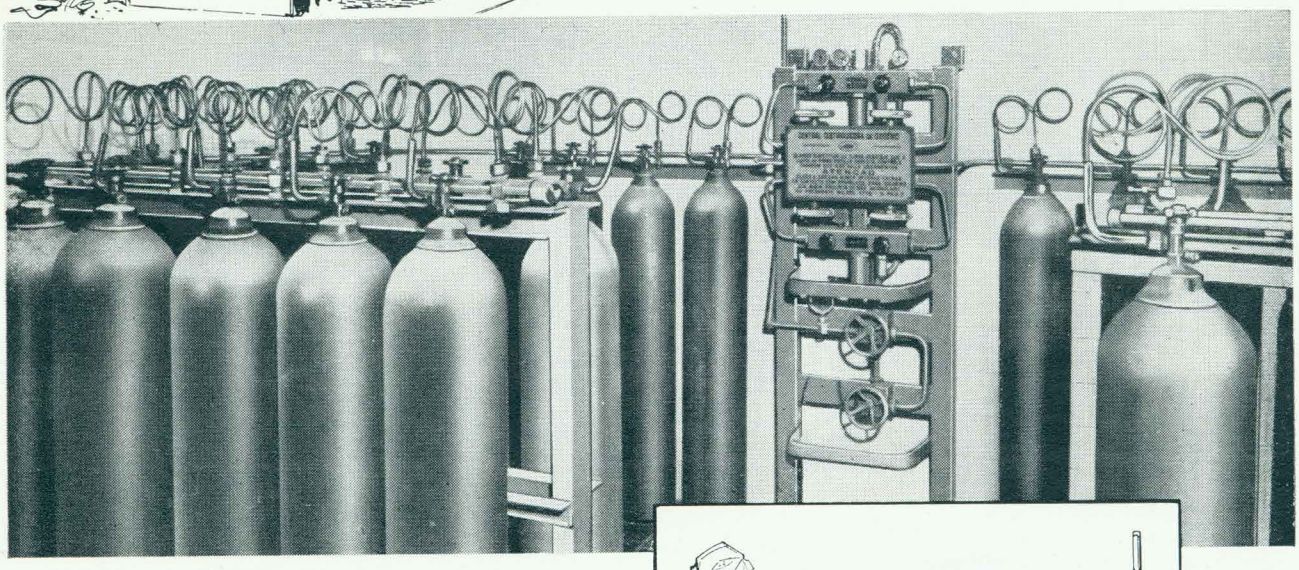
A central e o equipamento distribuidor de oxigênio do

HOSPITAL de COMBATE ao CÂNCER



foram fornecidos e instalados pela

AGA



Esta central, de 60 tubos com 110 tomadas, permite suprir com oxigênio medicinal, de modo contínuo, tôdas as salas de tratamento dêste moderníssimo Hospital. Outras grandes instituições hospitalares do país também possuem instalações AGA

Consultem-nos!
Nossos técnicos estão às suas ordens.

COMPANHIA *Aga Paulista* DE GÁS ACUMULADO

Filial RECIFE
Rua da Concórdia, 854
Caixa Postal 2361

Matriz: SÃO PAULO
Av. Pres. Wilson, 1716 – Cx P. 3190
Tels.: 32-0169 e 32-0986
End. Telegr. "Agapaulista"

Filial RIO DE JANEIRO
Av. Brasil, 8201 – Cx. P. 1823
Tels.: 30-0256 e 30-9046
End. Telegr. "Bragafaros"

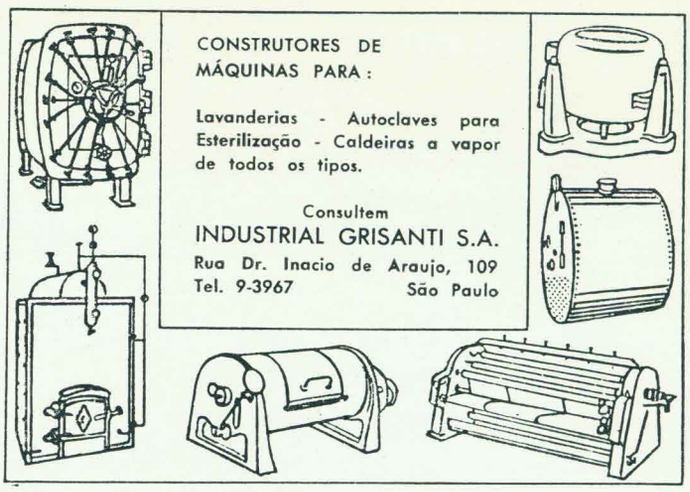
Norton - 6.816

Montagens Hospitalares

- Ortopedia
- Neurocirurgia
- Cirurgia plástica
- Cardiovascular
- Torocoplástica
- Oxigênioterapia
- Anestesia
- Móveis hospitalares

BAUMER & CIA. — Rua Santo Amaro, 275

Fones: 32-6448 e 37-3377 — Telegr.: "UNITED" — SÃO PAULO



CONSTRUTORES DE MÁQUINAS PARA:

Lavanderias - Autoclaves para Esterilização - Caldeiras a vapor de todos os tipos.

Consultem
INDUSTRIAL GRISANTI S.A.
Rua Dr. Inacio de Araujo, 109
Tel. 9-3967 São Paulo

Completo equipamento cirúrgico e hospitalar

"ATEX" ATLÂNTICA

Sempre em estoque grande variedade de instrumental cirúrgico de aço inoxidável das afamadas fábricas suecas "BROLI" e "KIFA"

Filmes suecos de Raios X marca CEA

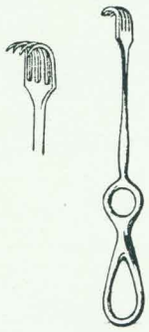
Antes de equipar o seu hospital ou consultório, consulte o nosso

IMT - SERVICE
de Planejamento Hospitalar

Instrumentos Dentários
DENTATUS e JOSPI

ATEX

"ATEX" ATLÂNTICA
Importadora e Exportadora Ltda,
Rua 7 de Abril, 230 - 7.º andar
s. 738-740 - Tel. 36-1322 - End. Teleg.: TRANSATEX - São Paulo
Matriz: R. Santa Luzia, 732-12.º
Tel. 52-4254 - Rio de Janeiro



Afastador modêlo Wolkman 22 cm
Ref. 2811-4

SINALIZAÇÃO HOSPITALAR

Há estabelecimentos hospitalares que têm um apreciável capital imobilizado em prédio e equipamentos, dispõem de uma administração de alta competência, contam com um eficiente corpo clínico... e, no entanto, a assistência aos seus pacientes não se processa como desejam seus diretores. O ponto fraco pode estar na falta de um adequado SISTEMA LUMINOSO-SONORO DE CHAMADA DE ENFERMEIRAS, sem o qual um hospital não pode viver. O Sistema mais divulgado no Brasil é o

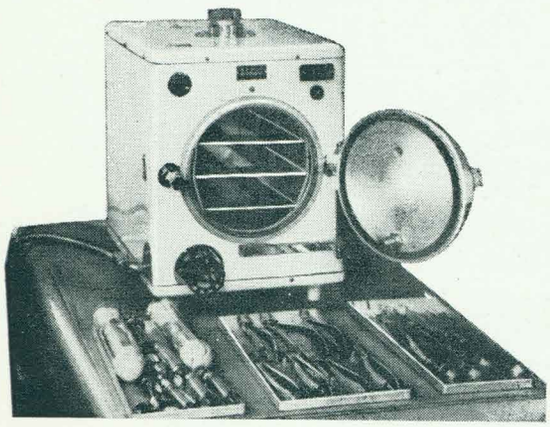
SINCRON

Peçam a lista dos 270 hospitais sinalizados por ENG.º WALDEMAR TEIXEIRA DE FREITAS
Rua Cesário Ramalho, 158 — Tel. 33-1430
São Paulo — Brasil

Consultem-nos também sôbre

- Sistema de Presença e Ausência de Médicos em Hospitais
- Sistema de Procura de Médicos e Pessoas em Hospitais
- Anunciadores do Sexo do Recém-nascido em Maternidades
- Aparelhamento de Luz de Vigília e Cabeceira para Leitos de Hospitais.
- Aparelhamento de Iluminação de Piso para corredores, escadas e enfermarias de Hospitais.

Estamos à inteira disposição dos srs. Arquitetos, Engenheiros e Administradores Hospitalares, para elaborar estudos e orçamentos, **sem ônus nem compromisso** por parte dos interessados.



AUTOCLAVE UNIVERSAL "WEBECO"

ESTERILIZAÇÃO RÁPIDA E AUTOMÁTICA

•

PROJETOS E INSTALAÇÕES HOSPITALARES

•

NOVA TÉCNICA DE EQUIPAMENTOS E MÁQUINAS

NOTEMA LTDA.

Rua México, 45 - 2.º andar, Sala 204 - Telefone: 22-7404
RIO DE JANEIRO

FÁBRICA DE LUSTRES — V. RIBEIRO LTDA.

FABRICANTE — IMPORTADOR — EXPORTADOR

Cristais, nacional, da Bohêmia, Argentina, de Murano — Alabastro — Bronze — Metal cromado
Arandelas — Lanternas — Pendentes para dormitórios — Globos e Plafuniers — Lareiras, etc.

RUA GALVÃO BUENO, 30 (Praça da Liberdade) — FONES: 34-8597 e 37-4682 — SÃO PAULO

N. B. - Todos os lustres instalados no Hospital Sta. Helena, foram idealisados pelo IPH e fabricados por esta firma.

PRODUTOS QUÍMICOS

SOLUÇÕES — CORANTES — REAGENTES

para

ANÁLISES CLÍNICAS

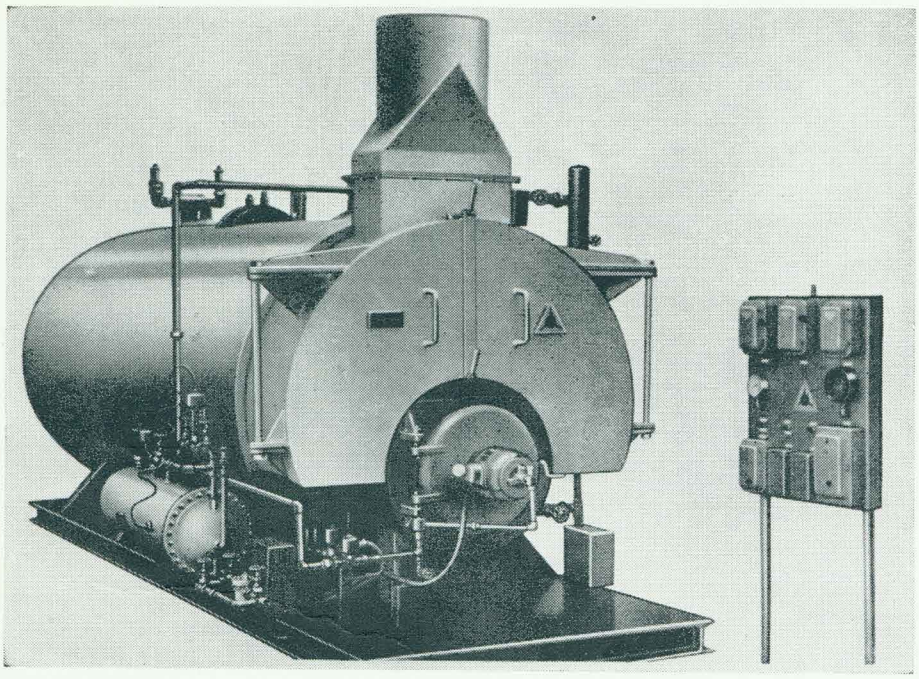
Distribuidores
das afamadas marcas:
Bayer
British Drug House
Eastman Kodak
Harleco
Merck

Aparelhos científicos
(Importação)
Banhos maria
Centrífugas
Colorímetros
Estufas
Fotômetros
Ph-metros

QUÍMICA ESPECIALIZADA ERICH LOEWENBERG LTDA.

Peça gratuitamente catálogo completo

Rua Oscar Freire, 836 — São Paulo — Caixa Postal, 4232 — Telefone: 80-4994



CALDEIRAS
AUTOMÁTICAS
A ÓLEO DE
ALTA PRESSÃO

"COMPAC"

- Para fins industriais, hospitalares, etc.
- Dispensa montagem especial
- De 5 a 100 metros quadrados
- Entrega rápida
- Alta eficiência

★

COMPANHIA PAULISTA DE CALDEIRAS "COMPAC"

Orçamentos: Rua Bento Freitas, 306 — Telefone: 37-9413 — São Paulo

HOSPITAL DE HOJE

Órgão oficial do I P H - Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares

Séde: R. Xavier de Toledo, 210
4.º andar - conjunto 44 - Telefone: 36-3889
Redação: Rua Barão de Itapetininga, 255
7.º andar - conjunto 701 - Telefone: 35-5542
São Paulo - Brasil

•

Vol. 3 - 2.º Trimestre 1956

•

Diretor Responsável: **Jarbas Karman**; Redator Chefe: **José Reis**; Diretor Geral: **Alfredo Paesani**; Diretor: **Alfredo Willer**; Relações Públicas: **Geraldo Prado Guimarães**; Corpo Redatorial: **Alvaro Dino de Almeida, André Roseira de Mattos, Eulina B. Richter, Fausto Figueira de Mello, Francisco Monteiro Peres da Silva (Rio), Henrique Tastaldi, Jorge Americano, José do Egypto Vieira Soares (Pará), José Gomes de Oliveira (Pernambuco), José Sylvio Cimino, Lucidio Guimarães Albuquerque (Rio), Maria Lydia Mota Minell (Rio), Maria Rosa de Souza Pinheiro, Martinus Pawel, Raymundo de Moura Brito (Rio), Roberto Cerqueira Cesar, Rino Levi, Rubens Luiz Xavier (R. G. Sul), Theophilo de Almeida (Rio).**

COLABORADORES

Secretaria: **Therezinha Sorbille, Americo Cagni**; Contabilidade: **Fernando Pereira d'Abreu Braga**; Desenhos: **Geraldo Nepomuceno de Lima**; Fotografias: **Guerino R. de Francisco.**

DIREITOS RESERVADOS

Publicidade:

Editora Industrial "TECO" Ltda.

Rua João Brícola, 46 - 4.º - C. Postal 5632

Telefones: 32-8393 e 33-2750 - São Paulo

ÍNDICE

CAPA

Hospital de Clínicas da Cidade Universitária da Universidade do Brasil Luiz Hildebrando de B. Horta Barbosa — Chefe do escritório técnico; Jorge Machado Moreira — Arquiteto Chefe.
Maqueta de estudo — Vista aérea 1

HOMENAGEM

Dr. Malcolm T. MacEachern 2

EDITORIAL

Cruzada Nacional — J. Reis 3

ENFERMAGEM

Recreação em Pediatria — Mery Aidar Bassi 4

LABORATÓRIO

A Habilitação do Farmacêutico para o Laboratório Clínico — Henrique Tastaldi 10

PROJETOS

Contribuição para Planejamento de Centros Cirúrgicos e Obstétricos — Jarbas Karman 11
Hospital Infantil Morumbí — Oswaldo Arthur Bratke; Mário Seraphico 13

FARMÁCIA

Considerações sôbre Formulário Médico Hospitalar — José Sylvio Cimino .. 17

ADMINISTRAÇÃO

O Serviço de Seleção e Classificação Econômica na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo — José Waldemar de Caroli 18

HOSPITAL DE PESQUISAS 22

PERGUNTAS E RESPOSTAS

Questões sôbre Cozinhas Hospitalares — Arthur Witzig 23

NOVIDADES E EQUIPAMENTOS

Dispositivos para fotografar em côres 24
Galochas de borracha condutiva 24
Sola condutiva 24
Pipeta automática 24

ESTATÍSTICA

Estatística Econômica, Médico-Social e Cultural das Regiões Ecológicas do Estado de São Paulo — Martinus Pawell; Adriano Taunay Leite Guimarães 25

NOTÍCIAS DO I.P.H.

Ficha de inscrição 31
Assembléia Geral Ordinária do I.P.H. 32
A.P.H. — Associação Paranaense de Administração Hospitalar e Associação Sul-Riograndense de Hospitais 32
Semana de Estudos Acústicos 32
Associação Brasileira de Normas Técnicas — Normas para Autoclaves para Esterilização 32
Normas para isolamento Acústico e Térmico 32
Conferências sôbre temas hospitalares 32
Curso sôbre Materiais e Equipamentos Hospitalares 32
Guia Hospitalar 32
Livro "Técnica Asséptica e de Esterilização" 32
American College of Hospital Administration 32
Téchnique Hospitaliére 32

Comissão de Planta-Base para Cozinha

Projeto de cozinha para Hospital Geral de 200 leitos 33

Comissão de Equipamentos de Cozinha

Divisão da cozinha 34
Coordenação da cozinha com outras secções 34
Dimensões 34
Máquinas e aparelhos da cozinha 34
Maquinaria de cozinha e respectiva capacidade em função do número de leitos 34
Mapa referente ao levantamento de dados de cozinhas hospitalares 35
Mesas e pias necessárias a cozinha 39
Afastamentos a observar 39
Armários gavetas e prateleiras 39
Pontos de lixo 39
Elementos construtivos 39
Instalação Hidráulica 39

Comissão de Estudo de Indicadores de Esterilidade

Programa inicial de trabalho 39

Comissão de Desinfetantes Químicos

Ata da 2.ª Reunião 40

Comissão de Terminologia Hospitalar Brasileira

Constituição 40

Comissão de Estatística

Estudo inicial para estabelecimento de mapa padrão de inquérito hospitalar para análise estatística — Dr. Martinus Pawell 40

NOTICIÁRIO DO BRASIL

Primeiro Congresso da Associação Médica Brasileira 43
Mesa Redonda sôbre problemas médico-hospitalares 43
Curso de Projeto e Organização de Hospitais 43
V Jornada Paulista de Administração Hospitalar 44

NOTICIÁRIO INTERNACIONAL

Conclusões do Congresso de Lucerna (continuação) 45

FORMULÁRIO PARA ASSINATURA DA REVISTA 46
PUBLICAÇÕES HOSPITALARES 47
CURSOS E CONGRESSOS 49
LIVRO PLANEJAMENTO DE HOSPITAIS 50
NOVOS SÓCIOS DO IPH 51

PLANEJAMENTO E CONSTRUÇÃO DE HOSPITAIS GERAIS —

Tradução de Jarbas Karman 1
Introdução do IPH 2
Prefácio 3
Introdução 4
Sistema Hospitalar Coordenado 6
Plantas esquemáticas de hospitais gerais 7
8 leitos — Clínica de Comunidade com unidade de enfermagem 8
10 leitos — Em Clínica de Comunidade 9
25 leitos — Hospital Geral de tamanho mínimo 10
30 leitos — Hospital e Centro de Saúde (continuação no próximo número) .. 12

H O M E N A G E M

DR. MALCOLM T. MACEACHERN

27 de Agôsto de 1881 — 3 de Fevereiro de 1956

No curto espaço de poucos meses, duas perdas irreparáveis atingiram a Família Hospitalar do mundo inteiro. Primeiro Marshall A. Shaffer, agora, Malcolm T. MacEachern.

Mais do que uma existência devotada aos problemas hospitalares, Mac Eachern simboliza a "Assistência sempre melhor para o paciente".

E por êsse lema lutou a vida inteira.

Expressões suas bem dizem do seu ideal e da sua grandeza:

"Uma coisa todos devemos lembrar, é que a única razão de nossa existência é o paciente".

"Tudo que fazemos deve ser com o paciente em mente".

"Não devemos nos contentar com as coisas tal como são, não importa o quanto melhor estejam agora do que antes foram".

"Devemos insistir na constante melhoria em benefício do paciente".

No princípio do século, os conceitos, então incipientes, de Hospital Moderno — centro de saúde e de assistência médica da comunidade — tiveram em MacEachern um campeão decisivo.

Extraordinária foi a sua influência no campo hospitalar e de muito a humanidade se beneficiou pelo que fêz pela elevação dos padrões hospitalares.

O seu "Hospital Organization and Management", editado em 1953, é mundialmente famoso.

Talvez, uma de suas maiores virtudes tenha sido o seu profundo interêsse em acolher e apoiar todos e tôdas as iniciativas do campo da saúde.

O Brasil, as suas associações hospitalares e, particularmente, o I.P.H. muito lhe devem.

A êsse amigo do Brasil, que à nossa gente deu a contribuição pessoal do seu saber e espírito humanitário, a essa mentalidade esclarecida, que sempre viu no hospital um meio e nunca um fim, as nossas profundas homenagens.

DR. J. REIS

CRUZADA NACIONAL

Deseja o IPH que dentro de cinco anos esteja mudado o panorama hospitalar do Brasil. Nosso país apresenta hoje acentuado déficit de leitos de hospitais gerais, pois apenas conta com 1,7 leitos por 1.000 habitantes, quando deveria dispôr de 4 para o mesmo número de pessôas.

Nota-se, felizmente, ativa preocupação no sentido de construir novos hospitais. Fôrça é reconhecer, porém, que as fontes de informação segura não são muitas em nosso meio, nem grandes as facilidades para obtê-las. Êste fato explica, aliás, muitos dos êrros do passado, os quais não mais se deverão repetir, em face do interêsse que agora se vai notando pela organização da pesquisa relativa a assuntos hospitalares, interêsse de que o IPH se orgulha de ser representante dos mais sinceros.

Falamos de êrros. Não é difícil anotá-los em numerosos de nossos hospitais, ainda mesmo em alguns dos aparentemente mais perfeitos e de mais dispendiosa construção. Aquí deparamos, em recentíssimo hospital de pesquisa e de ensino, a cozinha no último andar, contrariando uma das regras assentadas pela ciência hospitalar. Acolá temos a atenção despertada pelo excesso de elevadores em outro hospital que, por pertencer a uma grande Universidade e ter importante função no ensino e na orientação de novos médicos, deveria servir de padrão. Apesar da imponência de suas instalações, não é difícil verificar em algumas de nossas mais reputadas maternidades, a excessiva concentração de berços, que chega a 400 numa delas. Certos hospitais mostram ao visitante uma indefensável sobreposição de minúsculas unidades de enfermagem, a denunciar a falta de planejamento científico, que redunda em desperdício. Noutras instituições o que impressiona é o elevado número de pessôas para cada leito, como acontece num dos mais renomados hospitais públicos de nosso país, com 2.300 para 600 leitos. Pelas cidades do interior multiplicam-se os pequenos hospitais inadequadamente aparelhados, com instalações insuficientes, de raios X e outras, que só podem contribuir para um espetáculo de generalizada ineficiência, tirando aos médicos a possibilidade de elevar ao mais alto padrão a assistência que dispensam à população; êsse êrro de orientação pode ser observado até em grandes campanhas nacionais, promovidas por organizações sanitárias federais, que deixaram de considerar, em seus planos, os problemas da técnica hospitalar.

Deve-se considerar que a fragmentação a que acima se referiu não representa apenas fator de baixa da qualidade do serviço prestado, no sentido de impedir ou dificultar que cada doente receba, de seu hospital, o máximo que êste lhe poderia dar em matéria de recursos de diagnóstico e terapêutica. Representa também sério risco pela transmissão de moléstias, que pode favorecer, como é o caso dos bancos de sangue e plasma inadequadamente organizados ou pela criação de oportunidades de infecções em virtude de impróprias técnicas de esterilização, que não raro derivam das condições de fabricação dos próprios aparelhos, etc.. Fatos dêsse gênero levaram Aliás Smillie a afirmar que é melhor não ter laboratórios do que os ter em condições precárias.

Muitas outras questões, que patenteiam os males que a falta de planejamento e de conhecimento especializado em matéria de ciência hospitalar podem ocasionar, criando dificuldades por vêzes difíceis de sanar à realização de bons programas de assistência e de luta sanitária, caberiam ainda nêste editorial. Não adianta, porém, esmiuçar o assunto, uma vez que nosso propósito é tão sòmente o de chamar a atenção para o fato, sem dúvida auspicioso, de que agora, graças à congregação de esforços dos que se interessam pelos vários aspectos da pesquisa hospitalar, os meritórios esforços dos que se dedicam ao levantamento de hospitais, em nossa terra, podem encontrar mais sólida base para o planejamento de suas emprêsas, com maior benefício para a comunidade.

ENFERMAGEM

MERY AIDAR BASSI *

RECREAÇÃO EM PEDIATRIA

I — **Introdução:**

A Sala de Recreação em Pediatria deve possuir uma série de requisitos que se misturam entre os exigidos para uma Escola Maternal e Jardim da Infância, pois recebemos crianças de idade variando de 1 a 12 anos, isto é, pré-escolares e escolares.

Na Sala de Recreio procuramos fazer com que a criança hospitalizada se sinta feliz, ocupada e aproveitamos a oportunidade para educá-la. Procuramos ensinar à criança uma certa independência nos brinquedos para que sinta prazer em brincar com seus companheiros e aprenda a respeitar o direito dos outros.

II — **Requisitos:**

A — **Ambiente físico:**

A sala de recreio precisa ser planejada com bastante cuidado. Deve satisfazer às necessidades das crianças que a frequentam, levando-se em conta as diferenças de idade que existem entre elas.

1 — Tamanho:

A sala deve ser ampla. E' difícil dizer-se o tamanho em metros, pois varia com o número e idade das crianças. Nela precisa haver espaço para jogos, liberdade de movimentos, dansas, e lugar suficiente para as construções com blócos, de modo que possam deixar o trabalho interrompido, para continuar no dia seguinte. Como sugestão poderíamos dizer que o espaço necessário seria uma área de dois metros quadrados para cada criança.

2 — Iluminação e temperatura:

A sala deve ter iluminação suficiente, ser clara, arejada e ensolarada. Precisa estar sempre limpa e com temperatura adequada. E' preciso que tenha aquecedores para o inverno.

3 — Piso:

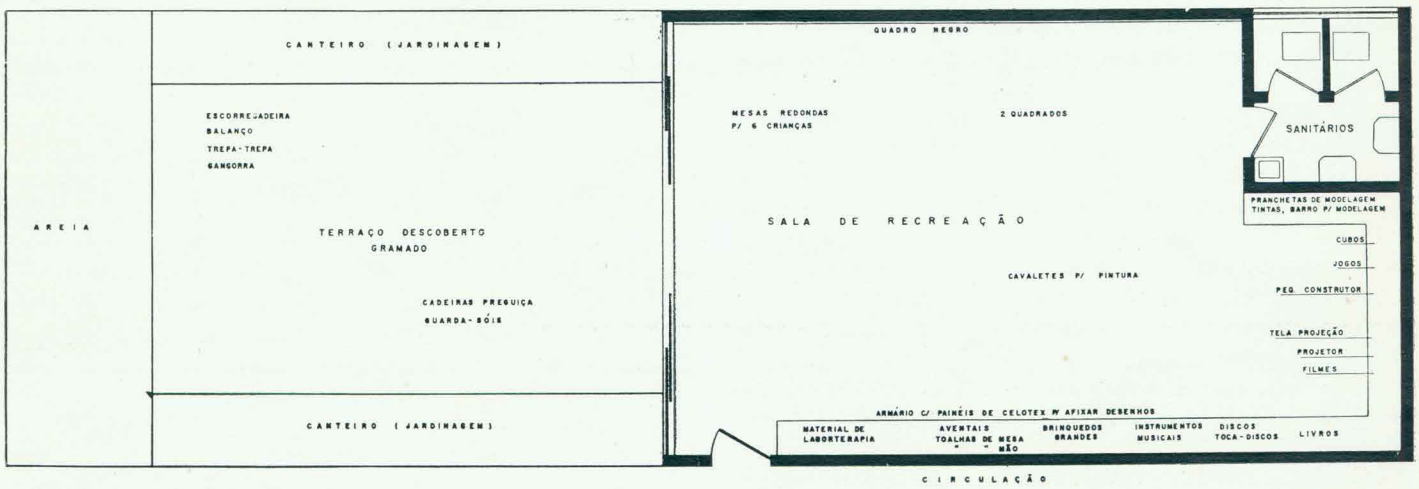
O piso deve ser pastilhado pois não fica tão liso evitando quedas e facilita a limpeza. São também recomendados pisos a base de magnésio, bem como plásticos, ladrilhos asfálticos e de borracha. Esteiras ou cobertores dobrados corrigem pisos menos quentes. — Alguém já disse que o mundo da criança é o chão. — Lugar preferido para brinquedos.

4 — Paredes:

As paredes devem ser claras, pintadas a óleo, côres suaves, de preferência branco-crême, verde claro ou outra côr pastel (côres vivas excitam a criança).

Na parte superior da barra, pintados na própria parede, desenhos grandes, representando uma história. Isto serve para a introdução da criança ao hospital, auxiliando-a no ajustamento, porque nos servimos da pintura para narrar um conto.

Numa das paredes deve haver embutido um quadro negro, tomando tôda a sua extensão, ficando a 60 cm. do sólo. A sala precisa ser construida de modo a comportar três armários e uma prateleira embutidos (tudo deve ser embutido para evitar choque e acidentes). Nessa prateleira deixa-se lugar reservado para o toca-discos e discos, colocados a uma altura de mais ou menos 90 cm. do chão, para que as crianças maiores possam alcançar para tocar os discos. Ela destina-se ainda a livros e brinquedos e os armários a guardar os trabalhos executados pelas crianças (laborterapia), brinquedos, material de cinema (projetor e tela



* Profa. da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

de enrolar). Noutra parede um quadro de celotex ou similar poderá servir para se fixar os melhores trabalhos feitos pelas crianças.

Nos armários deve haver gavetas baixas onde as crianças possam guardar e apanhar suas coisas: lápis, cadernos etc. As gavetas serão individuais com os nomes dos que sabem ler e com bichinhos para os pré-escolares (êles sabem que sua gaveta é aquela que tem o elefante, ou o cachorro etc.).

Na sala deve haver lugar adequado para cada coisa, pois as crianças precisam aprender a trabalhar com ordem (dentro da desordem natural decorrente das atividades). Assim por exemplo quando recortam figuras de revistas para depois colar, cada uma receberá uma caixinha onde deverá colocar os retalhos de papeis que não serão ocupados.

5 — Janelas:

E' conveniente que as janelas sejam de correr, bem como a porta envidraçada que dá para o terraço. Nas janelas e portas, persianas leves de fácil manejo, a fim de que a sala possa ser escurecida para o cinema e na hora do repouso.

6 — Conjunto sanitário e lavabo: (fig. 1).

Junto à sala precisa haver um conjunto sanitário e lavabo, com pia e vaso sanitário instalados de maneira que as crianças possam alcançá-los cômodamente. Quando a bacia do sanitário é alta e larga, a criança sente medo de usá-la e serve de entrave aos seus hábitos de auto-suficiência. Em cima das pias deve colocar-se um espêlho para que os pequenos possam verificar quando tem o rosto sujo e necessitam lavá-lo, pentear os cabelos ou escovar os dentes.

As toalhas também devem estar à altura das crianças, a fim de que possam utilizá-las sem o auxílio dos adultos.

FIG. 1

7 — Terraço:

A sala de recreio deve ter comunicação com um terraço bem batido de sol ou um gramado, onde as crianças possam ser transportadas com facilidade para o ar livre. Nêsse terraço recomenda-se que se faça um canteiro de areia para as construções infantis (castelos de areia) e um canteiro de terra para que possam plantar e acompanhar o desenvolvimento das plantas. Alí podem ser colocadas cadeiras preguiçosas para as crianças em repouso (com restrição de atividades) e uns guarda-sóes de lona para o caso de sol muito quente. E' bom que haja, também, no mínimo, uma gangôrra e uma escorregadeira.

B — **Mobiliário:**

1 — Mesas:

Mesas revestidas de fórmica, de alturas variadas, para crianças de 1 a 5 anos e de 5 a 12 anos. Redondas (há mais aproveitamento do espaço e não há perigo de choque nos ângulos). Cada mesa poderá receber no máximo seis crianças:

2 — Cadeiras:

Estofadas de plástico, de pelo menos dois tamanhos, de acôrdo com a idade (para crianças de 2 a 5 anos e de 5 a 12 anos). As cadeiras devem ser de tamanho tal que as crianças possam sentar confortàvelmente, com os pés bem apoiados no chão e os cotovêlos na mesa, e a distância entre os assento da cadeira e a mesa, deve guardar proporção adequada à altura dos ocupantes. Sugerimos que as cadeiras sejam leves, fàcilmente transportáveis.

E' conveniente que haja na sala quadrados ("Chiqueirinhos") para as crianças menores.

III — **Funcionamento da Sala de Recreio**

A — **Considerações gerais:**

Em tôdas as atividades da sala de recreio, temos em vista as necessidades das crianças em suas múltiplas formas. Devem trabalhar e brincar em bôa harmonia, respeitando o direito dos companheiros, acatando a escôlha e decisão dos líderes. Procuramos fazer com que gozem de certa liberdade uma vez que essa liberdade não seja excessiva a ponto de tomarem conta da sala e desrespeitarem a ordem. A sua liberdade não deve prejudicar a liberdade dos outros.

E' mistér que haja um planejamento inteligente das atividades diárias dando a todos o repouso que necessitam, de acôrdo com seus diagnósticos.

A enfermeira responsável pela recreação deve possuir uma lista das crianças que costumam frequentar a sala de recreio, idades e diagnósticos. E' bom constar na lista as que devem observar repouso, repouso relativo ou atividade livre. As crianças devem ir à sala de recreio com licença médica por escrito. E' importante que se tenha a lista dos diagnósticos porque enquanto que em determinadas moléstias certas atividades são prejudiciais, noutras são indicadas. Assim por exemplo, soprar bolas de sabão ou mesmo instrumentos de sôpro, são atividades contraindicadas em cardíacos e recomendadas em certas moléstias pulmonares. E' preciso pois que, dentro de um plano geral de atividades em conjunto, haja diferenças decorrentes das moléstias, procurando agrupar as crianças por idade para laborterapia, jogos, pintura etc..

E' importante que se faça anteriormente o preparo psíquico da criança em repouso, a fim de não chocá-la a diferança de atividades entre ela e seus companheiros.

Não se deve separar as crianças por sexo.

B — **Horário:**

As crianças vêm à sala de recreio depois da visita médica. O horário em média é 9 hs. da manhã. Em hospitais onde a visita médica é à tarde, elas podem começar a brincar mais cêdo. À hora em que vêm à sala, já receberam a refeição da manhã e ali ficarão até depois do almoço, donde irão sair para a sesta.

As crianças não devem receber medicamentos na sala de recreio, uma vez que se quer fazer com que esqueçam o máximo possível que estão no hospital.

Dietas especiais também não devem ser dadas na sala, isto é, em horários diferentes. Por exemplo, há alguns que recebem suco ou leite às 10 hs. E' conveniente que saiam para tomá-los, porque senão, o fato de uns receberem algum alimento e outros não, cria uma diferença que não deve existir.

C — **Preparo para o repouso:**

Meia hora antes do almoço (aconselha-se que a atividade que antecede o almoço não seja muito fatigante) pedimos às crianças que guardem os brinquedos, colocamos a sala em ordem, as crianças lavam as mãos e se preparam para o repouso.

D — **Repouso:**

O repouso auxilia o ajustamento da criança às diversas atividades do dia e diminue sua excitação e irritabilidade.

Abaixam-se as persianas, deixando a sala na penumbra e colocamos na vitrola uma música suave. Podem surgir dificuldades no repouso: Algumas crianças principalmente as menores a princípio não o aceitam e enquanto os outros descansam — cabeça deitada nos braços — estas ficam andando pela sala. Não insistimos para os rebeldes repousarem. Um ou dois dias de excursão pela penumbra enquanto os outros repousam, são suficientes para que se convençam a repousar também. O repouso dura de quinze a vinte minutos, variando o tempo para mais ou para menos, da disposição dos doentinhos. Depois dêsse período, clareia-se a sala, as crianças estendem as toalhas nas mesas, e esperam o almoço, já sentadas nos seus lugares (que elas mesmas devem escolher).

E — **Refeições:**

Pode-se entrar em entendimento com a copa para que todos, na sala de recreio, sejam servidos ao mesmo tempo, pois se uns comerem antes e outros depois, perde-se muito da oportunidade magnífica de educar na hora da refeição: A maneira de portar-se à mesa, como usar o talher etc.. Em pouco tempo poderemos vêr que, comidas que não aceitavam em casa, passam a aceitar no hospital, uma vez que seus companheiros de mesa também comem e que não se insiste muito para a criança comer. Pode-se explicar a todos a importância dos alimentos contidos no cardápio do dia (Dieta Geral).

E' interessante separar as crianças em grupos de idade para as refeições. As que não comem bem devem ser colocadas ao lado das que comem de tudo. Os muito irriquietos, que derrubam comida no chão, na mesa, ou perturbam a refeição dos demais, devem ser agrupados mais ou menos separados dos outros.

A sobremesa só deve ser apresentada depois de terem terminado a refeição, porque, principalmente os menores, à vista da sobremesa, não querem comer mais nada. E' interessante aproveitar-se ao máximo as oportunidades para auxiliar a socialização da criança. Assim cada dia um dos maiores pode ser escolhido para anfitrião, arrumando as mesas e auxiliando a servir os outros.

Após o almoço, as crianças voltam para a enfermaria, para a sesta.

Se houver possibilidade, a sala de recreio deverá funcionar também à tarde, onde as crianças ficarão até depois do jantar.

IV — **Ajustamento e socialização das crianças. Diferenças individuais:**

As crianças na sala de recreio devem ser agrupadas em diferentes idades uma vez que o grupo é muito heterogêneo. Assim quanto menores as idades, menores os grupos, pois exigem mais cuidado e atenção por parte da pessoa que cuida. As crianças até dois anos, preferem brincar sòzinhas, enquanto que de três anos em diante já buscam a companhia dos outros, começando assim a socialização da criança. A criança sente grande dificuldade nos primeiros contactos sociais. Para resolver essas dificuldades, é necessário que tenham um aprendizado da vida social, uma vez que muito pequenas, não possuem ainda nenhum mecanismo social em sua totalidade. E' interessante observarmos crianças de 2, 3 anos que se encontram pela primeira vez. Seu comportamento revela uma insegurança, uma necessidade de sociabilidade, que embora seja forte nela, não sabe como satisfazê-la, uma ambivalência que se revela em muitas outras circunstâncias de sua vida, até mais ou menos a idade de oito ou nove anos, onde então não terá mais grandes dificuldades nos primeiros contactos sociais. E' nesses primeiros contactos que se torna imperioso o auxílio dos pais, da professora ou da enfermeira, dependendo das determinadas circunstâncias em que a criança esteja, e variando indubitàvelmente, de acôrdo com a situação particular de cada uma.

Quando lidamos, como já tivemos oportunidade de dizer, com um grupo tão heterogêneo, cujas idades variam entre 1 a 12 anos, vemo-nos frente a frente com problemas decorrentes das diferentes personalidades dos pequenos. Poderemos encontrar: Crianças inseguras, que se afastam expontâneamente do convívio dos outros. Tivemos, por exemplo, o caso de uma menina de 5 anos, cujo diagnóstico era verminose, que não queria se juntar às outras crianças e se isolava propositadamente mesmo na hora da refeição, sem tomar parte em nenhum jôgo ou brinquedo. Sem muita insistência, mas com perseverança, cada dia avançávamos um passo no seu ajustamento. E no fim de duas semanas já se interessou por alinhavos em cartões e começou a se sentar no meio das outras crianças.

Outros há que só querem ficar ao lado do adulto, seguindo-lhe todos os passos, sem tomar parte na atividade e nos brinquedos dos demais.

Outros ainda procuram por todos os meios chamar a atenção sôbre sua pessôa, não importa a maneira como o façam. Então se atiram no chão, não querem fazer nada individualmente e não querem tomar parte nas atividades em conjunto, querem a todo o custo a atenção do adulto, mesmo que esta venha sob forma de repreensão. Se comprazem em irritar os demais e se esforçam para isto. Se não dermos importância às suas atitudes, se desapontam e melhoram.

Crianças há, tão tímidas, que não brincam, mesmo quando se lhes coloca o brinquedo na frente. Às vêzes isto é por timidez, medo, ou simplesmente porque não sabem brincar (algumas nunca tiveram um brinquedo nas mãos).

Outras assumem atitude de liderança. Querem sempre chefiar os brinquedos. Essa atitude precisa ser bem orientada, para uma liderança democrática, sem despotismo.

Não se pode pretender que tôdas as crianças de um mesmo grupo de idade respondam do mesmo modo ou alcancem um mesmo grau de desenvolvimento. Precisamos ter sempre em mente as diferenças individuais e procurar respeitá-las.

V — **Pessoal para a Sala de Recreio:**

Fazendo o cálculo de uma maneira mais ou menos objetiva, podemos deduzir aproximadamente que necessitamos uma pessoa para cada dez crianças, dependendo naturalmente da idade das mesmas. Os menores dão muito mais trabalho que os maiores. Vários atributos são exigidos para os que trabalhom na Sala de Recreio.

a) Devem ter algum preparo sôbre psicologia infantil, e trabalhar sob orientação direta de uma enfermeira ou pessôa especializada.

b) Acima de qualquer outra qualidade precisam gostar muito de crianças, tratando-as de maneira igual, sem favoritismos, pois as crianças parece que adivinham se os adultos gostam delas ou não.

c) Precisam ser afetivas, alegres a fim de essa alegria contagiar a criança.

d) Devem gozar bôa saúde.

e) Procurar conhecer o passado educacional da criança, o meio em que vive, como são seus pais, para compreender suas deficiências e tentar corrigí-las.

f) Amar a vida ao ar livre, música, arte e literatura infantil; cantar regularmente para poder realizar tôdas as atividades da recreação das crianças.

VI — **Atividades da Sala de Recreio:**

A — **Jogos:**

As crianças precisam de oportunidade para se divertir em grupos. Com a prática de jogos e dansas, desenvolvem seus grandes músculos, conseguindo vida sadia e postura correta.

Os jogos de tômbola, dominó, torrinha, distraem e auxiliam a coordenação motora das crianças. Quebra cabeças fazem com que treinem os dedos e aprendam a raciocinar (fig. 2).

Blocos e tacos pequenos são indispensáveis para as construções infantis auxiliando o desenvolvimento e a imaginação das crianças.

Jogos de bola, petéca, tamborete são bons para os que têm atividade livre.

Enfiar contas para fazer um colar desenvolve a coordenação motora e proporciona à criança oportunidade de aprender a contar.

As crianças gostam muito de brinquedos em grupo: Os meninos preferem os brinquedos de carpintaria, com pranchas, pregos e martelo e assim têm oportunidade de consertar brinquedos quebrados ou mesmo construir alguma coisa sob orientação do adulto (fig. 3).

Gostam de brincar de venda, vendendo e comprando, e os maiores podem ter aqui a oportunidade de aprender a fazer troco e conhecer o dinheiro.

As meninas adoram o brinquedo de "casinha", onde se distráem durante muito tempo.

B — **Livros:**

Proporcionam à criança horas sem conta de instrução e distração. Devem aprender a cuidar dos livros, guardando-os sempre depois do uso e manejando-os com cuidado. Os mais apreciados são aqueles que têm histórias com figuras coloridas.

C — **Diversões ao ar livre:**

São muito importantes para os doentinhos. Quando o tempo estiver quente e firme pode-se prolongar um pouco mais os divertimentos ao ar livre e no tempo de inverno devem ser quasi abolidos.

D — **Música:**

1) Discos: As crianças menores de 5 anos preferem as músicas mais simples. Gostam de discos de histórias, principalmente se na história houver música.

Os maiores de 6, 7, 8 anos preferem manipular a vitrola, o que poderão fazer com a supervisão do adulto. Devem aprender a cuidar dos discos, manuseá-los com cuidado e conservá-los nos lugares.

2) Músicas preferidas: Preferem as canções curtas: brinquedos cantados, músicas folclóricas, canções de ninar. Às vêzes uma canção alegre e ritmada, conduz a criança expontâneamente à dansa. Êsse movimento físico da dansa é uma válvula de escape para seus sentimentos e impulsos.

3) Instrumentos musicais: Instrumentos musicais simples podem ser usados pelas crianças, se orientadas pelo adulto na maneira de manejá-los. Assim poderão ter tambores, sininhos, chocalhos, apitos, cabaças, e até instrumentos um pouco mais complexos, como uma pequena cítara popular que desperta muito interêsse por parte das crianças.

FIG. 2

FIG. 3

E — **Desenho e Pintura:**

1) **Considerações gerais:**

São as atividades que se revelam melhores meios de expressão do sentir da criança, mesmo que seja sòmente a atividade física de espalhar a tinta pelo papel.

As crianças de 3, 4 anos não têm ainda contrôle muscular adequado de modo que seus primeiros ensaios na pintura são interessantes. Pegam o pincel com as duas mãos e ficam entusiasmadas à medida que a tinta vai enchendo o papel em pinceladas enormes. As crianças maiores, de 8, 9, 10 anos têm melhor contrôle muscular e devem usar pincéis mais finos que os pequenos.

O estilo da criança é expontâneo. Por isso ela deve pintar algo de sua escôlha e não da escôlha do adulto. Alguma coisa se passa no íntimo da criança quando ela está entretida, pintando. E' por isso que a pintura é um meio valioso para se interpretar as experiências da criança. Ela gosta de espalhar as tintas sôbre o papel numa mistura de côres e é muito comum quando se lhe pergunta o que fez, responder: "Nada; mas eu gosto, é bonito".

Alguns precisam ser estimulados à princípio, pois não se atrevem a pegar nos pincéis, embora vejam os outros pintando. Deve-se encorajá-los, deixando sempre o material ao alcance de suas mãos, até que se resolvam a utilizá-los. Tôda a criança precisa ser auxiliada, principalmente se é a primeira vez que vai realizar uma atividade.

As crianças menores devem começar pela pintura a dedo, para depois passarem para a pintura com pincel.

Deve-se deixar que a criança pinte o que quizer, sem sugestões e ela poderá então dar livre curso a sua imaginação.

2) **Material:**

a) **Tintas:** Nas casas especializadas podemos comprar a pêso tintas em pó, para pintor. Não são muito caras e rendem. E' melhor comprar apenas côres puras, Verde, Vermelho, Amarelo etc. do que comprar as primárias e misturar para obter as complementares.

Podemos diluir a tinta de três maneiras:

Com água:

Põe-se uma colher de pó de tinta numa vasilha pequena e coloca-se pouca água até fazer uma pasta. Depois que estiver bem desmanchada a tinta, põe-se mais água, numa diluição tal que a tinta possa ser espalhada fàcilmente sôbre o papel. Se ficar muito diluida não desperta o interêsse das crianças e escorre muito no papel.

Com maizena:

Faça-se um mingáu mais ou menos ralo de maizena com água e dilua-se com êle as tintas. Ficará uma tinta bôa para as crianças pintarem com o dedo.

Com goma arábica:

Com partes iguais de goma arábica e água quente, faça-se a diluição. Resultará uma tinta mais firme e melhor para pintura de trabalhos mais delicados: caixinhas, fantoches etc..

E' interessante que se colecionem potes vazios de crême de rosto pois são ótimos para se misturar as tintas. E' mesmo conveniente que se colecione uma porção dêles para que cada criança tenha sua própria variedade de côres, a fim de se evitar que precise usar as do companheiro, cruzando o braço por cima do trabalho do outro, sujando a roupa e estragando a pintura do visinho.

b) **Pincéis:** Cada pote de tinta deve ter seu pincel. Não é necessário comprar pincéis caros. Podemos comprar por poucos cruzeiros êsses pincéis mais baratos, tipo de goma arábica, que podem ser utilizados muito bem.

c) **Papel:** O papel manilha de côr natural é barato e pode ser utilizado para a criança pintar. O papel de embrulho, quando já usado, pode ser utilizado se fôr passado a ferro para desfazer as dobras. Para pintura, o papel deve medir cêrca de 45 cms por 60 cms. O papel para desenhos a lápis de côr, deve medir 22 por 30 cms, menor do que o utilizado para pintura pois um risco de lápis não cobre tanto espaço no papel, quanto uma pincelada de tinta e se o papel fôr muito grande a criança encontrará dificuldade em encher o espaço em branco.

E' interessante que se use material barato, pois assim a criança terá liberdade de usar tanto papel quanto quizer. Realmente ela costuma gastar muito pouco tempo em cada trabalho; mal acaba um desenho já quer começar outro e não há papel que chegue.

d) **Cavalete:** A pintura em cavalete tem algumas vantagens: Mantém o papel em posição vertical, de modo que a criança tem bôa visão do que está fazendo e pode trabalhar com confôrto.

Há diversas maneiras de se improvisar um cavalete: Nêsses quadros negros em forma de cavaletes, pode-se prender o papel de desenho com tachas de cabeça. O papel pode ser fixado com tachinhas à parede. Pode-se também encostar à parede um pedaço grande de celotex ou similar onde prendemos o papel com tachas. Improvisa-se ainda um cavalete, apoiando-se o celotex às costas de uma cadeira alta. O centro do papel deve estar ao nível dos olhos das crianças. Certas crianças preferem pintar na mesa. Não há inconveniente se a mesma fôr de altura adequada e a criança puder pintar livremente em posição confortável.

e) **Giz:** E' material interessante que pode ser usado pois obedece ao leve toque da criança. No entanto larga muito, tanto no papel onde foi pintado, como também nas mãos e nas roupas das crianças. Devemos fixar o papel com tachas, à parede ou cavalete de modo a não sujar o braço da criança.

f) **Lápis de côr:** Os lápis de côres variadas satisfazem plenamente a criança. Para os menores, os lápis de diâmetro maior são os melhores e para os maiores, os de diâmetro mais fino, pois já tem mais facilidade em coordenar o movimento dos dedos.

g) **Guache:** E' tinta do tipo de aquarela, vendida em potes e fàcilmente solúvel em água. Dá muito bom resultado mas é um pouco cara.

3) **Avental:**

Quando a criança está pintando ou modelando é bom que use um avental a fim de proteger a roupa. Os melhores são de plástico e para melhor proteção é preferível que sejam inteiriços abotoados nas costas.

4) **Aprendizado:**

E' conveniente que se ensine alguns princípios à criança antes de começar a pintar:

Precisam aprender a cuidar do material. Quando terminam a pintura, devem lavar os pincéis em água fria e colocá-los com os pêlos para cima, dentro de um pote para que possam secar bem.

Os potes de tinta devem ser conservados tampados para evitar que o solvente se evapore muito ràpidamente.

Precisam pôr de volta cada pincel em seu pote de tinta respectivamente e se usarem só um pincel, aprender a lim-

pá-lo depois de usar cada côr. Devem passar o pincel na beirada do pote a fim de retirar o excesso de tinta, de modo que não fique pingando sôbre o papel. Devem deixar uma tinta secar para depois passar outra por cima a fim de não borrar a pintura. Aprendem a pincelar delicadamente, molhando com frequência o pincel pois assim haverá tinta suficiente sem precisar esfregá-lo, o que estragará o pincel.

Não se deve insistir nêsses detalhes principalmente se a criança fôr muito pequena. Mas no momento em que estão pintando pode-se aproveitar a oportunidade de ir ensinando, uma coisa por dia.

F — **Modelagem:** (fig. 4)

Material muito usado para a recreação infantil é a argila por ser barata e fácil de encontrar. Pode ser comprada a pêso nas fábricas de cerâmica e deve ser conservada em uma lata de boca larga ou tacho, com tampa, pois coberta permanece mole por mais tempo. Para melhor conservar a argila, fazemos com tôda a massa bolas de dez, doze centímetros de diâmetro e nelas fazemos um furo com o dedo. Nessa depressão colocaremos água, a fim de que a massa se conserve. Além disso cobre-se tudo com um pano que deve ser conservado molhado. A argila sêca demais se esfarela ou racha e muito molhada agarra nas mãos das crianças e nas pranchetas de modelagem, dificultando otrabalho. Outra massa muito usada para fazer cabeças de fantoches e bonecos é a seguinte: Pica-se bem miudo pedaços de papel pluma ou papel higiênico (é mais barato mas não fica tão bom). Umidece-se êsses pedaços de papel e junta-se-lhes uma mistura de farinha de trigo e água, amassando bem até ficar como massa de macarrão.

1) **Prancheta de modelagem:**

E' recomendado que se dê à criança um pedaço de madeira de cêrca de 25 por 35 cms com grossura de 1,5 cms para poder trabalhar bem com a massa em cima dessa prancheta. Pode-se aproveitar para isto, um fundo de caixa, bem lixado.

E' sempre bom que se forrem as mesas com jornais, tanto para a pintura como para modelagem a fim de se evitar muita sujeira sôbre elas e também para facilitar a limpeza final.

Queremos repetir aqui que a criança deve pintar ou modelar aquilo que quizer, sem sugestões dos adultos, pois assim terá mais prazer em dar livre curso à sua imaginação e iniciativa.

VII — **Sugestões para recreação e trabalhos a serem executados pelas crianças na sala de recreio:**

1 — Fios elétricos cobertos de matéria plástica, para fazer cestinhas, bonecos, etc.

2 — Envoltório de material plástico dos fios elétricos, de várias côres, para cortar em pedaços pequenos e enfiar como colar.

3 — Tampinhas de litro de leite: Recortar para fazer flôres; Furar no meio para fazer colares.

4 — Conchinhas para fazer colares ou enfeites de conchas.

5 — Cascas de óvos para fazer palhacinhos, bonecos, etc.

6 — Barquinhos e outros enfeites de casca de noz, amendoim etc.

7 — Trabalhos de feltro recortado e pregado em cartões: Corações flôres etc.

8 — Quadrinhos pintados.

9 — Bolinhas de barro, feitas pelas crianças, furadas e pintadas para fazer colares.

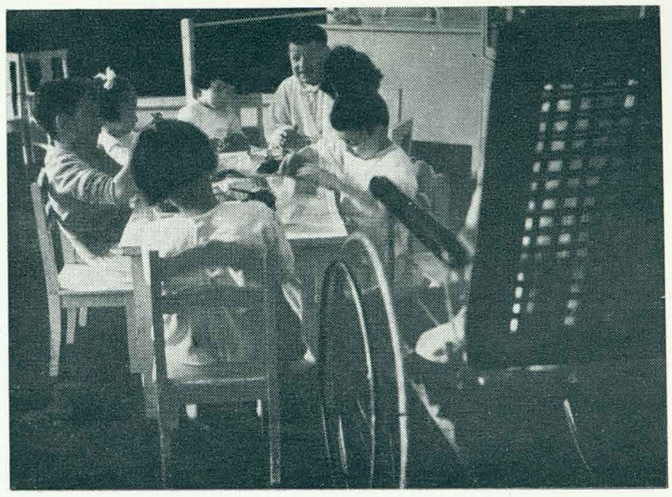


FIG. 4

10 — Recortes de figuras coloridas de revistas, para fazer albuns, cartazes etc.

11 — Recortes de pedaços irregulares de papel colorido, de várias côres para revestir caixinhas, vasos etc.

12 — Bichinhos recortados em madeira ou papelão e articulados com pedacinhos de arame.

13 — Móveis de caixas de fósforos; cobertas com papel de côr. Fazem-se poltronas, sofá e mesa (o pé da mesa é feito com um carretel).

14 — Caixinhas: Cobertas de pano ou feltro; Enfeitadas com conchas; Enfeitadas com macarrão pintado.

15 — Quebra-cabeças: Colocamos uma figura num papelão e recortamos em pedaços irregulares.

16 — Macarrão pintado para enfiar em colares.

17 — Bonecos e outros brinquedos feitos de rolha.

18 — Bonecos feitos de algodão; de meia ou de pano.

19 — Peixes feitos de papelão e recortados; na boca coloca-se uma argolinha de arame. Varinhas com linha na ponte e um ganchinho feito dêsses clips de papel servem de anzol.

20 — Desenhos para colorir.

21 — Baralhos feitos com figuras iguais desenhadas ou recortadas e coladas.

22 — Alinhavos em cartões.

23 — Quadrinhos com molduras caseada, de linha ou ráfia.

24 — Teatro de fantoches.

25 — Tacos de blocos de madeira para construções.

26 — Bolas de sabão.

27 — Tecelagem de papel.

28 — Dobraduras.

29 — Teatro infantil — pelas crianças ou pelos adultos para as crianças.

30 — Trabalhinhos de agulha para as meninas.

31 — Papel de bombom para fazer quadrinhos.

32 — Histórias dramatizadas.

CONCLUSÃO

Por tudo o que foi exposto parece oportuno salientar que os hospitais que mantêm Clínica Infantil possuam uma sala de recreação para as crianças, pois estas chegam muitas vêzes a se esquecer dos seus sofrimentos se estiverem brincando, ou distraidas numa ocupação bem orientada.

BIBLIOGRAFIA

ANDRUS, RUTH, BRUMBAKER, MIRIAM e outros — "**O Mundo da Criança**" Traduzido do inglês, Vol. 14 — Editôra Delta S.A. — Rio de Janeiro.

CUSINET, ROGER — **La vida social de los niños** — Editorial Nova — Buenos Aires, 1953.

DR. HENRIQUE TASTALDI
Professor Catedrático de Química Biológica da Faculdade de Farmácia e Odontologia da Universidade de São Paulo

A HABILITAÇÃO DO FARMACÊUTICO PARA O LABORATÓRIO CLÍNICO

As disposições legais sôbre o exercício profissional facultam ao farmacêutico, além da responsabilidade da Farmácia, a participação técnico-científica nos laboratórios industriais de medicamentos, a execução das análises de contrôle de drogas, medicamentos e alimentos, nas emprêsas particulares e nos serviços de Saúde Pública do Estado, a direção de laboratórios de análises clínicas. Esta última prerrogativa vigora de longa data, pois que um dos primeiros laboratórios de análises de São Paulo foi instalado no ano de 1904 pelo Farmacêutico José Malhado Filho, ex-catedrático de Química Biológica da Faculdade de Farmácia e Odontologia, Professor Emérito da Universidade de São Paulo. Na época funcionaram igualmente, porém, durante pouco tempo, os laboratórios do Dr. Arthur Mendonça e dos Drs. Victor Godinho e Theodoro Bayma, e, na Farmácia do Veado, hoje Veado de Ouro, seu fundador, Farmacêutico Gustavo Schaumann, até 1905, executava análises de urina. Alguns anos mais tarde instalou-se o laboratório do Dr. Jesuino Maciel; êste e o de Malhado Filho sobreviveram, prestando, por vários decênios, assinalados serviços aos clínicos da Capital.

Os farmacêuticos do comêço do século não procuraram imitar Malhado Filho. Entregaram-se de corpo e alma aos misteres específicos da Botica, que tão bem souberam dignificar, realizando, com arte, ciência, sacrifício e bondade, obra humanitária merecedora de vivo e perene respeito. Permaneceram indiferentes ou indecisos com relação ao laboratório, enquanto os clínicos se esmeravam e criavam novos centros de análises e pesquisas. Tornou-se mesmo tradição na classe médica entregar-se pelo menos um graduado de cada turma aos misteres do laboratório, convertendo-se naturalmente em núcleos de convergência de todo o serviço laboratorial de seus colegas. Por outro lado, a direção de hospitais, centros de saúde e caixas beneficientes, confiada acertadamente a facultativos, fêz com que recaísse invariàvelmente sôbre seus colegas de profissão a indicação para a chefia dos respectivos laboratórios de análises. O exercício do laboratório tornou-se destarte uma espécie de privilégio natural do médico.

Contudo, no correr dos anos, o panorama da Farmácia se alterou profundamente. O medicamento foi industrializado. As fórmulas que eram aviadas em escala limitada, esparsamente, nas farmácias-oficinas, por inúmeros profissionais, passaram a ser elaboradas em massa nos magníficos laboratórios industriais de hoje. A atividade farmacêutica sofreu drástica centralização, ocupando no ofício um número relativamente menor de profissionais. Com isto a farmácia-oficina perdeu algo de sua antiga nobreza, prescindindo, até certo ponto, daquele magnífico cartel de predicados técnicos, científicos, culturais e morais, que constituia o apanágio da figura venerável do farmacêutico de outrora. Assim transmuda, mercantilizada ao máximo, deixou de exercer o fascínio de outros tempos. Como consequência, o farmacêutico vem se desinteressando pela botica, e procura enveredar por outras sendas legais do terreno profissional. Entre os novos rumos destaca-se justamente aquêle em que mais produtiva e eficiente seria sua atuação — o Laboratório Clínico — por êle mesmo esquecido tantos anos.

Analisemos um momento suas habilitações nêsse campo. Num confronto de currículos, verifica-se que o farmacêutico, tanto quanto o médico, recebe ensinamentos de Química Biológica, de Parasitologia, de Microbiologia e de Higiene. Se de um lado o farmacêutico não se acha capacitado a executar os exames hematológicos e anátomo-patológicos e as determinações de metabolismo basal, por outro lado sobram-lhe conhecimentos teóricos e exercitação prática para as demais provas reclamadas pelos clínicos. No àmbito químico, então, sobrexcede o médico, porque êste não adquire nos bancos universitários, como êle, a sólida base de Física, de Química Orgânica e sobretudo de Química Analítica, sem levar em linha de conta, ainda, o tirocínio químico analítico conferido pelas cadeiras de Farmácia Galênica, Farmácia Química e Química Toxicológica e Bromatológica. A simples enunciação das cadeiras de sua formação, está a indicar o farmacêutico como elemento ideal para o Laboratório Clínico. Exatamente por essa razão, em países europeus, o farmacêutico domina inteiramente o setor, ou o reparte irmãmente com o médico.

Muitos ignoram a alta qualificação do farmacêutico, e talvez a isso se deva o diminuto aproveitamento dêsse profissional no laboratório clínico. Por fôrça das circunstâncias criadas, o farmacêutico, isolado, pelo menos nos grandes centros, teria poucas probabilidades de êxito no laboratório de análises; nas cidades interioranas talvez fôsse bem aceito, mas mui duvidosa ser-lhe-ia a compensação. O Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional, com vistas à saúde pública, poderia conceder a devida licença ao farmacêutico proprietário da farmácia, para instalação do seu laboratório de análises ao lado ou em dependência da própria farmácia. Do exercício da dupla atividade, perfeitamente compatível, auferiria certamente o profissional remuneração condigna à sua condição de titular universitário. Seria esta uma forma de proporcionar às populações desfavorecidas o recurso analítico indispensável para a bôa atuação do médico.

Como vemos, médicos e farmacêuticos deveriam aproximar-se mais, e estabelecer sadio consórcio no desempênho das funções de laboratorista. Assim continuariam, com nobreza e dignidade, como sempre, a Medicina e a Farmácia, a palmilhar a estrada difícil e tormentosa de seu progresso, prosseguindo, permanentemente em conjunto, na obra meritória que está indestrutìvelmente ligada à sobrexistência da própria humanidade.

P R O J E T O

CONTRIBUIÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE CENTROS CIRÚRGICOS E OBSTÉTRICOS

JARBAS KARMAN • Arquiteto-Consultor Hospitalar

Desde a divulgação, em 1946, dos "Elements of the General Hospital", os hospitais modernos vêm adotando, em linhas gerais, para as suas Unidades de Centro Cirúrgico e Obstétrico, o agrupamento preconizado pelo Serviço Americano de Saúde Pública, de duas Salas de operação ou Parto com uma Sala de Subesterilização, de permeio. Outros elementos mais, considerados indispensáveis e obrigatórios, e que integram êsses centros são: as salas de Expurgo e Limpeza, Posto de Enfermeira, Reserva do Instrumental, Depósito de Material de Anestesia, de Material Esterilizado, de Material de Limpeza etc.

O Centro de Material e de Esterilização, também tem o seu lugar reservado nessa unidade (Fig. 1).

Para a Unidade de Centro Obstétrico, repetem-se grande parte dos elementos requeridos para a Unidade de Centro Cirúrgico (Fig. 2).

Tôdas essas funções, se bem que definidas e necessárias, comportam uma redistribuição e unificação em torno da Central de Esterilização, completando o seu papel de Unidade de Centro de Material e de Esterilização, dentro do Hospital.

As figuras, nºs. 3, 4 e 5, dão exemplo de hospitais que tiveram suas unidades de Cirurgia e de Obstetricia projetadas nêsse sentido.

A unificação preconizada permite economia e simplificação, tanto no concernente à planta física e áreas, como ao pessoal e funcionamento, já que decorre do agrupamento de funções afins e da supressão de separações e segregações, consideradas e tidas como obrigatórias, mas que, em verdade, não mais são justificáveis.

E' o caso das múltiplas salas de subesterilização de um grande conjunto cirúrgico ou obstétrico, como, por exemplo, o da fig. 1. Sendo as funções da Central de Esterilização e da Subesterilização semelhantes, e restringindo-se a Subesterilização à esterilização de, apenas, instrumentos cirúrgicos, não deixa de ser duplicação, por demais onerosa para tão limitadas atribuições, destinaram-se 10 metros quadrados de área a cada Subesterilização e de se repetirem, tantas vêzes quantas forem as salas de Subesterilização, os seguintes dispendiosos equipamentos, além dos já existentes na Central: pia e balcão, geralmente de aço inoxidável; esterilizador rápido de pressão; lavador e esterilizador de instrumentos cirúrgicos; esterilizador de água quente e fria (hoje, com vantagem substituido por soro isotônico ou água esterilizada em frascos) e aquecedor de cobertores e de soluções (atualmente em desuso).

A primeira simplificação, a que uma análise racional conduz, é a da adoção de uma Sala de Subesterilização única, comum, e diretamente acessível das Salas de Operação.

A segunda simplificação, além da mencionada supressão das subesterilizações de permeio às Salas de Operação ou Parto, é a da ampliação de suas atribuições, com a incorporação: das atividades de escovação e desinfecção pré-operatória dos cirurgiões e enfermeiras; das da Sala de Expurgo e Limpeza do material pós-operatório; da guarda de material e aparelhos necessários às Salas de Operação ou Parto e guarda do material e utensílios para a limpeza do centro cirúrgico e obstétrico.

Não há razão para o não agrupamento de tôdas essas funções auxiliares e complementares do Centro Cirúrgico, mormente em vista de a sua separação acarretar desvantagens quanto à área, construção, circulação, funcionamento e mesmo assepsia. Assepsia essa, por cuja conta e errôneo conceito corre grande parte dos exagêros das sub-divisões dos atuais centros cirúrgicos. E' o que, por exemplo, ocorre com a Sala de Expurgo. Instrumentos, materiais e vasilhames contaminados com pús, sangue, fezes e fragmentos de tecidos podem, com maior vantagem para a unidade, ser limpos e esvasiados no despejo e pia de uma sala imediatamente contígua, do que após travessia de salas, portas e corredores, em demanda duma Sala de Expurgo às vêzes distante, e donde, aliás, têm que voltar, lavados, é verdade, mas nem por isso mais assépticos; por isso que retornam à autoclave da Subesterilização. Nêsse sentido, a introdução gradual, nas Salas de Subesterilização, dos "Lavadores e Esterilizadores de Instrumentos", que, em poucos minutos, devolvem, já limpos, esterilizados e prontos para nova intervenção, os instrumentos contaminados, restringiu, ainda mais, o uso da Sala de Expurgo e Limpeza.

Preconceito idêntico ocorre com o material de limpeza, que, após ser utilizado na Sala de Operação, é banido para um distante armário do corredor cirúrgico, para, finda a operação, ser novamente procurado. Se êsse material está em condições de entrar em contacto com paredes e pisos das Salas de Operação, por certo, também estará para permanecer num adequado armário da Sala de Subesterilização. Por maior razão, os lavabos, para a escovação e desinfecção pré-operatória dos cirurgiões, podem ser instalados nessa mesma Sala de Subesterilização.

Justificadas essas múltiplas e novas funções da Sala de Subesterilização, de que, aliás, hospitais modernos dão exemplo (Planejamento de Hospitais, pg. 183) ressalta, como terceira simplificação, a resultante ligação e mesmo fusão da Subesterilização com a Central de Esterilização.

Normalmente, a Unidade de Centro de Material e de Esterilização se destina ao recebimento e limpeza de materiais; reparo e recondicionamento; preparo e esterilização e à guarda do material esterilizado e não esterilizado de todo o hospital. A sua fusão à Subesterilização lhe trará mais as funções de: lavagem e esterilização de instrumentos cirúrgicos; esterilização de instrumentos cortantes; esterilização de instrumentos de emergência; armazenamento de soluções e de germicidas; guarda de material de limpeza; reserva de máscaras e gôrros; escovação e preparo dos cirurgiões e enfermeiras; reserva de sabão, escovas e desinfetantes para a escovação; despejo; recebi-

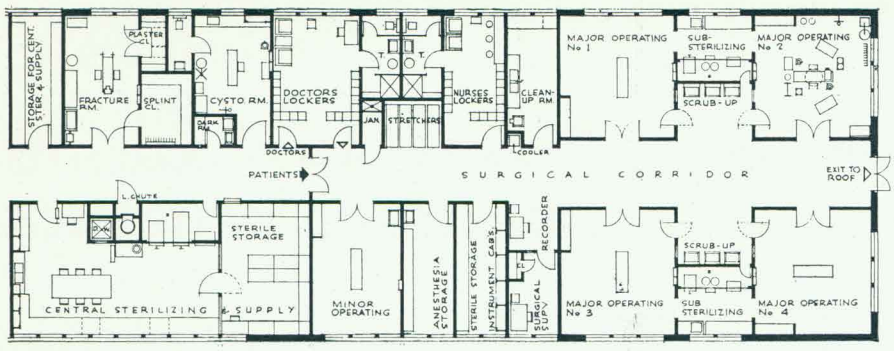
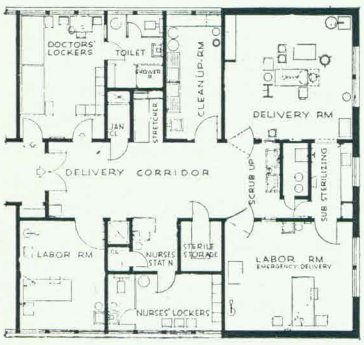


FIG. 1. Serviço Americano de Saúde Pública.



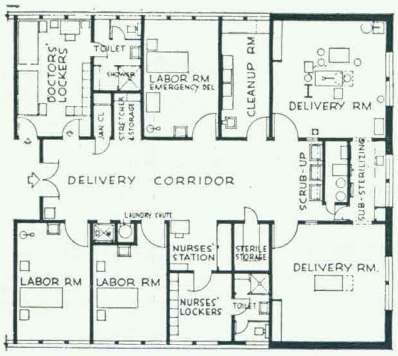
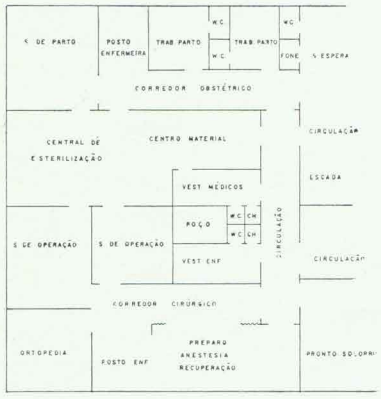


FIG. 2. Serviço Americano de Saúde Pública.



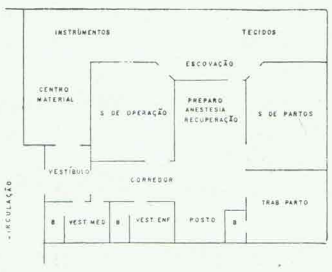


FIG. 3. Hosp. S. José do Rio Preto. (E. S. Paulo).

FIG. 4. Hospital Souza Campos. (São Paulo).

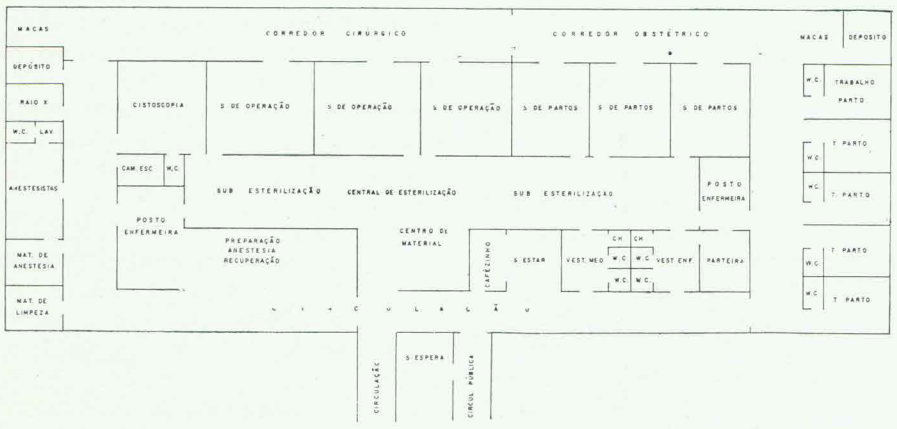


FIG. 5. Hospital Femina. (Pôrto Alegre).

mento do material provindo das Salas de Operação e Parto destinado à lavandaria e incineração.

Não há dúvida de que o ambiente do Centro de Esterilização deva oferecer condições de assepsia (impedir a contaminação) e de antissepsia (impedir a proliferação microbiana), mas nem por isso, como aliás ocorre com as salas de subesterilização, materiais sujos e contaminados deixam ou devam deixar de ingressar na Unidade para a necessária limpeza e subsequente esterilização.

Naturalmente, aos tecidos e instrumentos, principalmente aos reconhecidamente contaminados, aplicam-se as técnicas adequadas, de acondicionamento, transporte, manuseio etc.. Aos pisos, pó e fiapos de gaze, principalmente dos da secção de dobraduras, dispensam-se cuidados especiais, por constituirem bom meio de veiculação de bactérias e esporos sêcos. Nêsse sentido, a sôbre-pressão que o ar condicionado cria nas Salas de Operação e Parto, a exaustão, para o exterior, do ar da Central de Esterilização e a tendência de os hospitais adquirirem dobraduras, e os vários tipos de gaze e compressa, prontas, fornecidas em condições econômicas pela indústria, a localização da Unidade em ala protegida e outras medidas mais, asseguram as condições e cuidados de que devem ser cercados tais conjuntos.

Outra vantagem oferecida por tal concentração é a simplificação trazida aos Postos de Enfermeira e Serviço, tanto da Sala de Recuperação — comum aos pacientes de cirurgia e obstetricia e ora acumulada das funções de Preparo e Anestesia — como, também, do Conjunto Obstétrico, pela sua direta ligação com a fonte de suprimento dos materiais esterilizados e não esterilizados, das quais carecem (Fig. 5).

Finalmente, o último rompimento com a tradicional separação física entre cirurgia e obstetrícia é a justaposição de Salas de Operação e Parto, indistintamente ligadas à mesma Central de Esterilização. A técnica de só materiais rigorosamente esterilizados entrarem em contacto com pacientes em Salas de Operação e Parto, além da eliminação de pó, a desinfecção e o umedecimento dos pisos antes das operações, o conveniente uso de máscaras, a provisão de áreas vestibulares e outras condições mais é que tornam, hoje em dia, as operações e os partos seguros e livres de contaminação, e não a clássica barreira física ou separação geográfica entre obstetrícia e cirurgia, cirurgia séptica e asséptica, de pronto socorro ou de ambulatório.

HOSPITAL INFANTIL MORUMBÍ

Projeto: Arq. OSWALDO ARTHUR BRATKE • Consultor Hospitalar: DR. MÁRIO SERAPHICO

Adianta-se o Brasil no terreno da construção hospitalar, projetando e construindo hospitais que nada ficam a dever aos melhores hospitais do mundo.

Agora é o Hospital Infantil Morumbí de iniciativa particular que está sendo construído em São Paulo, e que é dedicado exclusivamente ao tratamento da criança.

Para a sua localização foi escolhido um dos mais modernos bairros da Capital, o Jardim Leonor. A sua construção ocupa tôda uma quadra no referido bairro, a uma altitude de 800 metros e em mais de 10.000 m² de terreno.

O projéto obedeceu às mais modernas normas técnicas no setor do planejamento hospitalar. Os estudos preliminares incluiram visitas e consultas aos mais adiantados hospitais para tratamento de crianças, dos Estados Unidos e da Europa. Todos os detalhes foram minuciosamente estudados de forma a se obter um plano funcional perfeito.

O hospital foi projetado em um único bloco, com duas alas. Êstes destinam-se: uma, a serviços auxiliares, tais como laboratórios, raios X, ambulatório, banco de sangue, bibliotéca, centro de estudos e pesquisas e centro cirúrgico; outra, destina-se aos serviços gerais. Com esta disposição, o corpo central com 6 andares ficou destinado exclusivamente às unidades de enfermagem, o que facilitou muito a circulação do hospital, evitando cruzamentos frequentes em construções antigas.

O planejamento em um único bloco, em sentido vertical, permitiu que grande parte do terreno fôsse aproveitada para jardins, com locais adequados para a recreação de crianças convalescentes.

Conforme se poderá verificar pelas plantas, as unidades de enfermagem foram idealizadas de tal forma a combinar as necessidades de uma criança doente, com uma bôa supervisão, bôa iluminação, aeração, facilidades para jógos infantís. Todos os postos de enfermagem e outras áreas de serviço foram localizadas na face sul a fim de que todos os quartos fossem providos de terraços com insolação adequada. Painéis de vidro nas paredes dos corredores, combinados com um bom sistema de escuta e sinalização darão às enfermeiras um perfeito contrôle dos pacientes, fazendo com que os mesmos se sintam protegidos e não se considerem isolados, e aos acompanhantes uma participação involuntária das atividades hospitalares. Os quartos foram projetados para receber pacientes de duas categorías, com acompanhantes e sem acompanhantes e a nova orientação será facilitar ao máximo a permanência dos acompanhantes com a criança enferma a fim de se evitar um traumatismo psíquico no momento menos oportuno. A permanência das mães no hospital faz parte do programa educacional.

O número de leitos em cada quarto foi limitado ao máximo de 4, evitando déssa forma que as crianças se sintam como que perdidas, sentimento comum quando internadas em grandes enfermarias e ao mesmo tempo proporcionando-lhes companhia, a fim de que não se sintam isoladas.

Ainda com referência a circulação, os recursos arquitetônicos foram engenhosos.

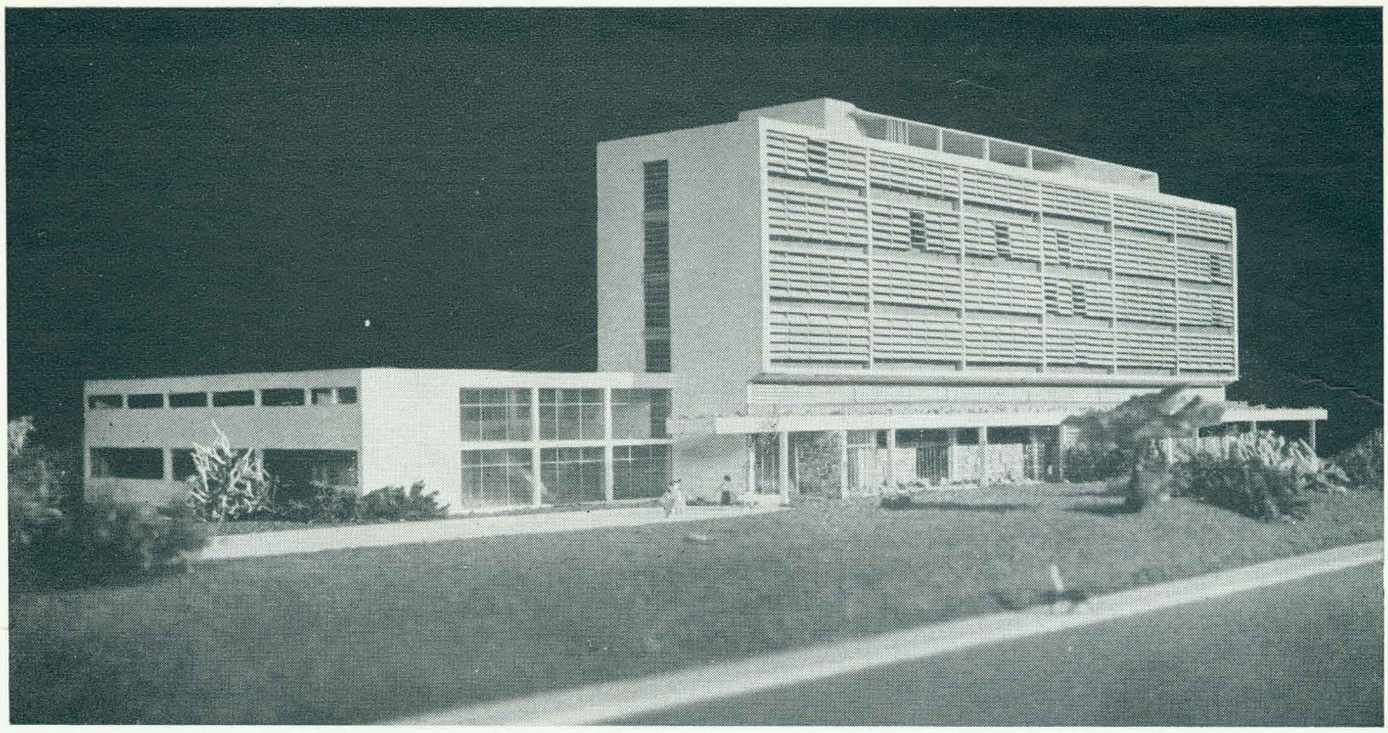
Chama a atenção a movimentação do doente dentro do hospital, para as salas de operações, raios X, tratamentos fisioterápicos e entrada de emergência. O transporte do doente será feito sem a necessidade de que macas carregando doentes passem e estacionem no vestíbulo e corredores principais. Um sistema de elevadores com portas duplas e um pequeno corredor interno permitiu a solução apontada.

Igualmente digno de nota é o Centro Cirúrgico do Hospital. A disposição de suas salas em relação aos vestiários de médicos e enfermarias, bem como ao centro de material, permitirá a execução de uma técnica perfeita. Inclue o referido centro duas novas unidades, uma delas já adotada por alguns dos nossos hospitais, a sala de recuperação post-operatória e outra a sala de preparação que contribuirá muito para o preparo psicológico da criança que necessita ser operada.

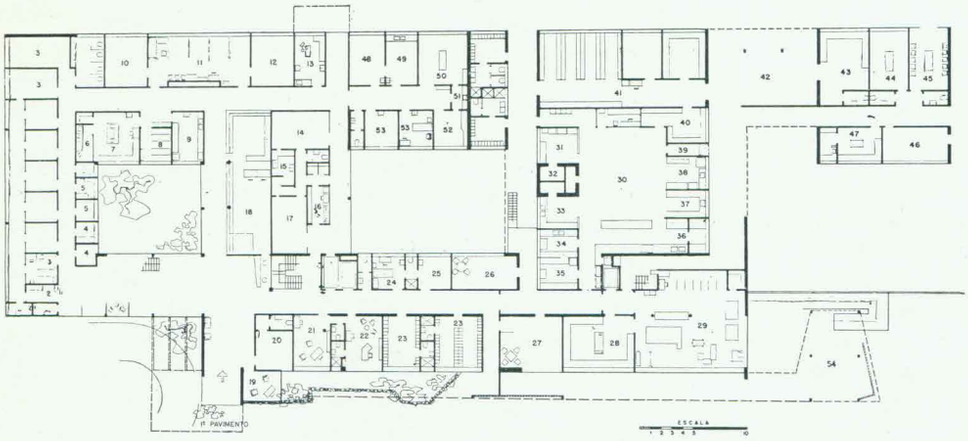
Possuirá ainda o referido hospital uma unidade de isolamento, que, pelos requisitos de que é dotada, possibilitará a execução de uma segura técnica asséptica.

A decoração do hospital também não foi descuidade e mereceu especial atenção tendo em vista o bem estar da criança internada e a necessidade de um ambiente agradável de trabalho. Tudo foi feito de tal forma a quebrar a frieza geralmente existente em hospitais, procurando-se que o ambiente se aproximasse a mais possível ao do lar.

Uma análise, mesmo rápida, dos planos do hospital, permite ver claramente o espírito que norteou a sua construção. Será um hospital dentro da moderna concepção do termo e não apenas um local para o tratamento da criança enferma. Não será um hospital estático, pois as facilidades de pesquisas de que é dotado, laboratórios, biotério, cirurgia experimental, serviço social, conselho técnico, etc., fazem prever as suas relações com outras instituições e com pediatras, de forma a contribuir grandemente no setor da terapêutica, profilaxia e ensino, desempenhando, portanto, as verdadeiras funções do hospital em relação ao problema da assistência à criança, em nosso país.

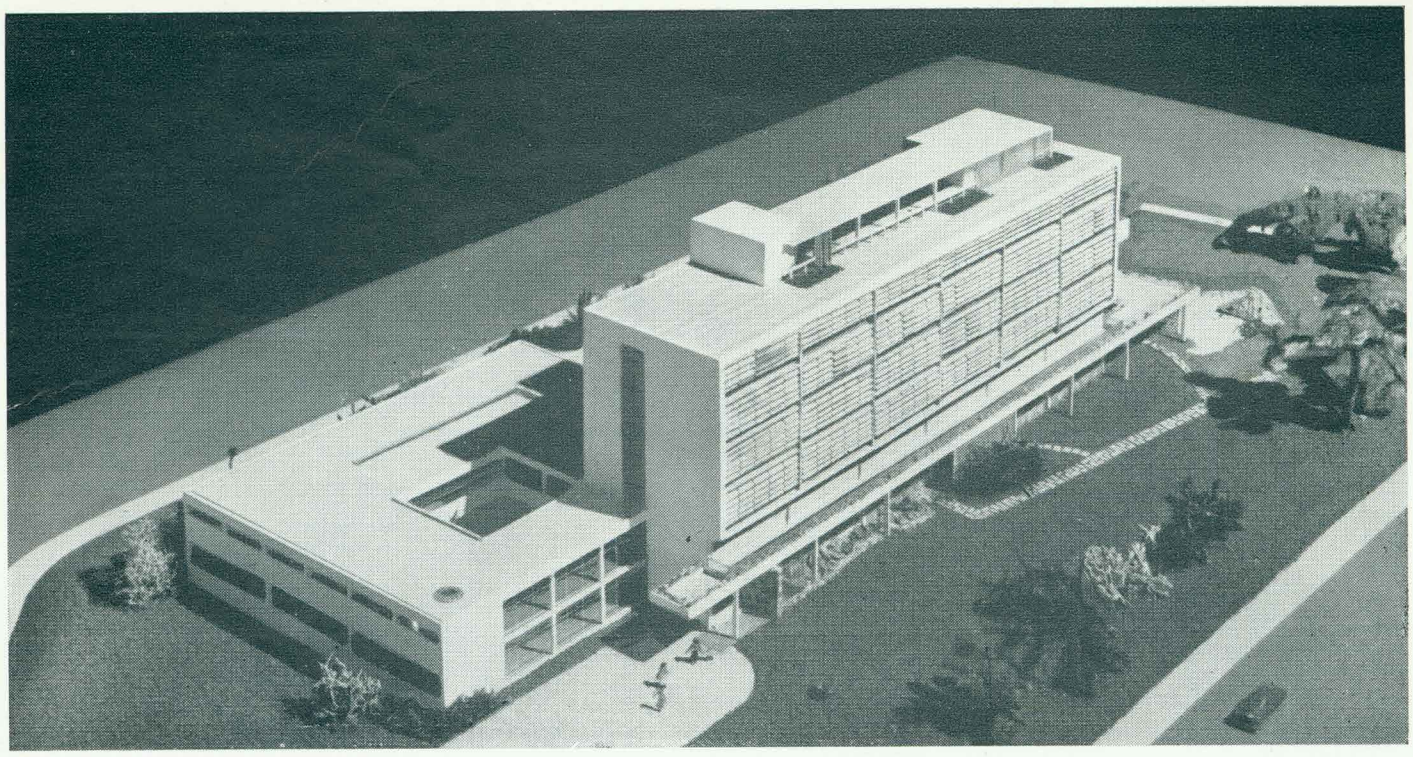


VISTA DE FRENTE

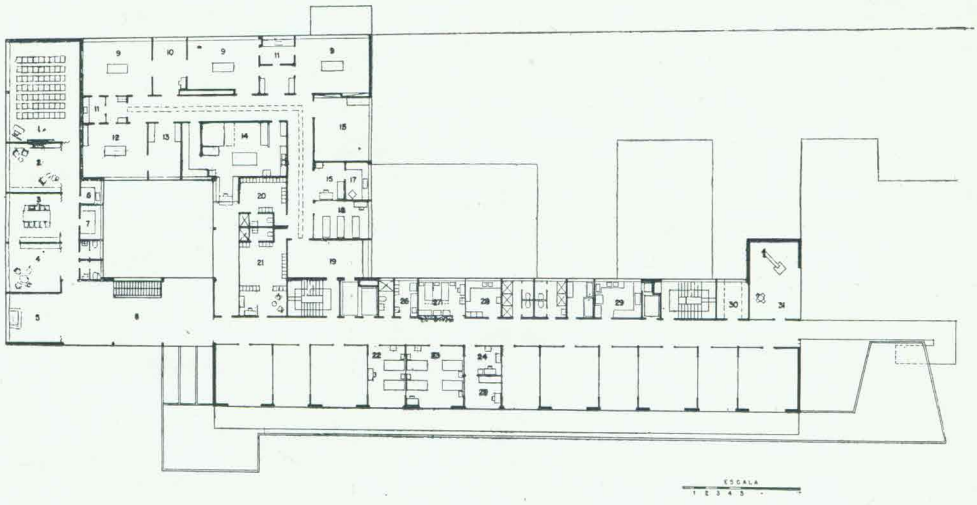


1.º PAV. — AMBULATÓRIO — PRONTO SOCORRO — ADMNISTRAÇÃO E SERVIÇOS GERAIS

1 — Hall
2 — Posto de enfermeira
3 — Consultórios
4 — Pesagem
5 — Injeções
6 — Laboratório 1
7 — Laboratório 2
8 — Colheta de sangue
9 — Banco de sangue
10 — Hidroterapia
11 — Fisioterapia
12 — Mecanoterapia
13 — Gabinete dentário
14 — Raio X
15 — Câmara escura
16 — Radiologia
17 — Raio X Anglo cardiograma
18 — Administração
19 — Serviço social
20 — Enfermeira chefe
21 — Chefe de serviço
22 — Diretor
23 — Vestiário
24 — Médico de plantão
25 — Médico residente
26 — Refeitório de pessoal
27 — Refeitório médicos e acompanhantes
28 — Rouparia
29 — Lavandaria
30 — Cozinha
31 — Prep. carne
32 — Geladeiras
33 — Prep. verduras
34 — Prep. leite
35 — Laboratório de leite
36 — Lavagem
37 — Sobremesa
38 — Cozinha dietética
39 — Depósito lixo
40 — Dispensa do dia
41 — Depósito do material
42 — Garage
43 — Oficina
44 — Autópsia
45 — Morgue
46 — Bioterio
47 — Cirurgia experimental
48 — Exames
49 — Enfermagem
50 — Operações
51 — Lavabos
52 — Sala de gesso
53 — Quarto de observação
54 — Terraço coberto

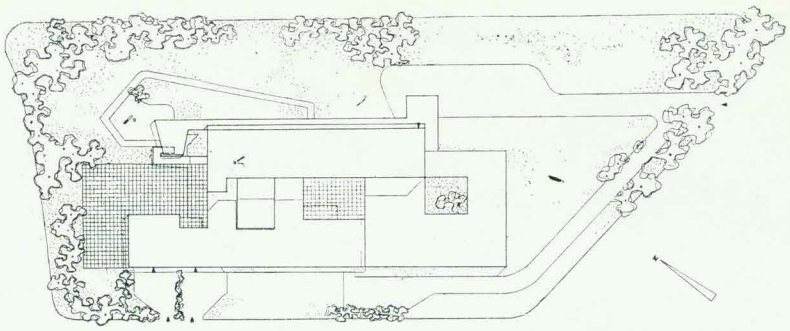


VISTA POSTERIOR

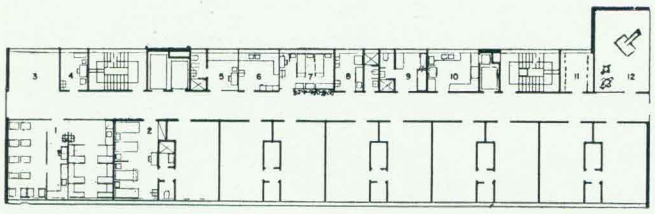


2.º PAVIMENTO ENFERMARIAS DE 4 E 2 LEITOS — CENTRO CIRÚRGICO — DIVERSOS

1 — Salão nobre
2 — Biblioteca
3 — Técnico consultivo
4 — Secretaria e reunião da diretoria
5 — Capela
6 — Fotografias
7 — Arquivos
8 — Hall
9 — Cirurgia geral
10 — Anestesia
11 — Subesterilização
12 — Ortopedia
13 — Gesso
14 — Centro dematerial (esterilização)
15 — Otorino
16 — Supervisora
17 — Raios X câmara escura
18 — Recuperando post operatória
19 — Espera prep. pré-operatória
20 — Vestiário
21 — Vestiário
22 — Enfermarias de 2 leitos
23 — Enfermarias de 4 leitos
24 — Posto de enfermeira
25 — Relatório médico
26 — Utilidades
27 — Tratamentos
28 — Serv. enfermaria
29 — Copa
30 — Depósito de macas
31 — Sala de brinquedos

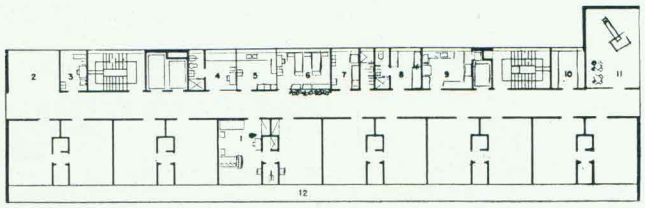


PLANTA DE SITUAÇÃO



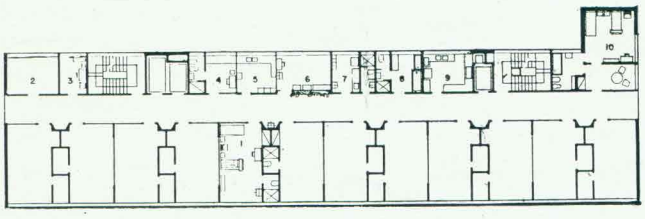
3.º PAV. ENFERMARIA 2 LEITOS C/ ACOMPANHANTES

1 — Berçário
2 — Salas de enfermaria
3 — Sala de espera
4 — Relatório médico
5 — Posto de enfermeira
6 — Serviço de enfermeira
7 — Tratamentos
8 — Utilidades
9 — Banheiro
10 — Copa
11 — Depósito de macas
12 — Sala de brinquedos



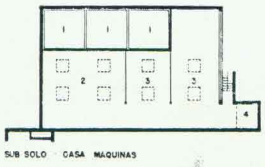
4.º E 5.º PAV. ANDAR TIPO QUARTOS PARTICULARES

1 — Enfermarias
2 — Sala de espera
3 — Relatório médico
4 — Posto de enfermeira
5 — Serviço enfermeira
6 — Tratamentos
7 — Utilidades
8 — Banheiro
9 — Copa
10 — Depósito de macas
11 — Sala de brinquedos

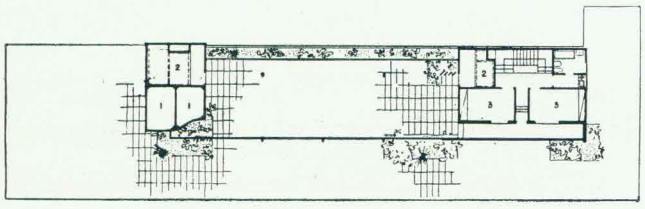


6.º PAVIMENTO ISOLAMENTO

1 — Enfermarias (isolamento)
2 — Depósito de macas
3 — Relatório médico
4 — Posto de enfermeira
5 — Serviço enfermeira
6 — Tratamentos
7 — Utilidades
8 — Banheiro
9 — Copa
10 — Apartamento de luxo



SUB SÓLO — CASA MÁQUINAS



7.º PAVIMENTO TERRAÇOS

1 — Caixa d'água
2 — Casa de máquinas
3 — Apartamento

DR. JOSÉ SYLVIO CIMINO
Farmacêutico Chefe do Hospital de Clínicas da U. S. P.

CONSIDERAÇÕES SÔBRE FORMULÁRIO MÉDICO HOSPITALAR

Em nossa opinião, um formulário médico deve ser antes de tudo, o mais simples e prático possível. Deve precìpuamente facilitar, de maneira rápida e objetiva, o encontro do que o médico deseja prescrever.

Somos de parecer ainda, que os medicamentos, cujas fórmulas correspondem às de especialidades farmacêuticas, já existentes na praça e consagradas pelo uso, possam ser receitadas nas suas próprias marcas, (mesmo que o sejam de fantasia) cabendo à farmácia, nesse caso, a dispensação de medicamento igual ou similar existente no seu estoque, de sua própria manipulação ou não.

Deixar-se-ia a cargo do médico receitar, por meio de número ou combinação de letras, de acôrdo com o formulário em uso, sòmente quando estivesse diante de um caso em que se deveria guardar sigilo do medicamento prescrito, ou, de uma fórmula complexa, cuja transcrição para a receita ou fôsse trabalhosa ou susceptível de êrros. Em geral, o médico tem verdadeira repulsa pelos formulários hospitalares.

A experiência nos tem mostrado que o simples fato de se obrigar o médico a compulsar um Formulário diante do paciente, o coloca em situação delicada e incômoda, porque poderá parecer aos olhos dêste — quasi sempre inculto e desconfiado, que o facultativo esteja titubeando no receituário por desconhecer o diagnóstico. Um outro inconveniente dêsse sistema, é o de que, por um lapso de memória, o médico pode receitar um medicamento diferente daquele que tencionava prescrever, e às vêzes, acontecer que o assim prescrito, seja diverso, quer na sua base medicamentosa, quer na sua forma ou via de introdução no organismo, pondo em perigo a vida do paciente.

Atualmente, dado o grande número de produtos farmacêuticos existentes na praça, quasi todos com dezenas de similares, torna-se impossível e injusta a escôlha ou preferência dêste ou daquele produto para figurar no formulário em detrimento de outros tantos dotados de mesma base terapêutica.

Aconselhamos, nêsse caso, a padronização de sua fórmula, passível de integral manipulação no laboratório da própria farmácia, fazendo-se constar, no índice, todos os nomes e marcas pelas quais ela é conhecida e comumente receitada.

O Formulário interno de um hospital deve, necessàriamente, ser uma fiel coletânea de fórmulas magistrais, oficinais e dietéticas e de determinadas especialidades farmacêuticas, destinadas ao objetivo básico de padronizar o receituário médico a fim de facilitar o serviço e diminuir o ônus da Farmácia.

De início, enquanto se sonda a opinião médica, poderemos fazê-lo mimeografado ou mesmo datilografado, de vez que ainda está em fase de sofrer modificações, acréscimos ou restrições; resolvida esta parte, poderá, então, o Formulário — ser impresso em formato de livro ou caderno com ou sem dispositivo para receber novos adendos.

Para facilitar o manuseio do Formulário, poderemos agrupar os medicamentos em capítulos, que indicarão sua finalidade terapêutica. Exemplo: Cardiotônicos, Eméticos, Expectorantes, Antidiarréicos, Diuréticos, etc.; ou por órgão do aparêlho a que se destinam: Fígado, Rins, Aparêlho respiratório.

Há quem prefira agrupá-los sob sua forma farmacêutica, v, g: Elixíres, Comprimidos, Pílulas, Colírios, Supositórios, etc., ou que é mais intuitivo, pela ordem alfabética de seus princípios ativos (bases medicamentosas).

Seja qual for sua classificação, as fórmulas deverão ser individualizadas por número ou letras — números ou letras êstes, que serão transcritos pelo médico, na receita, a fim de ser aviada pela Farmácia.

Os Formulários poderão também, apresentar Secções reservadas às dietéticas ou infantil, além de outros ensinamentos de ordens hospitalar e sanitária.

A fim de contribuir para maior comodidade e rapidez na localização do assunto procurado, aconselhamos a adoção de um indicador de projeção, além da obrigatòriedade de um índice final remissivo, o mais completo possível no tocante à sinonimia.

COOPERE COM O IPH NA FORMAÇÃO DE TÉCNICOS HOSPITALARES

JOSÉ WALDEMAR DE CAROLI
assistente social supervisor, do Serviço Social Médico da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

O SERVIÇO DE SELEÇÃO E CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA NA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO

Com o presente temos em vista divulgar a orientação do Serviço de Admissão de pacientes que demandam à Santa Casa de Misericórdia de São Paulo em busca de tratamento médico.

Inicialmente falaremos sôbre a "SELEÇÃO" como função do Departamento de Serviço Social Médico junto ao Registro Geral, fornecendo a êste a classificação do paciente dentro das finalidades da Instituição.

Na segunda fase do trabalho falaremos sôbre a "CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA" ou admissão de pacientes a pagamento com desconto.

O Serviço de Seleção "separa" os pacientes do ponto de vista econômico e social, encaminhando para o Registro da Santa Casa sòmente aqueles que, diante da moléstia se apresentam em condições de indigente, e, "recusando" os que, por sua situação econômica ou social de previdência, não se encontram em situação de necessitados de tratamento em hospital gratuito.

O Registro funciona autonomamente em sua parte administrativa e técnica e atende os casos, registrando-os para admissão normalmente. Quando se apresentam dúvidas quanto à situação econômica ou social, para admissão de um paciente, o Registro se serve do Serviço de Seleção, a fim de obter a classificação. Vemos pois, que o Serviço de Seleção é supletivo, e sòmente atende os casos, quando o Registro não está apto para discernir quanto à real necessidade do paciente.

I — SELEÇÃO

1 — Definição

Etimològicamente o têrmo é bem empregado, pois seleção, palavra de origem latina, significa "escôlha fundamentada", "separação de alguma coisa dentre outras", tomando-se aquilo que interessa e excluindo-se o que, no momento, não está interessando.

Seleção consiste no estudo da situação econômica e social dos clientes relacionado com a finalidade da obra de assistência, elegendo os que se enquadram dentro de suas finalidades e excluindo aqueles que possuem os recursos que a obra lhe poderia dar. Esta definição, em sentido bastante amplo prevê a possibilidade de ser aplicado o Serviço de Seleção em qualquer entidade de assistência social.

2 — Finalidades

Na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo o Serviço de Seleção procura evitar que o hospital seja utilizado por pacientes cuja situação econômica lhes permita arcar com as despesas de um tratamento médico ou por pacientes com direitos a tratamento em Instituições de Previdência, Companhias de Seguros e similares que em seus estatutos garantem assistência médica aos contribuintes, ou suas famílias. Agindo assim, o Serviço de Seleção consegue dois objetivos:

a) Aliviar a sobrecarga do hospital, que como hospital público se vê em dificuldades para atender tôdas as demandas de tratamento, podendo então dedicar-se com mais atenção e desvelo aos pacientes indigentes.

b) Orientar devidamente os clientes com posses ou com responsáveis, sôbre como conseguir o tratamento de que necessitam, ao mesmo tempo que lhes ensina que o patrimônio público de um hospital gratuito deve ser utilizado sòmente por aqueles que se encontram em situação de indigente para tratamento médico. Muitos não recorrem à Previdência nos casos de doença por desconhecerem o porque das contribuições descontadas compulsòriamente em fôlha de pagamento.

3 — Princípios

O Serviço de Seleção se baseia em princípio de justiça distribuindo os bens da comunidade em benefício da mesma comunidade. Nada mais justo que uma pessôa, possuindo recursos seja encaminhada ou orientada à obtenção por meios legítimos. Ou quando possuindo o direito de ser atendido em uma Instituição, direito êsse adquirido, mediante, às vêzes, contribuições pesadas e por longo período, recorram a esta Instituição no momento preciso da necessidade. Para prover estas necessidades é que foram criados os IAPS e instituições semelhantes.

4 — Método

O Serviço de Seleção se utiliza do método do Serviço Social de Casos servindo-se de entrevista para:

a) **Conhecer** a situação econômica e social do paciente, e a possibilidade de o mesmo custear o próprio tratamento médico.

b) **Julgar** esta mesma situação com relação à moléstia de que o paciente é portador, às luzes da finalidade da Santa Casa.

c) **Agir** admitindo os que se enquadram dentro de suas finalidades e excluindo aqueles que não necessitam de tratamento gratuito.

5 — Classificação

O Serviço de Seleção adotou uma classificação, econômica e social, classificação essa apenas para a Santa Casa que é a seguinte:

TIPO A — Indigente:

São pacientes sem renda alguma, que geralmente vivem às expensas de terceiros ou de caridade pública ou ainda dependentes de obra de assistência social.

TIPO B — Indigente hospitalar:

E' o indigente qualificado pelo adjetivo "hospitalar" que lhe empresta o sentido de paciente em situação de indigência apenas com relação a tratamento médico. Estão incluidos nessa classe os pacientes cuja situação econômica lhe permite levar uma vida normal, mas no momento da moléstia não possuem reservas suficientes em dinheiro para custear o próprio tratamento, e por outro lado, não são contribuintes de Instituições de Previdência. O indigente hospitalar poderá colaborar com o seu tratamento, no caso de aviamento de uma receita, ou prescrição de alimentação dietética, ou ainda nos cuidados e providências necessárias que devam ser tomadas em casos de tratamento de ambulatórios. O indigente tipo A não possuindo recursos de espécie alguma, necessita geralmente que o hospital lhe forneça desde a consulta até os medicamentos e aparelhos necessários ao tratamento, e por vêzes até condições de acomodação para cumprimento das recomendações médicas.

TIPO C:

Os pacientes classificados tipo C são contribuintes, ou admitidos a plano de pagamento. Indenizam o hospital em parte das despesas efetuadas com o seu tratamento numa determinada importância que não desajuste o seu orçamento doméstico. Mais adiante falaremos detalhadamente sôbre tipo de paciente cujo estudo consideramos um processo à parte da seleção e que denominamos CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA.

TIPO D:

E' o paciente cuja situação econômica ou social lhe permite conseguir o tratamento, sem se utilizar de um hospital público. Para êste tipo o serviço de seleção adota duplo critério, pacientes com posses e pacientes com previdência.

a) Tipo D com posses:

E' o paciente cuja situação econômica lhe permite arcar com as despesas de seu tratamento e para tanto deve recorrer a hospital ou médico particular. Com o encaminhamento desta forma o serviço de seleção consegue o seu objetivo, qual seja o de evitar que o hospital seja explorado por quem não está realmente necessitado, e ainda evita que o hospital gratuito estabeleça concorrência desleal aos médicos em seus consultórios particulares e hospitais a pagamento.

b) Tipo D com previdência:

E' o paciente que, sendo contribuinte de uma Instituição de Previdência, possue garantias por lei, para obter o tratamento nessa Instituição. Além do tratamento conseguirá o associado auxílio financeiro em casos de enfermidade, aposentadoria, pensão, auxílios êstes geralmente extensivos a todos os familiares dependentes econômicamente do contribuinte.

6 — Critério

Os pacientes B, C e D merecem um estudo bem acurado e o julgamento é bastante delicado. Por vêzes o paciente tipo D com posses para determinado tratamento, será B para outro tratamento de custo mais elevado. Na entrevista, a correlação entre a situação econômica, situação social e situação médica, torna-se imprescindível. Poderá ainda dar-se o caso de paciente Tipo B, com o correr do tempo de enfermidade prolongada e por conseguinte impossibilitado de trabalhar vir a cair em situação de indigência tal que justificará sua reclassificação como tipo A, como os casos tipo C pagantes, também, com a falta de rendimento habitual, serem reclassificados como tipo B. Há ainda os casos em que uma Instituição de Previdência não se encontra plenamente aparelhada para prestar determinados tratamentos altamente especializados. O regulamento dessas Instituições não permite a contratação de serviços médicos com terceiros, por isso os pacientes nessas condições são admitidos como tipo B, para aqueles determinados tratamentos.

A correlação entre situação médica, situação social e situação econômica e profissional do paciente fornece todos os elementos necessários para uma bôa classificação.

7 — Estatística

O Serviço de Seleção teve início na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo em Agosto de 1949. Dos relatórios anuais extraimos os dados que nos forneceram o quadro que segue registrando as médias mensais de cada ano.

TIPO		MÉDIAS MENSAIS						
		1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955
A — Indigente	F	1	29	21	17	5	8	9
	%	1	2	3	2	2	1	1
B — Indigente Hospitalar	F	663	938	660	543	583	650	774
	%	75	81	76	67	69	74	74
C — Pagamento c/ desconto	F	—	—	44	154	118	88	124
	%	—	—	5	19	14	10	12
D — Recusados	F	227	194	142	95	132	135	134
	%	25	17	16	12	15	15	13
TOTAL — 100 %		891	1.161	867	809	838	881	1.041

No quadro poderemos observar:

a) O indigente tipo A representa uma parcela diminuta no movimento do Serviço de Seleção. E' muito natural que isto aconteça, visto que o Serviço de Seleção é supletivo, isto é, classifica os pacientes quando a registrante está em dúvida quanto a sua situação econômica e social. A registrante, no momento de preencher a ficha de matrícula, já processa a triagem indireta, admitindo o paciente quando a situação de indigência é patente pelos dados contidos na ficha de registro, sem necessidade de interferência do Serviço de Seleção para julgar da situação. O Serviço de Seleção exerce uma supervisão constante junto ao Registro habilitando as registrantes para cada vez mais e melhor julgar as situações dos pacientes.

b) O movimento mais ponderável do Serviço de Seleção é junto a paciente tipo B, indigentes hospitalares. As porcentagens dos diversos anos postas em gráfico nos fornecem uma linha descendente-ascendente, que é explicada, em parte, como reflexo da situação econômica dos trabalhadores que, nos anos de 1951, 1952 e 1953, tinhas suas situações mais ou menos normais, e posteriormente se agravaram com o movimento com relação ao novo salário mínimo e modificações na política cambial do país. Esta situação está espelhada no seguinte comentário a uma pesquisa levada a efeito pela Divisão de Estatística e Documentação Social da Prefeitura Municipal de São Paulo: "No entanto, era de 1.845,55 a poupança presumível em 1952, a significar que caiu consideràvelmente a poupança em 1954, pois foi de Cr$ 638,91. De outro lado, era de 544,9 o índice ponderado do custo de vida em abril de 1952, ao passo que subiu para 779 em abril de 1954, justamente dois anos depois. A relação entre êste e aquele é de 1.429,62. Como a renda mensal em 1952 era de Cr$ 8.637,58, multiplicando-se esta por êsse coeficiente, encontramos Cr$ 12.348,46, ao passo que a renda mensal média encontrada foi de Cr$ 12.078,88, menor portanto do que essa. Aviltou-se algo o padrão de vida dos perquiridos, em face da inflação monetária, que lhe restringiu o poder de compra, pois os salários, regra geral, não acompanham o custo de vida e sobem sempre em menor escala. Aí está a razão da menor poupança. Além disso, quase a metade dos perquiridos nada poupa. Ao passo que em 1952 a porcentagem de poupança sôbre a renda mensal média era de 21,27, na presente pesquisa desceu para 5,29 menos da terça parte.

Em parte devemos ainda esta baixa de número de pacientes tipo B quando em 1951 teve início a experiência dos planos de pagamento com a classificação de pacientes tipo C, geralmente selecionados entre os de classificação B.

c) Os pacientes tipo C, pagantes com desconto começaram aparecer no quadro 1951, quando da introdução do plano de pagamento nas clínicas de Otorrinolaringologia e Oftalmologia. Verificamos ainda aqui o reflexo da situação econômica, pois os pacientes pagantes decrescem em número nas porcentagens com relação ao total. Si considerarmos que em 1954 outras clínicas vieram juntar-se a ORL e Oftalmologia na adoção do plano de pagamento, teremos que foi mínimo o número de pacientes classificados.

d) Os pacientes tipo D, recusados aos serviços médicos e hospitalares da Santa Casa, têm decrescido em número e percentagem. Naturalmente, nêstes 7 anos de atividades, o Serviço de Seleção pode ter contribuido para a educação dos pacientes no sentido de usar dos recursos assistenciais e de seus próprios direitos.

O Serviço de Seleção bem conduzido tem como ideal conseguir que aqueles que possuem recursos para custear o próprio tratamento, ou que tenham previdência, jamais batam à porta de um hospital público.

e) O quadro reproduzido abaixo nos demonstra os pacientes recusados e encominhados a diversas Instituições de Previdência bem como a tratamento particular, nos anos de 1949a 1954 e 1955.

f) Pelo quadro acima verificamos que a classe operária se encontra em número bem ponderável com relação a outras classes de atividades. Em 1949 o IAPI não prestava assistência médica a seus associados. O SESI supria em parte esta deficiência mas exigia contribuição a título de indenização pelos serviços médicos recebidos. Posteriormente, quando o IAPI passou a atender os associados quanto à Assistência médica, os casos continuaram em número ponderável. A classe operária, menos esclarecida com relação aos seus direitos está merecendo do Serviço de Seleção uma orientação mais acurada. Os comerciários e trabalhadores em transportes e cargas também avultam em número embora bem menor que o número dos operários. Os bancários já constituem uma classe mais esclarecida, muito raramente batem à porta de um hospital gratuito para obter tratamento. A classe dos empregados em companhias de serviço de utilidade pública em São Paulo, tendo sido introduzido o Serviço Social em sua Caixa de Aposentadoria tem concorrido para a queda sensível que se verifica no número de pacientes que procuram o hospital público.

Os casos, que foram encaminhados a tratamento particular decresceram sensìvelmente mercê talvez da restrição a sua matrícula no hospital feita pelo Serviço de Seleção.

Como conclusão da análise dos quadros acima expostos podemos dizer que o Serviço de Seleção tem concorrido para o esclarecimento dos pacientes que recorreram à Santa Casa de Misericórdia de São Paulo nêstes últimos 7 anos, e mais, tem conseguido aliviar o Hospital de cêrca de 20 % das vagas que seriam utilizadas por pacientes com possibilidades de tratamento em outras Instituições.

	MÉDIAS MENSAIS				1955	
	1949	%	1954	%	abril	%
SESI	116	51,1	10	7,3	5	3,7
IAPI	—	—	68	51,7	66	47,9
IAPC	32	14,1	23	16,9	26	18,9
IAPETC	31	13,6	14	10,2	24	17,5
CAIXA DOS SERVIDORES PÚBLICOS	10	4,4	3	3,1	3	2,1
IPASE	6	2,7	1	0,6	—	—
IAPB	1	0,4	1	0,6	1	0,7
HOSPITAL MUNICIPAL	6	2,7	2	1,3	2	1,4
OUTRAS INSTITUIÇÕES	7	3,1	9	6,5	4	2,8
TRATAMENTO PARTICULAR	18	7,9	4	2,8	7	5,0
TOTAL	227	100	135	100	138	100

II — CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA

1 — Consideração Geral

No ítem 5 quando estudamos a classificação dos pacientes aludimos ao tipo C, pacientes admitidos para tratamento a pagamento com desconto. Consideramos um processo à parte da Seleção pròpriamente dita, o processo para classificação econômica do paciente com fim de admití-lo a plano de pagamento. E' mistér portanto que façamos algumas considerações a mais sôbre êste processo.

Partindo do princípio de que não existe tratamento que nada custe e que um hospital público, de caridade, mantido por particulares ou por instituições governamentais, tem suas despesas geralmente superiores à sua receita, às suas verbas ou a seus orçamentos, verifica-se que o hospital público sempre termina seus balancetes com déficits. Para sanar êstes déficits sem consumir seu patrimônio próprio e sem quebrar o seu padrão de assistência médica, o hospital socorre-se de:

a) solicitação de auxílios ou contribuições a particulares;

b) obtenção de verbas suplementares, quando entidade governamental;

c) solicitação de subvenções dos Governos, quando entidade particular;

d) Deixando cair sôbre o pessoal empregado parte do ônus do hospital pagando salários inferiores aos normais em outras entidades;

e) arrendando parte dos seus serviços médicos e hospitalares a outras entidades que tenham por finalidade prestar assistência médica.

Verificamos que até aqui o paciente que é atendido em hospital público não foi chamado a colaborar em entidade no sentido de custear pelo menos parte dos gastos com o seu tratamento. O mesmo princípio de justiça que norteou a criação do Serviço de Seleção, recomenda responsabilizar o paciente pelo custo de seu tratamento. Destas considerações é que surgiu o "PLANO DE PAGAMENTO" mediante o qual os pacientes indenizam o hospital de parte de custo do tratamento solicitado.

2 — Mecanismo de Funcionamento

O Serviço de Seleção, mediante estudo mais acurado da situação econômico-social do paciente, determina uma taxa a pagar, em proporção ao custo total do tratamento a que o paciente irá se submeter. Esta taxa é sôbre parte das despesas hospitalares e não sobrecarrega o paciente, desajustando-o econômicamente.

Para chegar à determinação da taxa a pagar o assistente social, ao entrevistar o paciente, correlacionará o tratamento médico que o paciente necessita e seu custo básico, com a situação econômica, estudando detidamente os seguintes pontos:

a) O montante do orçamento do plano de tratamento traçado pelo médico.

b) A renda do paciente ou da família.

c) Estabilidade das fontes de renda.

e) Tempo de duração do tratamento, si o tratamento impossibilita ou não o paciente de trabalhar e por conseguinte de adquirir rendimento.

f) O montante de economias que o paciente por ventura possua.

g) Gastos com enfermidade que não sejam de caráter médico.

h) Possibilidade de auxílio de parentes ou amigos.

i) Gráu de urgência do tratamento médico.

3 — Experiência

O plano de pagamento surgiu inicialmente nas clínicas de Otorrinoloringologia e Oftalmologia. Posteriormente extendeu-se aos ambulatórios de Gastroenterologia, Urologia, Cirurgia de Homens e Mulheres, Clínica Pediátrica, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia do Torax e Alergia. Foi levada a efeito uma experiência de plano de pagamento na enfermaria de Cirurgia de Mulheres, sem contudo lograr os efeitos desejados, não do ponto de vista econômico, mas do ponto de vista administrativo.

Inicialmente o plano de pagamento previa as classificações tipos C1, C2, C3, C4, C5 e C6, com 30 %, 50 %, 70 %, 80 %, 90% e 95 % de desconto respectivamente, das tabelas de preços de cada um dos serviços médicos necessários, bem como exames de laboratório, Raio X, etc.

	PACIENTES ATENDIDOS PELO PLANO DE PAGAMENTO EM 1954		
	Número de pacientes	Rendimento	Contribuição per capita
ORL	335	42.224,50	118,94
OFT.	142	11.755,00	82,78
GASTRO	115	5.140,00	44,69
UROLOGIA	81	9.814,00	121,16
ENDOSCOPIA (Início em outubro de 1954)	6	2.875,00	479,10
CIRURG. AMB.	149	16.185,00	108,62
PEDIATRIA (Início em dezembro de 1954)	23	3.950,00	171,70
CIRURG. INT. (outubro e novembro)	46	71.850,00	1.561,90
RAIO X	11	3.390,00	308,10
TOTAL	928	167.183,50	180,15

A clínica Pediátrica e Cirurgia Pediátrica surgiu com plano de pagamento com orçamento global do tratamento, cobrando-se apenas uma taxa de consulta e outra taxa para internações clínicas ou cirúrgicas conforme o problema médico. Êste orçamento global sofre descontos com mais maleabilidade do que o plano anterior sem percentagem rígida e definida. Êste novo sistema demonstrou bem melhor eficiência bem como facilitou a classificação e feitura do orçamento.

4 — **Estatística**

O quadro estatístico apresentado a seguir demonstra que os pacientes de hospital de caridade podem colaborar, custeando parte do tratamento. Esta contribuição não deve ser desprezada pelo hospital e será de grande proveito educativo para o cliente.

O quadro acima nos demonstra que os 928 pacientes classificados contribuiram para o hospital em média com Cr$ 180,00. Êstes pacientes em geral foram classificados para consulta, ou pequenas intervenções cirúrgicas em ambulatório. Os 46 casos de internações cirúrgicas deixaram para o hospital a contribuição média de Cr$ 1.561,90. A experiência do plano de pagamento nas internações cirúrgicas apesar de todos os percalços encontrados, demonstrou bôa eficiência, tanto mais aparente, se considerarmos que a utilização do plano não atingiu três meses do ano de 1954. O plano de pagamento na Pediatria, com a contribuição média de 171,70, teve início no mês de dezembro; refere-se pràticamente à contribuição por consulta. Esta média tende a aumentar quando êstes pacientes iniciarem o tratamento em enfermaria. A Endoscopia Peroral, com a contribuição média de 479,10 por paciente está satisfatória se levarmos em conta que o tratamento, geralmente estenose, é muito demorado, nem sempre exigindo que seja feito em enfermaria. Os ambulatórios de Cirurgia tiveram o início do plano de pagamento em meados de 1954. Demonstrou bastante eficiência como preparação para internação cirúrgica.

III — **CONCLUSÕES GERAIS**

Verificamos que o Serviço de Seleção, tendo em vista a finalidade por que foi criado, tem conseguido os seus objetivos:

1) Evitou a exploração do hospital.

2) Aliviou o hospital em cêrca de 20 % da sobrecarga de paciente.

3) Deu oportunidade a que o hospital se dedicasse melhor ao paciente indigente.

4) Distribuiu com mais justiça o patrimônio da comunidade.

5) Esclareceu os pacientes sôbre os seus direitos.

6) Demonstrou a possibilidade da contribuição dos pacientes para manutenção do hospital.

7) Educou pacientes sôbre a responsabilidade de custear tratamento médico.

A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo pode gloriar-se de ser uma das primeiras Instituições a introduzir o Serviço de Seleção na admissão de pacientes, e a pioneira na introdução do plano de pagamento em hospitais gerais no Brasil e tem satisfação em divulgar a sua experiência nêste sentido como contribuição para a solução do problema de Assistência Médica em São Paulo.

H O S P I T A L D E P E S Q U I S A S

Acabam de ser tomadas as primeiras providências, pelo IPH, para o lançamento da campanha pró-construção do seu Hospital de Pesquisas — "Hospital Piloto".

Será um hospital geral, que a par das funções normais — prevenção, cura, ensino e pesquisa médica — próprias a um hospital completo, terá mais as atribuições de ensejar o estudo, experimentação e aperfeiçoamento de equipamentos, materiais, aparelhamentos, interligações, distribuições, serviços, funcionamento, administração, técnicas e práticas hospitalares.

O hospital será projetado e construído de forma a permitir todos os tipos de adaptações necessárias às pesquisas. Para possibilitar estudos completos, terá flexibilidade a ponto de poder transformar-se, em todo ou em parte, no hospital mais pobre e de recursos mais reduzidos até o nosocômio mais completo e mais equipado.

O Hospital de Pesquisas será o laboratório experimental do IPH e de todos os hospitais. Pesquisadores, médicos, enfermeiros, arquitetos, consultores, administradores, engenheiros, técnicos e industriais encontrarão ambiente e incentivo para melhorar, simplificar e tornar mais eficiente, racional e científica a nossa assistência médico-hospitalar.

Será uma escola. Um estágio obrigatório a todos aqueles interessados em construir, equipar, administrar e operar hospitais. Mesmo a indústria de equipamentos hospitalares não poderá prescindir dos seus conselhos, estudos e experimentos.

Será um hospital dinâmico, sempre em dia com as técnicas, métodos, aparelhamentos, e inovações mais avançadas e sempre pronto e capaz de orientar e aconselhar todos os interessados.

A construção dum hospital de pesquisas nos moldes do IPH, representará substancial economia de esforços e dinheiro, pelo fato de aliviar os hospitais da necessidade de proceder a experimentação e tentativas de soluções, a que individualmente são obrigados, e pelo fato de afastar hesitações e dúvidas pelos quais passam, desde o planejamento e construção, até o seu funcionamento e administração.

O IPH e o HP manterão estreito contacto com tôdas as instituições, informando-as dos seus resultados e conclusões.

Tal concentração de pesquisas, em um hospital planejado e orientado com êsse fim em vista, por certo constitúe o processo mais rápido, eficiente e econômico, de se conseguir a elevação dos padrões de nossos hospitais, permitindo-lhes operação a mais eficiente e a menos onerosa.

Para essa iniciativa de relevante importância na vida nacional o IPH solicita a cooperação de todos.

ARTHUR WITZIG
Engenheiro Consultor de Cozinha e Lavandaria

QUESTÕES SÔBRE COZINHAS HOSPITALARES

ÁREAS E ORGANIZAÇÃO INTERNA DA COZINHA

Qual a área a ser reservada à Cozinha no planejamento de um Hospital Geral de 50, 200 e 400 leitos?

O cálculo de área pode ser feito na seguinte base: para hospital de 50 leitos: 1,3 a 1,5 m² por leito ou 1,0 a 1,2 m² por refeição; para hospital de 200 leitos: 1,0 a 1,2 m² por leito ou 0,8 a 0,9 por refeição; para hospital de 400 leitos: 0,8 a 0,9 m² por leito ou 0,7 a 0,8 por refeição.

Qual é a percentagem média entre o número de refeições e o número de leitos em um hospital geral?

A percentagem média entre refeições e número de leitos para hospitais de cêrca de: 50 leitos é de 100 a 130%; para 50 a 100 leitos é de 90 a 120%; para 100 a 400 leitos é 80 a 110%. Êste resultado deve-se à circunstância de o pessoal e os acompanhantes fazerem, em parte, suas refeições fora, a que acresce que, nem a todos os enfêrmos são servidas refeições completas. Finalmente, deve ser levada em conta, também, a ocupação média do hospital.

Para efeito de estimativa sumária, qual seria a percentagem de dietas especiais em relação ao número total de refeições?

Essa percentagem depende de várias circunstâncias, conforme atestam os resultados das pesquisas realizadas pelo I.P.H., indo de 10% a 25%.

Quais as áreas aconselhadas para câmaras frigoríficas e despensas?

O tamanho destas peças pode variar de muito, dependendo das possibilidades do abastecimento da respectiva localidade. Para cidades podem-se computar os seguintes dados específicos:

Despensa: 0,05 a 0,07 m² por leito.

Câmaras frigoríficas: 0,06 a 0,08 m² por leito.

EQUIPAMENTO DE COZINHA

Qual é o equipamento considerado essencial para uma Cozinha de um hospital geral?

O equipamento depende da capacidade, da categoria do hospital e do seu padrão alimentar. O presente número de "Hospital de Hoje" publica uma relação de máquinas e suas respectivas capacidades em função do número de refeições. O uso dessas máquinas independe da categoria do hospital, visto que as máquinas trazem economia, barateando o funcionamento da cozinha e o custo da comida. Certos aparelhos de cocção, porém, são sòmente recomendados em hospitais de padrão alimentar muito elevado, e isso porque não contribuem para baratear o custo da alimentação, mas servem sòmente para satisfazer a elevadas exigências culinárias. Êstes aparelhos são: Grill, Salamandra, Frigideira de pedestal com aquecimento próprio e Fritadeira de pedestal com aquecimento próprio.

Qual é a base de cálculo para determinar tamanho de fogão?

O tamanho do fogão depende, não só do número de refeições a serem servidas, como também, do uso ou não de caldeirões. Caldeirões, geralmente, são utilizados em cozinhas com capacidade acima de 200 refeições.

Não tendo autoclaves, a superfície do fogão é calculada na seguinte base: Hospitais menores de 50 a 100 leitos: 200 a 250 cm² por refeição; hospitais médios de 150 a 300 leitos: 150 a 180 cm² por refeição; hospitais grandes de 400 a 600 leitos: 110 a 130 cm² por refeição.

Contando com autoclaves, a superfície do fogão pode ser reduzida para 60% dos tamanhos mencionados. Deve-se, porém, considerar que muitas firmas fornecedoras só fabricam tamanhos padronizados. Nêstes casos, a escôlha deve recair sôbre o fogão de medidas próximas às calculadas.

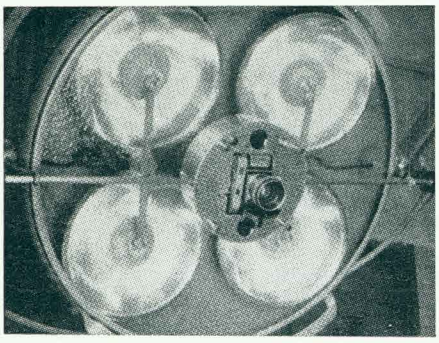
Como são calculados os volumes dos caldeirões (autoclaves) tendo em vista determinado número de refeições a servir?

Calculam-se de 0,7 a 0,8 litros por refeição. Para, por exemplo, 400 refeições, o volume total dos caldeirões deve montar em 0,8 x 400 = 320 litros. Nêste caso, seriam instalados 3 caldeirões de 100 litros cada.

Poderiam ser precisados os números e tamanhos das mesas e pias essenciais a uma cozinha hospitalar?

Êsses dados estão, naturalmente, na dependência da capacidade da cozinha a equipar. O presente número da revista do I.P.H. fornece dados técnicos a êsse respeito, para uma cozinha de um Hospital de 200 leitos. Dados referentes a hospitais com outras capacidades serão objeto de publicação futura.

CONSULTE O IPH PARA A SOLUÇÃO DE SEUS PROBLEMAS HOSPITALARES

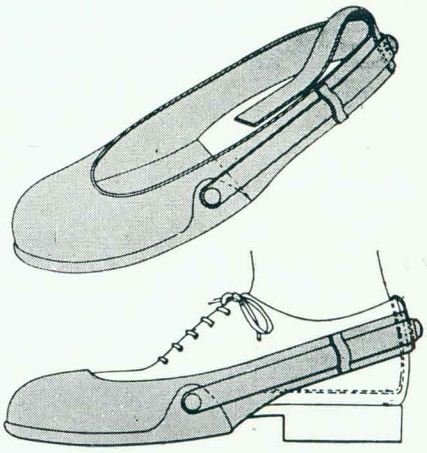


DISPOSITIVO PARA FOTOGRAFAR EM CÔRES — Êste é um dispositivo para adaptação, em lâmpadas cirúrgicas, de máquina de 35 mm, para fotografias em côres. Graças à essa improvisação, intervenções cirúrgicas podem ser prontamente fotografadas, mesmo na falta de equipamento adequado. O suporte comporta uma Kodak Retina IIIC ou LIC, de 20 ou 36 pôses. O enrolamento do filme, a armação da máquina e o seu disparo são controlados por um mesmo botão. A focagem é feita prèviamente. A côr e a intensidade luminosa, segundo o fabricante, são reguladas de forma a não haver necessidade de lúz adicional, refletores ou filtros.

Wilmot Castle Co.

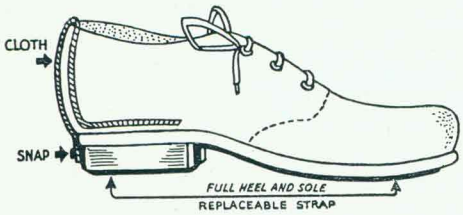
GALOCHAS DE BORRACHA CONDUTIVA — As galochas de borracha condutiva Chaco são mais uma conquista científica, que reduz a possibilidade de explosões eletrostáticas nas salas de operação. Estabelece contacto elétrico entre a pessôa e o piso condutivo, pois que a sola, as tiras laterais e o salto são todos condutivos. Essas galochas são leves e fáceis de calçar sôbre os sapatos comuns. A extremidade correspondente ao salto é virada para dentro. São encontradas para homens e mulheres, em preto, e nos tamanhos: pequeno, médio e grande.

Conductive Hospital Accessories Corp., Dpt. MH, 61 W. Dedham St., Boston 18, Mass.

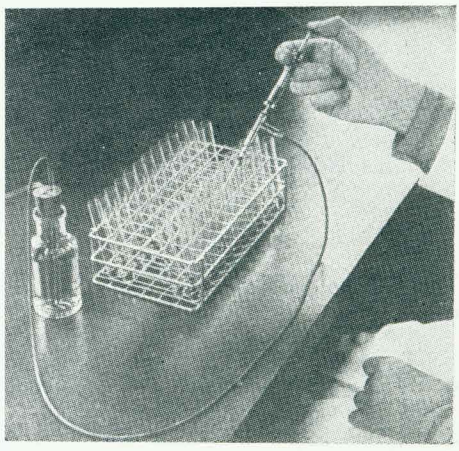


SOLA CONDUTIVA — Solas condutivas podem ser adaptadas a qualquer par de sapatos, contra cujas solas, limpas, devem ser fortemente calcadas. Dizem os fabricantes que essas solas são fabricadas com alta condutividade, de modo a não se tornarem elètricamente isolantes, pela sujeira que adere do piso. A parte interna, correspondente ao calcanhar, é de pano condutivo, para evitar que as meias brancas escureçam. Tanto as partes do salto quanto da sola podem ser retiradas e recolocadas.

Conductive Shoe Co.



PIPETA AUTOMÁTICA — A pipeta automática "Starreveld" pode ser usada no exame sorológico rotineiro. O manuseio da pipeta requerido nêstes exames vem sendo feito até aqui com uma pipeta de vidro e uma seringa, o que toma muito tempo e, além do mais, não é acurado. O novo dispositivo pode ser adaptado a qualquer seringa Record e consiste de duas pequenas válvulas de retôrno, formadas por assento cônico. À parte horizontal da peça, é fixado um tubo de borracha ligado ao frasco, que contém o líquido a ser transferido. Uma agulha de injeção é ajustada à extremidade vertical do dispositivo. Dentro do corpo da seringa, ao redor do pistão, é fixado dispositivo ajustável que permite o contrôle do líquido a ser transferido. Em redor do êmbolo da seringa, existe uma mola, por meio da qual o pistão pode subir novamente, depois de empurrado. Usando esta pipeta automática, um analista, numa manhã, pode fazer o trabalho que três outros analistas, usando o método antigo, levariam três dias, e, além do mais, o resultado é infinitamente mais exato. A pipeta automática trabalha muito simplesmente, de modo que o trabalho a ser feito pode ser confiado a quasi que qualquer pessôa. Desnecessário é dizer que o aparelho deve ser lavado com água, depois de usado. Nos Países Baixos, trinta destas pipetas automáticas já estão sendo usadas, com sucesso, no Instituto de Saúde Pública de Utrecht, tendo os resultados obtidos, revelado uma grande economia de trabalho e maior exatidão.



DR. MARTINUS PAWEL

ESTATÍSTICA ECONÓMICA, MÉDICO-SOCIAL E CULTURAL DAS REGIÕES ECOLÓGICAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

Com o presente número iniciamos a publicação de substancioso trabalho de compilação do Dr. Adriano Taunay Leite Guimarães, técnico do Conselho Nacional de Economia e Médico do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários.

O autor seguiu, na subdivisão do Estado, o zoneamento fisiográfico resultante da resolução n.º 397, de 31-X-1952, que atualiza a divisão regional do Brasil odotada pela resolução n.º 143 da Assembléia Geral do Conselho Nacional de Geografia (resoluções ns. 366 a 403 de 1952 do Conselho Nacional de Geografia).

A maior parte do trabalho foi feita em colaboração com o Departamento de Estatística do Estado de São Paulo. Os dados referentes a outras espécies de ensino que não o fundamental foram obtidos do Serviço de Estatística de Educação e Saúde.

As áreas municipais são as resultantes da revisão da DG-SC feita em 1952. Também os dados fornecidos pelo S.E.E.S. se referem ao ano de 1952. Os demais dados foram colhidos no curso do ano 1953, referindo-se os leitos hospitalares ao dia 31-XII-1953.

O autor pede que assinalemos, para mais fácil interpretação dos dados apresentados, que considera ótimos, os seguintes índices de frequência: 1 médico e 1 dentista por 1.000 habitantes, 1 leito hospitalar clínico ou cirúrgico por 200 habitantes, 1 leito maternal por 2.500 habitantes, 1 enfermeiro por 500 habitantes, 1 parteira por 10.000 habitantes, 1 visitadora de saúde pública por 3.000 habitantes em zona urbana e por 500 habitantes em zona rural.

A receita federal total no Estado de São Paulo em 1953 assim se compõe:

	Cr$
Recebedoria Federal	8.833.282.043,00
Delegacia Fiscal da Capital	53.643.755,00
Alfândega de Santos	1.135.617.032,00
Mesa de Renda, S. Sebastião	272.108,00
Coletorias do Interior DF.	2.819.359.772,00
Correios e Telégrafos	183.426.978,00
Total	13.025.329.580,00

Publicamos êste trabalho porque julgamo-lo de grande utilidade para a avaliação da situação do Estado de São Paulo, especialmente sob o ponto de vista sanitário e hospitalar, nada existindo até agora de impresso que dê uma visão geral como dá o presente estudo. Esperamos que os leitores o apreciem, em vista do grande esfôrço que representa a composição para impressão de trabalho desta ordem, por parte de todos que nela têm de cooperar, independentemente da dedicação demonstrada e do esfôrço dispendido pelo autor.

Foram utilizadas as abreviaturas seguintes na composição:

A = rendas da Alfândega
abs. = absoluto
infconf. = infecto-contagiosas
mols. = moléstias
MR = Mesa de Renda
P = resultado parcial ou incompleto
pª = para
r = da sujeito a retificação
R.i. = Renda incluída no município .....
RR = Recebedoria Federal de Rendas
Z = Zona

O REDATOR DA SECÇÃO

I N T R O D U Ç Ã O

DR. ADRIANO TAUNAY LEITE GUIMARÃES
Técnico do Conselho Nacional de Economia e Médico do I.A.P. dos Bancários

Rio de Janeiro, 15 de outubro de 1955.

Exmo. Sr. Dr. Edgard Teixeira Leite,
M. D. Presidente do Conselho Nacional de Economia

Senhor Presidente :

Tenho a subida honra de apresentar a Vossa Excelência o levantamento econômico, médico-social e cultural das regiões ecológicas (zonas fisiográficas) Estado de S. Paulo.

Em virtude de minha viagem em comissão a São Paulo, como técnico do Gabinete de Vossa Excelência, visitei o Departamento de Estatística do Estado de São Paulo, e dos entendimentos havidos com o seu então ilustre Diretor, Dr. Mário Penteado de Faria e Silva, apoiado por competentíssimos técnicos, planejou-se êste trabalho entre o C.N.E. e o D.E.E.S.P., para melhor apreciação de recursos regionais do grande Estado.

O levantamento está baseado na resolução 397, de 31 de outubro de 1952 do Conselho Nacional de Geografia, que divide o Estado de São Paulo em 33 zonas fisiográficas.

Estuda-se em cada zona, o número de municípios, distritos, população, área, percentuais, habitantes por km², nascimentos vivos, óbitos, crescimento vegetativo, número de médicos, leitos hospitalares, dentistas, enfermeiros, parteiros, atendentes, visitadores, ambulâncias, raios X, laboratórios, assistência hospitalar: entidades mantenedoras (oficiais ou particulares), serviços, principais instalações, etc.; profissões liberais afins: engenheiros, agrônomos, veterinários e agrimensores, abastecimento de água nas sedes municipais, esgotos sanitários, iluminação pública e domiciliar, ensino primário fundamental comum, unidades escolares e corpo docente segundo as categorias de ensino; receita e despesas federais, estaduais e municipais e respectivos saldos (positivos ou negativos).

Os dados foram obtidos no Departamento de Estatística do Estado de São Paulo e alguns no I.B.G.E.

Trata-se de um começo de estudo, para futuras análises no meio, tempo e espaço, com experimentação estatística, em que se procura conhecer as economias das regiões naturais de São Paulo na presente época.

Regra geral, uma região ecológica menos desenvolvida não complementa outra de maiores recursos econômicos.

Verifica-se em São Paulo enormes diferenças entre as suas diversas zonas fisiográficas, exemplo: a zona fisiográfica 5, do Litoral de Santos, fixa 117 habitantes por km², a zona 1, Litoral de São Sebastião: 13 e a 6, Baixada da Ribeira 9 habitantes por km², desafiando nossa capacidade administrativa no sentido da distribuição de recursos, para melhor e mais equitativa fixação de capital humano no País.

Afirma Raimundo Girão, que precisamos combinar em posologia certa três remédios: "1.º) **Correção à natureza;** 2.º) defesa sanitária e educacional das populações: **correção ao trabalho;** 3.º) Crédito financeiro: **correção ao capital,** para a terapêutica urgente de ajustar...".

As populações desajustadas costumam passar de um município para outro de maiores recursos, o mesmo acontecendo em relação aos Estados, principalmente quando não oferecem a garantia de bôa assistência médica e hospitalar em seus próprios municípios.

Não poderá haver progresso, produção eficiente, enriquecimento e bem estar coletivos, segurança social, com o elemento humano fisicamente arruinado pelo baixo nível de saúde e fome crônica, fatôres indiscutíveis de êxodo.

Impossível sanear devidamente o município com a invasão de enfermos geralmente graves dos municípios visinhos, quando abandonados de recursos médicos e hospitalares.

A defesa sanitária de um município depende não só dos próprios serviços médicos, quanto da defesa sanitária dos municípios visinhos.

O Estado de São Paulo está dividido em nove zonas hospitalares, obedecendo a princípios técnicos definidos.

A **1.ª zona hospitalar** corta a zona fisiográfica 9, abrangendo os seguintes 13 municípios: São Paulo, Barueri, Cotia, Franco da Rocha, Guarulhos, Maiporã, Mogí das Cruzes, Poá, Santana do Parnaíba, Santo André, São Bernardo, São Caetano do Sul e Susano. Atinge a zona fisiográfica 2, por intermédio do município de Santa Isabel, e a zona fisiográfica 10, mercê do município de Itapecerica da Serra.

A **2.ª zona hospitalar** encerra todos os municípios da 5.ª zona fisiográfica e 4 da 6.ª: Juquiá, Maracatú, Pedro Toledo, Itariri.

3.ª zona hospitalar: todos os municípios da 1.ª, 2.ª, exceto o de Santa Isabel, 3.ª e 4.ª zonas fisiográficas, atingindo ainda a 9.ª zona fisiográfica por intermédio do município de Salesópolis.

4.ª zona hospitalar: compreende todos os municípios da 8.ª, 12.ª e 13.ª zonas fisiográficas; atinge a 7.ª zona fisiográfica (municípios de Águas do Prata, São João da Boa Vista e Pinhal); corta a 9.ª zona fisiográfica, ficando com Jundiaí, Vinhedo, Campinas e Monte Mór; divide no extremo ocidental a 14.ª zona fisiográfica, alcançando São Pedro, Águas de São Pedro, Piracicaba, Santa Bárbara d'Oeste, Capivari. Atinge a 18.ª zona fisiográfica por intermédio do município de Santa Rita do Passa Quatro.

5.ª zona hospitalar: todos os municípios das 17 e 18 zonas fisiográficas, com exceção de Santa Rita do Passa Quatro. Alcança no extremo norte ocidental a 23.ª zona fisiográfica (Miguelópolis, Morro Agudo e Pontal) e no sul a 12.ª: Tambaú, Casa Branca, e a 7.ª zona fisiográfica: Mococa, Tapiratiba, Caconde, São Sebastião da Grama e Vargem Grande do Sul.

6.ª zona hospitalar: abrange todos os municípios da 20.ª zona fisiográfica, exceto Macatuba e Pederneiras, que fazem parte da 7.ª zona hospitalar, da 19.ª, da 23.ª, exceto Miguelópolis, que pertence à 5.ª zona hospitalar, da 25.ª, da 24.ª e da 31.ª, exceto Pereira Barreto, que faz parte da 7.ª zona hospitalar.

7.ª zona hospitalar: todos os municípios da 26.ª, 27.ª, 28.ª e 32.ª zonas fisiográficas. Penetra na 20.ª zona fisiográfica por intermédio de Pederneiras e na 21.ª por meio do município de Agudos.

8.ª zona hospitalar: todos os municípios da 21.ª zona fisiográfica, exceto Agudos, da 22.ª, da 29.ª, da 30.ª e da 33.ª. Penetra na 15.ª zona fisiográfica por intermédio de Itaí e divide a 16.ª zona, ficando com os municípios de Fartura e Taquarituba.

9.ª zona hospitalar: todos os municípios da 6.ª zona fisiográfica exceto Juquiá, Maracatu, Pedro Toledo e Itariri, que pertencem à 2.ª zona hospitalar, da 10.ª, 11.ª e 15.ª, exceto Itaí, penetrando na 16.ª zona fisiográfica, no extremo ocidental, por intermédio de Itaporanga e, no extremo oriental, na 9.ª zona fisiográfica, ficando com os seguintes municípios: São Roque, Cabreuva, Indaiatuba, Elias Fausto, Itú, Salto, Porto Feliz, Sorocaba, Araçoiaba da Serra e Boituva.

O Departamento de Estatística do Estado de São Paulo publicou dois importantes trabalhos de D. Carmen Penteado Piza, Chefe da Seção de Estatísticas Administrativas e Políticas, intitulados: "Breve Comentário sôbre o Movimento Hospitalar de São Paulo", em 1950 e Comentário sôbre o Movimento Hospitalar no Estado de São Paulo" — 1952-1954, destacando a corrente de pacientes que afluem aos hospi-

POPULAÇÃO DO ESTADO — 1950/1953

	1950	1951	1952	1953
População da Capital	2.198.096	2.313.984	2.435.981	2.564.411
População do Interior	6.943.832	7.054.053	7.163.757	7.272.759
Total do Estado	9.141.928	9.368.037	9.599.738	9.837.170
População dos Municípios sem médicos residentes	291.871	291.860	254.934	277.299

ESTATÍSTICA ECONÔMICA MÉDICO-SOCIAL E CULTURAL DAS REGIÕES ECOLÓGICAS (ZONAS FISIOGRÁFICAS) DO ESTADO DE SÃO PAULO - 1.953.

ÍNDICES ÓTIMOS :- MÉDICOS E DENTISTAS : 1/1.000 HABITANTES - LEITOS HOSPITALARES (CLÍNICA MÉDICA E CIRURGIA): 1/200 OU 5% - LEITOS PARA MATERNIDADE : 1/2.500 - ENFERMEIROS: 1/500 - PARTEIROS: 1/10.000 - VISITADORES DE SAÚDE PÚBLICA: ZONA URBANA 1/3.000, ZONA RURAL 1/500.

FONTE :- SERVIÇO DE ESTATÍSTICA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

MUNICÍPIOS E ZONAS FISIOGRÁFICAS	1º ZONA DO LITORAL DE S. SEBASTIÃO				2º ZONA DO MÉDIO PARAIBA									
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	CARAGUATATUBA	ILHABELA	SÃO SEBASTIÃO	UBATUBA	APARECIDA	AREIAS	BANANAL	BARREIRO	CAÇAPAVA	CACHOEIRA PAULISTA	CRUZEIRO	GUARATINGUETÁ	GUARAREMA	JACAREI
Nº de distritos	1	3	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1
População: habitantes (nº absoluto)	5.686	5.306	6.319	8.317	15.803	3.729	15.729	6.847	20.215	13.084	20.862	38.393	8.669	28.867
% em relação à do Estado	0,06	0,05	0,06	0,09	0.16	0.04	0.16	0.07	0.20	0.13	0.21	0.39	0.09	0.29
Área : Km2	390	332	519	746	251	315	764	565	364	278	330	823	235	462
% em relação à do Estado	0.16	0.13	0.21	0.30	0.10	0.13	0.31	0.23	0.15	0.11	0.13	0.33	0.10	0.19
Habitantes por Km2	14.58	15.98	12.18	11.15	62.96	11.83	20.59	12.12	55.54	47.06	63.22	46.61	36.89	62.48
Nascimentos vivos (nº absoluto)	368	157	153	303	702	95	528	234	811	460	855	1.583	295	1.138
Óbitos (nº absoluto)	116	54	66	100	305	50	152	79	329	205	292	610	119	479
Crescimento vegetativo (nº absoluto)	252	103	87	203	397	45	376	155	482	255	563	928	176	659
Médicos (nº absoluto)	3		2	3	2	1	3	1	5	4	9	18	2	9
(médicos por habitantes)	1/1.895	0/5.306	1/3.160	1/2.772	1/7.902	1/3.729	1/5.243	1/6.847	1/4.043	1/3.271	1/2318	1/2.133	1/4.335	1/3.207
Leitos hospitalares: (nº absoluto)	31		9	18		18	51	26	74	49	80	136	38	98
Leito por habitantes	1/183	0/5.306	1/702	1/462	0/15.803	1/207	1/308	1/263	1/273	1/267	1/261	1/282	1/228	1/295
Dentistas (nº absoluto)	2		3	3	5	1	3	1	8	4	9	21	2	9
Farmacêuticos	1	1	2	1	9	1	4		9	7	12	13	2	7
Enfermeiros	1			1		3	3	2	4	2	2	10		3
Parteiros								1	2			1		3
Atendentes	7	2	5	3	4	1	2	1	2	4	2	7	4	4
Visitadores sanitarios		2									1	3		
Ambulâncias	1								2		1	2		1
Aparelhos de Raio X	1				1				2	1		2		1
Laboratórios de análises clínicas	2	1		1	1		3		1	1	2	6		1
Engenheiros	3		1						1	4	2	4		2
Agrônomos								1	1			3		5
Veterinários							1				3	4		2
Agrimensores							1							
NAS SEDES MUNICIPAIS SOMENTE: ABASTECIMENTO DE AGUA E ESGOTO SANITÁRIO.														
1) Nº de reservatórios de abastecimento de agua	3	3	1	1	8	1	3	1	2	2	1	2	1	2
2) Capacidade dos reservatórios em m3	130	85	1.600	250	620	40	100	75	483	503	700	2.360	35	1.250
3) Nº de prédios abastecidos	385	80	318	600	1.900	122	346	132	1.386	930	1.920	3.985	335	2.010
4) Metros lineares de rede de esgotos					6.000	1.300	1.585	2.430	7.500	3.000	21.350	26.460		16.200
5) Nº de logradouros servidos de esgotos					6	5	11	18	43	27	37	118		60
6) Nº de prédios servidos de esgotos					1.200	26	200	81	614	436	1.750	4.062		1.670
7) Logradouros com iluminação pública	15	9	26	26	47	19	22	13	60	62	77	119	22	101
8) Focos de iluminação pública em uso	197	97	223	328	338	98	166	71	570	349	620	888	165	901
9) Ligações de iluminação particular	307	80	410	667	1.035	105	381	163	1.851	1.304	2.787	3.507	306	3.069
ESCOLAS DE ENSINO FUNDAMENTAL COMUM: PROFESSORES EM REGÊNCIA DE CADEIRA E MATRÍCULAS EM VIGOR														
1) Estaduais: Professores	25	18	24	23	54	14	38	20	54	48	66	152	16	67
Matrículas	857	565	837	752	1.081	460	1.296	633	2.154	1.573	2.387	4.875	538	2.524
2) Municipais: Professores		1		4	1		3		1	1	7	10	1	9
Matrículas		35		149	35		74		30	31	166	234	30	283
3) Particulares: Professores		1	1						2			5		3
Matrículas		29	4						65			226		68
4) Total: Professores	25	20	25	27	55	14	41	20	57	49	73	167	17	79
Matrículas	857	629	841	901	1.836	460	1.370	633	2.249	1.604	2.544	5.335	568	2.875

MUNICIPIOS E ZONAS FISIOGRÁFICAS	1ª ZONA DO LITORAL DE S. SEBASTIÃO				2ª ZONA DO MÉDIO PARAIBA									
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	CARAGUATATUBA	ILHABELA	SÃO SEBASTIÃO	UBATUBA	APARECIDA	AREIAS	BANANAL	BARREIRO	CAÇAPAVA	CACHOEIRA PAULISTA	CRUZEIRO	GUARATINGUETÁ	GUARAREMA	JACAREI
ESCOLAS PARA OUTRAS ESPECIES DE ENSINO														
1) Total de unidades escolares	1				3				8	4	8	19		11
Das quais de ensino secudário	1								1	1	3	5		2
agrícola														1
industrial														
comercial											2	1		1
artístico												3		3
pedagógico									2	2	2	2.		2
superior														
outros					3				5	1	1	8		2
2) Total de membros do corpo docente	14				29				50	38	72	131		92
Dos quais do ensino secundário	14								14	12	34	71		24
agrícola														26
industial														
comercial											18	11		10
artístico												5		11
pedagógico									19	18	18	20		19
superior														
outros									17	8	2	24		2
FINANÇAS PÚBLICAS - FEDERAIS, ESTADOAIS E MUNICIPAIS - RECEITA, DESPESA E SALDO POSITIVO OU NEGATIVO														
1) Federal: receita arrecadada	648.182,00	340.728,00	272.108,00	383.065,00	5.532.246,00	441.733,00	-1.652.875,00	-257.663,00	4.449.584,00	1.754.705,00	4.079.568,00	21.170.539,00	4.203.436,00	11.051.374,00
2) Estadoal: receita arrecadada	2.040.835,00	441.486,00	1.215.952,00	1.400.670,00	6.660.594,00	625.658,00	3.594.761,00	723.394,00	5.141.430,00	2.634.906,00	16.313.156,00	20.223.737,00	1.561.030,00	11.186.107,00
despesa realizada	5.263.265,00				6.127.322,00	1.683.905,00	-5.196.735,00	-2.916.277,00	-9848.433,00	5.538.435,00	13.906.250,00	32.115.058,00	2.104.849,00	22.353.534,00
resultado (saldo)	3.222.430,00				533.272,00	1.058.247,00	1.601.974,00	2.192.883,00	4.707.003,00	2.903.529,00	2.406.906,00	11.891.321,00	543.819,00	11.167.427,00
3) Municipal: receita arrecadada	2.826.125,00	1.317.726,00	1.564.700,00	1.424.488,00	3.497.239,00	903.289,00	1.434.772,00	860.654,00	5.305.867,00	1.796.330,00	3.528.307,00	12.652.378,00	2.085.186,00	7.748.867,00
despesa realizada	2.658.789,00	1.813.650,00	1.557.490,00	1.367.239,00	3.402.890,00	912.338,00	1.436.426,00	769.628,00	4.908.832,00	1.808.362,00	4.116.841,00	12.955.496,00	2.260.936,00	7.381.882,00
resultado (saldo)	167.336,00	495.924,00	7.210,00	57.249,00	94.349,00	-9.049,00	-1.654,00	91.026,00	379.035,00	12.032,00	588.534,00	303.118,00	175.750,00	366.985,00
ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E PARA-HOSPITALAR														
1) de manutenção oficial										2		1		2
particular	1		1	1		1	1	1	1	2	5	4	1	1
2) com internamento de doentes	1		1	1		1	1	1	1	1	1	2	1	2
3) com pronto-socorro	1		1				1					1	1	2
4) com maternidade	1		1				1	1	1	1	1	2	1	1
5) com ambulatório	1		1			1	1	1	1	4	4	4	1	2
6) com creche											4	1		
7) com lactário										1	4	1		
8) com assistência social			1				1		1	1	2	5	1	2
9) com radiodiagnóstico	1								1		1	2		1
10) com radioterapia														
11) com gabinete dentário											2	3		2
12) com laboratório clínico				1				1				2		1
13) Nº de salas para operações	1					1	2	2	1	2	2	6	1	3
14) Nº de salas para parto	1		1	1				1	1	1	1	3	1	1
15) Nº total de seus leitos	31		9	18		18	51	26	74	49	80	136	38	98
16) Nº de leitos gerais somente	19		8	18		18	47	20	48	44	60	84	38	62
para cirurgia									3		8	19		10
p/ moléstias mentais e nervosas														
p/ tuberculose														
p/ outras mols. infecto-contagiosas														
especialisados outros	10						1		11		3			4
p/ maternidade	2		1				3	6	12	5	9	29		22
17) Nº total de berços e caminhas	11		8				2	4	12	12	39	61	10	10
18) Nº de seus médicos	2		1	1		1	1	1	3	7.	13	24	1	5
19) Nº de seus enfermeiros (as)	1		1			1	3		6	5	14	14	2	6
20) Nº de seus auxiliares de enferm.	3			2		1		1		2	9	9		10
21) Leitos clínico e cirúrgicos: nº abs.	19		8	18		18	47	20	51	44	68	103	38	72
22) Idem, por habitante	1/299	0/5.306	1/663	1/462	0/15.803	1/207	1/334	1/342	1/396	1/297	1/306	1/372	1/228	1/400

tais gratuitos da Capital, vindos do interior do Estado.

Aponta os seguintes principais fatôres:

a) Carência de meios técnicos dos hospitais do interior;
b) Falta de meios pecuniários por parte dos pacientes;
c) Falta de distribuição equitativa dos leitos dos hospitais;
d) Falta de contrôle dessa distribuição por parte dos poderes competentes ao serem elaborados projetos de localização de hospitais;
e) Alto custo da manutenção hospitalar;
f) Alta do custo de vida que afeta principalmente a classe média;
g) Impossibilidade em que se encontram os Institutos de arcarem com a totalidade do programa hospitalar para o qual foram criados."

Sôbre a distribuição de médicos, passo a transcrever trechos do excelente manuscrito do Dr. Carlos Fernando de Barros, dedicado Chefe da Seção de Estatística Militar do D.E.E.S.P., que gentilmente me ofereceu:

"Dos 368 municípios do interior, em 1953 — 32 não possuiam médicos residentes.

A população dêsses municípios era 277.229 habitantes (2,818 % da população do Estado), segundo as Estimativas Populacionais do Estado, executada pela Seção de Demografia Dinâmica, da Divisão de Estatísticas Demográficas, dêste Departamento.

Municípios sem médicos residentes em 1953:

Araçoiaba, da Serra (11.218 habitantes); Barueri .... (10.942), Bofete (6.325); Campos Novos Paulista (3.911); Cardoso (9.901); Coroados (22.846); Corumbataí (3.964); Eldorado (11.296); Guapiara (8.593); Guareí (7.829); Ilhabela (5.306); Iporanga (8.319); Itapecerica da Serra .... (22.963); Jambeiro (4.259); Jarinu (3.698); Lavrinhas .... (4.116); Mairiporã (9.831); Maracaí (22.301); Miracatu .. (10.930); Monte Alegre do Sul (4.555); Monteiro Lobato (4.327); Nazaré Paulista (10.502); Óleo (7.117); Paranapanema (5.846); Pereiras (5.866); Piquerobi (9.436); Planalto (5.950); Ribeira (7.139); Santa Gertrudes (5.084); Santana do Parnaíba (10.904); Sarapuí (4.864).

Total 32 — população 277.299 habitantes.

Os municípios Araçoiaba da Serra, Barueri, Bofete, Campos Novos Paulista, Corumbataí, Eldorado, Guapiara. Ilhabela, Iporanga, Jarinu, Lavrinhas, Mairiporã, Monte Alegre do Sul, Paranapanema, Planalto, Ribeirão Branco, Santa Gertrudes e Sarapuí não tinham médicos residentes em 1950, 51, 52 e 1953.

Deixaram de possuir médicos em 1953 os seguintes municípios: Cardoso, Jambeiro, Pereiras e Piquerobi.

Passaram a ter médicos em 1953 os municípios de Anhembi, Itirapuã, Oscar Bressane. A partir de 1952: Arealva, Conchal, Cubatão, Paulicéia, Pedro Toledo, Redenção da Serra, Ubirajara e de 1951: Iiepê, Itaberá, Itaporanga, Junqueirópolis, Ribeira e Rifaina.

Os municípios da Guareí, Itapecerica da Serra, Maracaí, Nazaré e Óleo tinham médicos residentes apenas em 1950; os de Juquiá e Monteiro Lobato em 1952, os de Coreados e Santana do Parnaíba em 1950 e 1951; Miracatu em 1951 e 1952.

A relação do número de habitantes por médico na Capital é de 752, 750, 765 e 821, respectivamente em 1950, 1951, 1952 e 1953, vendo-se que a mesma se manteve mais ou menos estacionária em 1950, 1951 e 1952, tendo havido, em 1953, um aumento brusco para 821.

Tomando-se em consideração sòmente o Interior do Estado a mesma relação é bem maior — 2.784, 2.790, 2.728 e 2.648 — notando-se que a mesma vem decrescendo gradativamente.

Também nota-se um decréscimo contínuo na relação do número de habitantes por médico, tomando-se o Estado em conjunto".

O Dr. Rodolfo dos Santos Mascarenhas, professor da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, diz em "Problemas de Saúde no Estado de São Paulo", artigo de fundo publicado em **"Folha Médica"**, de 5 de dezembro de 1954:

"A instalação de serviços básicos de saneamento em qualquer cidade determinará por si só a diminuição das doenças de origem hídrica ou transmitidas por certos vetores, como as febres do grupo tifóidico, as desinterias, entero-colites nas crianças e parasitoses intestinais, etc.".

"Apesar dos esforços dos governos municipais e principalmente estadual nos últimos anos, existiam, ainda, em 1952, no Estado, 138 (37,5 %) cidades sem rêde de águas e 220 (59,6%) sem serviços de esgôstos. Elevaram-se êsses números com a criação posterior de novos municípios".

"Convém ainda ressaltar que, nos 321 municípios possuindo rêde de água, apenas 36 (19,9%) fazem tratamento e em muitos dêsses últimos essa medida é deficiente por ser praticada por pseudo-técnicos, indicados por políticos".

"Exames de amostras de águas, provenientes das 369 cidades do Estado, revelaram, em 327 (88,6%) presença de bacilos do grupo coliforme, o que indica possibilidade de contaminação".

"Pode-se afirmar, também, que nas 149 cidades com rêde de esgôto não existe, pràticamente, tratamento do mesmo, inclusive na Capital".

"A ação da medicina preventiva só é bem aceita pela população quando recebe o auxílio de uma aparelhagem básica da medicina curativa".

"Dos 369 municípios existentes em 1951, 174 (47,2%) não possuem sequer um hospital. Nas localidades pequenas a célula básica de ação da medicina preventiva e curativa, seria, em um mesmo hospital a unidade sanitária e o hospital de emergência, sob a direção de um único médico, auxiliado por outros técnicos".

"Não podemos continuar na situação atual de um Hospital de Clínicas recebendo e inúmeras vêzes não aceitando pacientes vindos de tôdas as regiões do Estado, e de outros Estados de nosso país".

PERCENTAGEM DE MUNICÍPIOS E RESPECTIVAS POPULAÇÕES SEM MÉDICOS

PERCENTAGEM	ANOS			
	1950	1951	1952	1953
Municípios sem médicos	10,840	10,569	8,130	8,672
População sem assistência	3,050	3,115	2,655	2,818

"Urge também o incentivo oficial para a criação de unidades de maternidade em hospitais gerais, para que se possa efetivamente contribuir para a diminuição da mortalidade materna, nati-mortalidade e mortalidade neo-natal".

"A ação sanitária municipal deve ser feita através de uma única unidade sanitária, responsável por tôdas as atividades locais de saúde pública, o centro ou sub-centro de saúde. A proliferação de órgãos locais especializados é um característico da atual saúde pública de São Paulo. Existiam em abril de 1953, no interior do Estado, 90 dos chamados "centros de saúde", 271 PAMS, 173 postos de puericultura, 26 dispensários de tuberculose, 204 unidades (dispensários postos e sub-postos) de tracoma, 53 unidades de profilaxia de lepra, 665 gabinetes dentários. Êsses números aumentam de ano para ano com encarecimento dos serviços estaduais de saúde pública".

"O Centro de Saúde de Araraquara, único responsável por tôda atividade sanitária local, é uma demonstração prática dessa afirmação".

"Não existe país algum onde o govêrno seja exercido por técnicos". "Cabe ao político, em qualquer país do mundo, sob qualquer regime, traçar as diretrizes gerais do govêrno, para o bem da coletividade. Mas a ação dêsses políticos se torna deletéria quando procuram angariar simpatias das massas, intrometendo-se na parte técnica dos órgãos como o Departamento Estadual de Estatística, para depois criá-lo novamente, deixando um hiato irreparável", etc....

Quanto ao ensino primário em São Paulo, chamo atenção para o trabalho do Professor João Carlos de Almeida no Boletim N.º 1 — 1.º trimestre de 1954, publicado pelo Departamento de Estatística do Estado de São Paulo.

Conclui que "a população da zona rural continua sem escolas para metade do total de menores de 7 a 12 anos que aí residem".

Estas considerações focalizam importantes aspectos do grande Estado, relacionados com o estudo que ora apresento.

São Paulo, em 1953, estava com 369 municípios, ... 9.837.170 habitantes, 247.222 Km², 40 habitantes por Km², 5.963 médicos (1/1.650); leitos: 54.505 (1/180); dentistas: 3.796; farmacêuticos: 3.498; enfermeiros: 3.261; parteiros: 355; atendentes: 1.251; visitadores: 333; ambulâncias: 383; raios X: 696; laboratórios: 504; engenheiros: 3.292; agrônomos: 876; veterinários: 215; agrimensores: 162; prédios abastecidos de água: 567.392 e 479 reservatórios; 3.566.383 metros de esgôtos sanitários e 369.694 prédios servidos. 883.571 ligações elétricas. 11.246 unidades escolares de ensino primário fundamental comum; 28.229 professôres com regência de cadeira. 3.308 unidades escolares secundárias e superiores; 24.888 professôres com regência de cadeira.

Receitas em 1952: Federal: 11.607.179.097 cruzeiros; Estadual: 9.880.809.284; Municipal: 3.512.956.594.

Além desta média global, o quadro estatístico que acompanha a presente exposição particularisa os diferentes recursos das várias regiões naturais de São Paulo e dos seus municípios, revelando índices, percentuais e cálculos. Mostra os excessos e as deficiências de cada zona fisiográfica ou município, procurando facilitar ao administrador, ao especialista em planejamentos de saúde pública e estudiosos, a compreensão rápida de tudo, quer partindo do geral para o particular, quer pela síntese ou análise, a fim de que não percam tempo e trabalho.

Espero que os dados assim dispostos facilitem os estudo dos economistas em seus planejamentos, tendo em vista bases mais concretas sôbre nossas economias regionais, e dos estatísticos pela apresentação de novos ângulos, para as suas utilíssimas pesquisas.

Desejo manifestar o meu reconhecimento ao Dr. Mário Penteado de Faria e Silva, D. Maria Leonor Cardoso Gomes e sua auxiliar, D. Rosa Palmira Bendetta Tisi, Sr. Walter de Carvalho Teixeira e auxiliares, Professor João Carlos de Almeida e auxiliares Lúcio Guilherme Cristiano e Manuel Dutra Perdigão, Senhor Bruno Cavalcanti Feder, Dr. Carlos Fernando de Barros e suas auxiliares Dora Carvalho, Elvira Barros Pinto Cesar, Francisca R. Cerqueira Cesar, Maria Aparecida Vieira Cotrim, Odette Oliveira Kliass, Rosinha Schreiner Cardoso, Amelia Borges Mello e Helena Ribeiro da Silva; à D. Carmen Penteado Piza e suas auxiliares Sonia d'Elia, Maria Especiosa de Moraes Forjaz, Zaza Foschi, Nadyr Mattos Luz e Rosa Alice Godofredo, pelo valiosíssimo apôio moral e material recebidos no Departamento de Estatística do Estado de São Paulo; D. Mary Tumminnelli, do Serviço de Estatística da Educação e Saúde, pelos dados fornecidos e, neste Conselho, aos economistas Benito Lanzelotte e Wilton Leobons pelo auxílio prestado em muitos cálculos, ao dinâmico Secretário Senhor Herberto Koch e economista Dênio Nogueira pelo interêsse demonstrado; à Senhora D. Maria Elisa Carneiro Leão e distintas auxiliares Acy Gomes Ferreira, Maria Magdalena Araújo Rangel, Marília Machado Gonzaga, Maria Apparecida Braga de Mello e Sylvia Berenger da Silva pela eficiência e bôa vontade com que sempre me distinguiram e a todos os que direta ou indiretamente me prestaram colaboração.

À minha esposa Zuleide e irmã Edina Taunay Leite Guimarães do Amaral, pelo estímulo e pelo muito que me auxiliaram.

Ouso esperar que êste trabalho merecerá a honrosa atenção do Diretor Geral do Departamento de Estatística do Estado de São Paulo, a excelentíssima senhora Dra. Celeste A. de Sousa Andrade.

A SUA AUTOCLAVE PREENCHE ÊSTES PRINCÍPIOS BÁSICOS:

a. TERMÔMETRO DO MERCÚRIO NA SAÍDA DO VAPOR?
b. ENTRADA DO VAPOR PELA PARTE POSTERIOR, SUPERIOR?
c. SAÍDA DO VAPOR PELA PARTE INFERIOR, ANTERIOR?
d. VÁLVULA DE SEGURANÇA, AUTOMÁTICA?
e. PORTA DE SEGURANÇA?
f. FUNIL DE DESCARGA NA LINHA DE ESGOTAMENTO?

PARA RECEBER ESTA REVISTA E OS BENEFICIOS DO I P H - PREENCHER E REMETER A FICHA DE INSCRIÇÃO ABAIXO:

2 Fotografias

3 x 4

IPH

INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES

Rua Xavier de Toledo, 210 — Conj. 44 — Fone 36-3989 — São Paulo

1 - Nome individual ou do representante ..... Categoria ..... N.º .....

2 - Nome da Entidade .....

3 - Endereço ..... Fone ..... C. Postal .....

4 - Onde trabalha ..... 5 - Profissão .....

6 - Endereço ..... Fone ..... C. Postal .....

7 - Cidade ..... 8 - Estado .....

9 - Nacionalidade ..... 10 - Nascido em ..... Data ..../..../....

11 - Endereço para remessa da Revista "Hospital de Hoje" .....

12 - Cursos, títulos e diplomas .....

.....

.....

.....

13 - Obs.: .....

.....

.....

14 - Como pode ajudar o IPH? Serviços ou trabalhos com que pode contribuir. Secções e Comissões em que deseja cooperar

.....

.....

.....

15 - Data e Cidade ..... 16 - Assinatura .....

17 - Aprovado em reunião de ..... 18 .....

O I P H é uma sociedade civil, científica, de âmbito nacional, sem intuitos lucrativos, constituido de pessôas físicas e jurídicas que se interessam em realizar e promover estudos e pesquisas no campo hospitalar, divulgar estudos e pesquisas e fomentar o desenvolvimento hospitalar.

Artigo 10 - Os sócios pertencerão a uma das seguintes categorias:

§ 1.º - Sócios Coletivos Patrocinadores: entidades ou associações de caráter não lucrativo.

§ 2.º - Sócios Individuais Seniores: os 100 primeiros inscritos no quadro social.

§ 3.º - Sócios individuais Juniores: os demais admitidos em seguida, quando houver vaga, passarão ao quadro de seniores, por ordem cronológica ou o mais idoso, em igualdade de condições.

§ 4.º - Sócios Coletivos Cooperadores: firmas ou entidades que não se enquadrem no § 1.º.

§ 5.º - Sócios Honorários: os que, em virtude de especial merecimento, por serviços prestados ao I P H ou à causa do progresso hospitalar, forem propostos pela Diretoria e aprovados por Assembléia.

§ 6.º - Sócios Beneméritos: os que, de uma vez, contribuirem para os cofres sociais com a importância não inferior a 200 anuidades.

§ 7.º - Sócios Correspondentes: os residentes ou sediados no estrangeiro, que forem designados pela Diretoria.

Artigo 12 - Os sócios terão os seguintes direitos e regalias:

a) Utilizar todos os serviços do I P H, nas condições e limites estabelecidos no regulamento interno.

b) Receber, quando editadas, a revista e demais publicações científicas ou de divulgação, destinadas aos sócios em geral.

c) Consultar a biblioteca.

d) Participar dos estudos, pesquisas e trabalhos realizados pelo I P H, tomando parte nas reuniões, excursões e congressos, nas condições fixadas pela Diretoria.

e) Sugerir, por escrito, à Diretoria, quaisquer medidas que julgar de interêsse para o I P H.

§ único - Os sócios individuais terão mais os seguintes direitos e regalias:

a) Votar e ser votado nas Assembléias quando estiverem quites com os cofres sociais, entendendo-se por sócio quite o que não deva a mensalidade do mês anterior.

b) Ocupar qualquer cargo da Diretoria, Conselho Consultivo, Conselho Fiscal, Divisões e Comissões ou Funções especializadas, quando eleito ou nomeado na forma prevista nêstes Estatutos.

Anuidade para sócios individuais: Cr$ 300,00; para sócios coletivos: Cr$ 500,00.

ASSEMBLÉIA GERAL ORDINÁRIA DO IPH

A Secretaria do IPH convoca os senhores sócios para a Assembléia Geral Ordinária, a ter lugar às 22 horas, do dia 31 de Julho de 1956, a fim de tratar de assuntos administrativos do IPH.

A.P.H. — Associação Paraense de Administração Hospitalar e Associação Sul-Riograndense de Hospitais

Acaba de ser criada a terceira A.P.H. e a associação Sul-Riograndense de Hospitais. Graças a essa alviçareira notícia o Brasil passa a contar com as seguintes A.P.H. :

A.P.H. — Associação Paulista de Hospitais.
A.P.H. — Associação Paranaense de Hospitais.
A.P.H. — Associação Pernambucana de Hospitais.

Sôbre a criação da Associação Pernambucana de Hospitais o IPH teve oportunidade de se manifestar sua satisfação no número anterior. Cabe agora felicitar a Associação Paraense de hospitais e a Associação Sul-Riograndense de Hospitais, e o IPH o faz prazeirosamente rejubilante pela abertura de mais duas novas frentes na luta pela melhoria da Assistência Hospitalar no Brasil. O idealismo e a conjugação de esforços de todos, empenhados nessa cruzada nacional, permite antever a rápida elevação de nossos padrões à altura reclamada pela moderna assistência médico-hospitalar.

Às nóveis entidades e recém-eleitas diretorias o IPH aqui deseja profícua e feliz gestão.

SEMANA DE ESTUDOS ACÚSTICOS

O IPH foi convidado pelo Dr. Francisco Pati, Diretor do Departamento de Cultura da Prefeitura do Município de São Paulo, para participar da Semana de Estudos Acústicos, a ter lugar em Outubro próximo, sob os auspícios da Secretaria de Educação e Cultura.

A Semana de Estudos Acústicos tem por fim congregar engenheiros, médicos otorrinos, psicológicos, foneticistas, psiquiatras, estudiosos, técnicos, profissionais, entidades científicas e culturais, com o intuito de estudar, debater e resolver os problemas da acústica na sua vasta aplicabilidade na vida moderna.

Como parte integrante da Semana, o Departamento Municipal de Cultura, patrocinará conferências em um dos recintos do Município, bem como organizará uma exposição pública da aplicação acústica de acôrdo com o seguinte esquema : acústica de material isolante e de absorção de som, redução da transmissão de ruído entre pavimentos; ruídos de impacto; confôrto acústico escolar, hospitalar, fabril e residencial, gráficos demonstrativos da fadiga em face do ruído ambiente; ilustração da acústica e biologia; aparelhos acústicos para surdez, ilustração da acústica nos estudos da Zona de Silêncio da Capital, demonstração evolutiva do fonógrafo de Edson à alta fidelidade moderna, processos acústicos para correção dos defeitos da fala, aplicabilidade acústica na estética da palavra e prosódia, aparelhos eletrônicos de registro vocal, acústica dos instrumentos musicais de corda, sôpro, percurssão; participação da acústica no rádio, televisão e cinema, e, demais setores em que a acústica vocal, instrumental e ambiente, desempenha papel preponderante.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS

Normas para Autoclaves para Esterilização

Tendo o IPH concluído seus estudos sôbre Normas para Autoclaves, Cilíndricas, Horizontais, de Câmara Dupla, para Esterilização, publicadas à pág. 28 e seguintes do 2.º volume da revista 'Hospital de Hoje', e em vista da importância do assunto, resolveu a Associação Brasileira de Normas Técnicas constituir, em cooperação com o IPH, nova Comissão, a fim de as referidas Normas receberem, também, a aprovação da ABNT.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS

Normas para Isolamento Acústico e Térmico

O IPH acaba de ser convidado, pela Associação Brasileira de Normas Técnicas, para cooperar em uma Comissão destinada a estabelecer normas para materiais destinados a revestimentos acústicos e térmico. Os referidos estudos vêm de encontro aos trabalhos da Comissão de Estudo de Paredes Removíveis Leves e Acústicas do IPH, cujos primeiros resultados foram publicados à pág. 56 e seguintes do 2.º volume da revista "Hospital de Hoje".

CONFERÊNCIAS SÔBRE TEMAS HOSPITALARES

Os sócios abaixo, membros do IPH, dentro do espírito de disseminar os atuais conceitos sôbre Hospital Moderno, realizaram conferências nas seguintes cidades :

Arq. Roberto Cerqueira Cesar

ARQUITETURA HOSPITALAR
Londrina, Março de 1956
Maringá, Março de 1956.

Arq. Jarbas Karman

TÉCNICA DE ESTERILIZAÇÃO
REQUISITOS DO HOSPITAL MODERNO
Goiânia, Abril de 1956.

Arq. Rino Levi

ORGANIZAÇÃO DO PROJETO HOSPITALAR
Campinas, Maio de 1956.

A CONCEPÇÃO DO PROJETO HOSPITALAR
Pôrto Alegre, Maio de 1956.

CURSO SÔBRE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS HOSPITALARES

O IPH está programando para o próximo ano, um curso, teórico-prático, concernente a todos os equipamentos utilizados pelos hospitais. Será um curso novo e de vital interêsse para administradores, médicos, arquitetos, enfermeiros, engenheiros e industriais. Serão examinados os princípios, finalidades, utilidades, particularidades de cada aparelho, equipamento ou mobiliário; os requisitos para sua correta instalação; demonstração de suas características construtivas; funcionamento; vantagens e deficiências; equipamentos essenciais segundo o tamanho e tipo dos hospitais; novidades mais recentes; simplificações, barateamento e seleções aconselháveis para nossos hospitais.

Está, também, sendo organizada uma Exposição Permanente de Materiais Hospitalares. Com essa Exposição o IPH visa possibilitar aos planejadores, construtores e administradores de hospitais o prévio exame e judiciosa seleção dos produtos, que tiverem que adquirir, ao mesmo tempo, que estimular e sugerir o melhor equipamento de nossas instituições, em benefício da assistência ao paciente, e do incremento da nossa indústria especializada.

GUIA HOSPITALAR

Acha-se em fase de organização o I volume do Guia Hospitalar. Os senhores industriais são convidados a remeter panfletos e dados técnicos referentes a seus equipamentos a fim de serem inseridos nessa obra, que será distribuída a todos os hospitais do país. As publicações deverão obedecer à norma IPH-1, publicada à pág. 41 do 1.º volume da revista.

LIVRO "TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO"

Está em fase adiantada a preparação do livro que reunirá tôdas as aulas ministradas no 1.º curso de Técnica Asséptica e de Esterilização. Será a primeira obra, entre nós, a dar, de modo simples e prático, os mais completos meios, técnicas e soluções de que a ciência moderna dispõe para a prevenção, eficaz e segura, das contaminações em hospitais e laboratórios.

Os sócios do IPH e os participantes do curso fazem jús a um volume, com desconto.

AMERICAN COLLEGE OF HOSPITAL ADMINISTRATION

O IPH recebeu convite para participar do 22.º Congresso Anual do "The American College of Hospital Administration", a se realizar a 16 de Setembro p.f., em Orquestra Hall, Michigan Avenue, Chicago 11 — Illinois.

TÉCHNIQUE HOSPITALIÈRE

Realizar-se-á, em Paris, de 5 a 8 de Julho de 1956, o 5.º Congresso Internacional de Técnicos de Saúde. O IPH recebeu convite para êsse certame, que terá lugar em Maison de la Mutualite, 24, Rue Saint Victor — Paris — França.

DIVISÃO DE EDIFÍCIOS

Comissão de Planta-base para Cozinha

Presidente-Eng.º ARTHUR WITZIG

Projeto de cozinha para Hospital Geral de 200 leitos

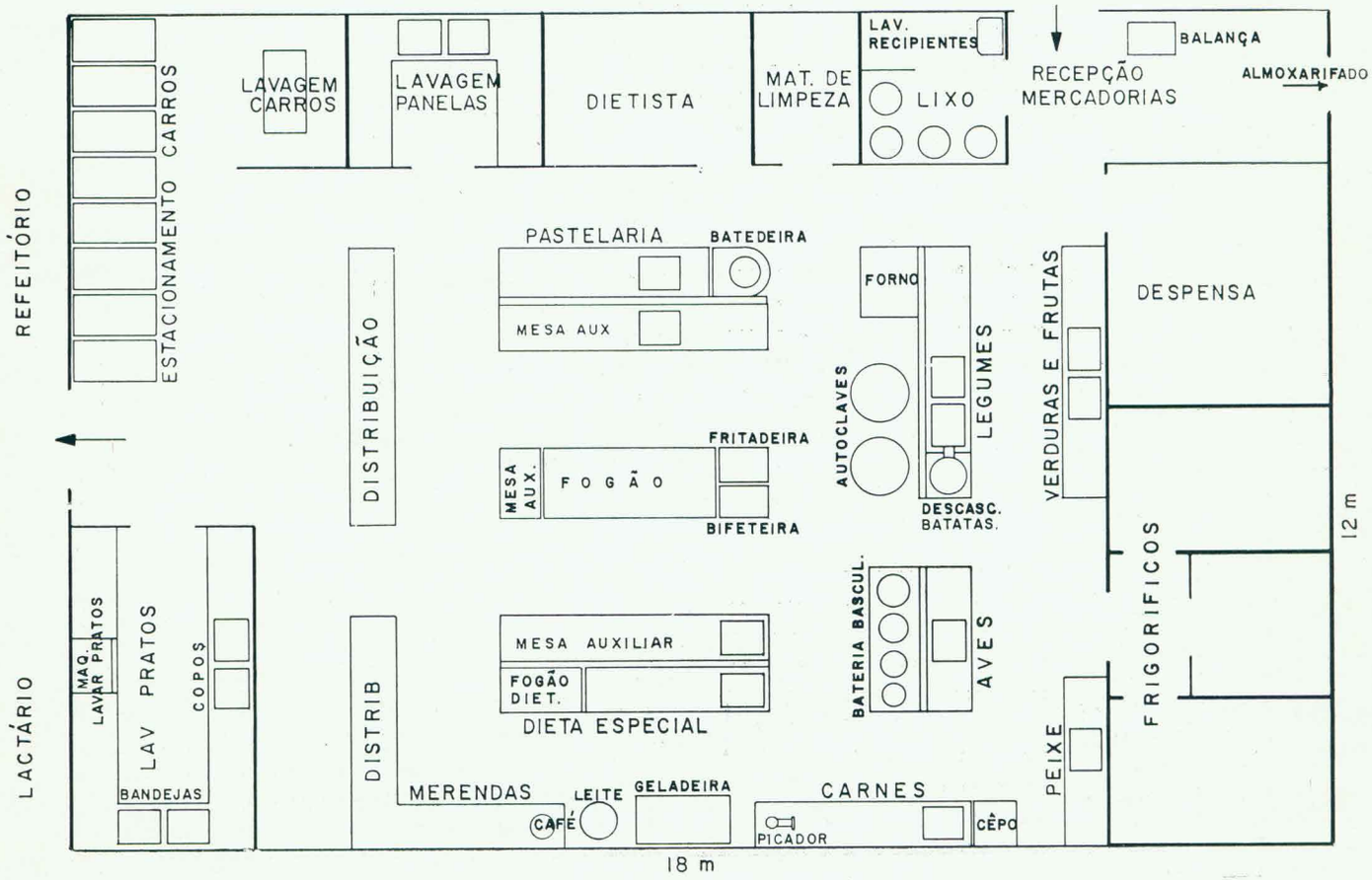
O desenho abaixo é o primeiro esboço de Cozinha, elaborado pela Comissão, e baseado nos resultados obtidos pelas pesquisas procedidas pela Divisão de Equipamentos.

No estudo apresentado foram observadas tôdas as dimensões, afastamentos e disposições recomendadas por aquela Comissão. É, portanto, a aplicação prática das conclusões conseguidas, até o presente momento, para Cozinha de padrão A, mais elevado.

O presente esboço representa um ponto de partida para os futuros projetos de Cozinha-base do I.P.H.

Cumpre esclarecer, que estas plantas não são definitivas, estão sujeitas a alterações e, como tôdas as publicações nesta Secção, são divulgadas para receber críticas e sugestões.

PLANTA ESQUEMÁTICA DE UMA COZINHA PARA HOSPITAL GERAL DE 200 LEITOS



DIVISÃO DE EQUIPAMENTOS

PESQUISAS DA COMISSÃO DE COZINHA E SEUS RESULTADOS PARCIAIS

A exposição seguinte representa um resumo das conclusões mais importantes, conseguidas pela Comissão de Cozinha; é o resultado dos trabalhos de 26 reuniões. Não obstante ser êste o produto de muitos estudos minuciosos, a Comissão não o considera definitivo. Por isso que continúa aceitando críticas e sugestões e aguardando os resultados da sua aplicação prática.

Os dados, abaixo, referem-se à Cozinhas de Hospital Geral de 200 leitos.

O sistema de distribuição de comida considerado foi o do tipo B, publicado à página 50 do número 2 da revista, isto é, emprêgo de carros térmicos, utilização das Copas dos andares para a preparação e distribuição dos pratos; lavagem centralizada da louça na cozinha.

Divisão da Cozinha

A cozinha deve contar com as seguintes funções e divisões: Recepção de mercadoria — Armazenagem (Despensa e Frigorífico) — Zona Central (preparação, cocção e distribuição) — Copa de lavagem — Sala de dietista — Estacionamento de carros — Recinto para lavagem dos carros — Recinto para despejo do lixo — Lactário.

A secção de preparação terá seus diferentes locais de trabalho, distintamente separados, porém, não demarcados por muros divisórios. Êstes locais de trabalho destinam-se a: carne, verduras, legumes e pastelaria.

A secção de cocção é dividida em dieta geral, dieta especial (sem muros divisórios) e preparação de café e leite (merenda). Perto dos fogões haverá local para lavagem das panelas.

Divisões da secção de lavagem: Pratos de louça, pratos térmicos e talheres, copos e chícaras dos empregados, (copos e chícaras dos pacientes serão lavados nas copas das enfermarias).

Coordenação da cozinha com outras secções

Se as circunstâncias o permitem, a cozinha será localizada adjacente ao almoxarifado, para poder centralizar a recepção de mercadorias da cozinha e do almoxarifado.

Os refeitórios devem ter ligação a mais direta possível com a cozinha. O refeitório para os empregados subalternos pode ser anexo à cozinha, simplesmente separado por muro baixo.

Outro requisito é a proximidade da cozinha relativamente aos elevadores.

Dimensões

Foram estabelecidas as seguintes áreas aproximadas para as secções:

Recepção de mercadoria	12 m2
Despensa	10 a 15 m2
Câmaras frigoríficas (três câmaras e uma antecâmara)	20 m2
Sala de dietista	6 a 8 m2
Cozinha total, com tôdas as dependências	260 m2
Total de refeições	260
Área por leito	1,3 m2
Área por refeição	1,0 m2

Máquinas e aparelhos da cozinha

Para o Padrão A:

Fogão à óleo de: 2,50 x 1,00 m para a dieta geral;

Fogão à gás ou elétrico de: 1,30 x 1,00 m para a dieta especial;

Dois caldeirões a vapor, de 100 litros cada;

Bateria de basculantes, de 50-40-30-20 litros;

Caldeirão separado para leite, de 50 litros;

Máquina de Café;

Fritadeira;

Frigideira (facultativo);

Bifeteira;

MAQUINARIA DE COZINHA E RESPECTIVA CAPACIDADE EM FUNÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS

NÚMERO DE REFEIÇÕES	CORTADOR DE FRIOS	CORTADOR DE PÃO	PICADOR DE CARNES	SERRA DE CARNES	DESCASCADOR DE VEGETAIS	CORTADOR DE VEGETAIS	BATEDEIRA	LAVADOR DE LOUÇAS	LAVADOR DE COPOS	LAVADOR DE TALHERES	MOINHO DE CAFÉ
50	MÁQUINA SEMI ELÉTRICA HORIZONTAL MOTOR DE 1/8 HP - 110 V. LÂMINA 10"	USAR O CORTADOR DE FRIOS	USAR BATEDEIRA COM ACESSÓRIO CORRESPONDENTE	CORTE MANUAL	CAPACIDADE 50 KG. POR HORA MOTOR DE 1/5 HP	USAR BATEDEIRA COM ACESSÓRIO CORRESPONDENTE DE 7"	CAPACIDADE 5 LITROS MOTOR 1/6 HP	300 PEÇAS POR HORA MOTOR 1/4 HP	250 COPOS POR HORA MÁQUINA COM 1 BOCA MOTOR DE 1/4 HP	À MÃO	COMPRAR MOÍDO
100							CAPACIDADE 10 LITROS MOTOR DE 1/4 HP	1200 PEÇAS POR HORA MOTOR DE 1/3 HP		MÁQUINA DE TAMBOR PEQUENO MOTOR DE 1/4 HP	
150						USAR MOTOR DO PICADOR OU DA BATEDEIRA COM ACESSÓRIO CORRESPONDENTE DE 9" CORTADOR DE 9" MOTOR DE 1/2 HP	CAPACIDADE 12 LITROS MOTOR DE 1/4 HP				
200	MÁQUINA SEMI ELÉTRICA HORIZONTAL MOTOR DE 1/4 HP- 110 V. LÂMINA 11"		CAPACIDADE 2,500 KG. POR MINUTO MOTOR DE 1/2 HP		CAPACIDADE 140 KG POR HORA MOTOR DE 1/3 HP		CAPACIDADE DE 20 LITROS MOTOR DE 1/3 HP				20 KG. POR HORA MOTOR DE 1/4 HP
300		MÁQUINA SEMI ELÉTRICA HORIZONTAL MOTOR DE 1/8 HP-110 V LÂMINA 10"						2000 PEÇAS POR HORA MOTOR DE 1 HP	500 COPOS POR HORA MÁQUINA COM 2 BOCAS E ENXAGUE AUTOMÁTICO MOTOR 1/4 HP	MÁQUINA DE TAMBOR GRANDE MOTOR DE 1/4 HP	
400							CAPACIDADE DE 60 LITROS MOTOR DE 1 HP				30 KG. POR HORA MOTOR DE 1/2 HP
500			CAPACIDADE 6 KG. POR MINUTO MOTOR DE 3/4 HP	SERRA DE FITA COM CARRO E REGULADOR DE CORTE MOTOR DE 1 1/2 HP	CAPACIDADE 240 KG POR HORA MOTOR DE 1/2 HP			3500 PEÇAS POR HORA MOTOR DE 3 HP			
600	MÁQUINA SEMI ELÉTRICA ANGULAR MOTOR DE 1/4 HP- 110 V LÂMINA 11 1/4"	MÁQUINA SEMI ELÉTRICA HORIZONTAL MOTOR DE 1/4 HP- 110 V LÂMINA 11"				CORTADOR DE 9" MOTOR DE 3/4 HP				MÁQUINA DE 2 TAMBORES MOTOR DE 1/4 HP	
1000			CAPACIDADE 10 KG. POR MINUTO MOTOR DE 1 1/2 HP				CAPACIDADE DE 80 E 100 LITROS MOTOR DE 1 1/2 a 2 HP	5500 PEÇAS POR HORA 2 TANQUES 2 MOTORES DE 3 HP	2 MÁQUINAS DE 2 BOCAS 500 COPOS POR HORA CADA MOT. 2x1/4 HP		50 KG. POR HORA MOTOR DE 3/4 HP
2000											

COMISSÃO DE COZINHA

MAPA REFERENTE AO LEVANTAMENTO DE DADOS DE COZINHAS HOSPITALARES

As informações do presente mapa foram fornecidas por 28 hospitais, de várias partes do Brasil, que responderam ao questionário distribuído, publicado à página 59 do Vol. n.º 1 de "HOSPITAL DE HOJE". São dados representativos a julgar pelos hospitais que participaram da pesquisa e suas respectivas localizações conforme publicado à página 48 do Vol. n.º 2 de "HOSPITAL DE HOJE"
As primeiras conclusões tiradas do estudo dos elementos fornecidos pelo mapa, acham-se publicados à página 49 do Vol. n.º 2 da Revista do I.P.T.

A) INFORMAÇÕES GERAIS:	H 1	H 2	H 3	H 4	H 5	H 6	H 7	H 8	H 9	H 10	H 11	H 12	H 13	H 14	H 15	H 16	H 17	H 18	H 19	H 20	H 21	H 22	H 23	H 24	H 25	H 26	H 27	H 28
— Qual é o n.º de leitos para Enfermos?	54	114	120	144	119	340	8	30	13	117	57	88	46	164	39	62	46	59	220	55	32	80	250	65	166	548	9	122
— Qual é o n.º de Leitos para Acompanhantes?	7	10	6	19	38	—	8	28	13	30	20	9	12	29	3	—	24	59	200	25	4	7	80	10	36	127	9	15
— Qual é o n.º de doentes Pagantes?	34	14	15 a 20 mensal	19	38	50 (3.ª Classe)	8	28	13	1.379	444 anual	14	12	29	17	62	1.211 (anual ±)	43	70	25	8	14	80	10	8	295	9	15
— Qual é o n.º de doentes Indigentes?	20	100	não	125	81	290	—	2	—	665	476 anual	68	34	130	22	—	202 (anual ±)	16	78	30	20	60	170	55	27	253	—	92
— Qual é o n.º de empregados só na Cozinha?	3	4	3	3	9	8	3	3	2	3	2	4	6	7	3	16	3	3	14	1	2	2	6	3	4	24	1	3
— Qual é o n.º de empregados — Lavanderia — c/ Rouparia?	4	7	16	5	7	14	não	2	1	6	2	6	2	3	2	7	4	3	16	1	2	4	6	3	8	8+32	1	4
— Qual é o n.º dos demais funcionários?	13	20	13	24	29	97 + 55	—	16	4	25	10	30	6	29	7	16	16	11	32	3	9	4	57	14	41	402	4	11
— Qual é o n.º de Médicos?	5	6	6	8	27	54	3	3	2	6	1	10	3	12	5	2	1	1	11	1	2	4	36	5	18	217	2	8
B) ALIMENTAÇÃO:																												
— Qual é o número médio de refeições no almôço?	18 K.	80	30	150	Junto c/ o Asilo 272	360	15	40	15	65	—	100	38	160	50	73	52	40	196	98	28 K.	—	330	90	84	1.000	12	—
— Qual é o número médio total de refeições no jantar?	10 K.	80	30	150	272	320	15	40	15	65	—	100	38	160	50	73	52	40	196	95 a 100	16 K.	—	330	90	84	800	12	
— Qual é o número médio total de refeições dietéticas?	5 K.	9	10	92 ao dia	28	não sabe	5	4	2	9	—	90	16	18	3	não há	4	6	66	10 a 15	6 K.	—	25 + ou —	10	10	incluidos no total supra	—	5 K
— Qual é o consumo médio de carne por dia?	8 K.	9 K.	15 K.	15 K.	15 K.	30 K.	4 K.	5 K.	3 K.	12 K.	7 K.	16 K.	5 K.	20 K.	3 K.	15 K.	6 K.	6 K.	60 K.	10 K.	6 K.	12 K.	40 K.	6 K.	15 K.	90 K.	2 K.	—
— Qual é o consumo médio de frangos por dia? (cabeças)	3	3	3	4	3	2	2	1	1	2	1	2	2	5	2	12	1	2	1	2	2	2	4	3	5	50	1	3
— Qual é o consumo médio de peixe por dia? (quilos)	variável	—	1 vez por semana	não existe	não	Raramente	Raramente	nada	nada	nada	—	1 vez por semana	nada	não	—	4	não tem	não tem	não tem	não tem	1/2 K.	—	15 K.	não tem	não tem	40 K.=1 × por semana	—	—
— Qual é o consumo médio de leite por dia? (litros)	15	30	1 l. por pessôa	12 l.	40 l.	70 l.	5 l.	5 l.	3 l.	40 l.	15 l.	28 l.	5 l.	55 garrafas	15 l.	40 l.	20 l.	18 l.	400 l.	10 l.	13 l.	12 l.	100 l.	25 l.	25 l.	200 l.	2 l	70 l.
— Qual é o consumo médio de vegetais por dia?	50,00	300,00	12 K.	60,00	100,00	Horta própria	Conforme n.º doentes	5 l.	2 K.	5 K.	Horta própria	2 K.	5 K.	60,00	30,00	—	15 K.	15 K.	200 K.	6 a 8 K.	2 1/2 K.	—	60 K.	10 K.	20 K.	1.500,00	2 K.	—
— Qual é o consumo médio de frutas?	100,00	± 250 produzidas p/ Hospital	100	80,00	20,00	pequeno	idem	2 K.	1 K.	150 frutas ±	Pomar próprio	6 duzias	10 K.	20,00	10,00	não pode avaliar	12 K.	trazida p/ doente	1.000	500	8 K.	—	500 + ou —	4 duzias	14 duz.	2.500,00	2 K.	—
C) ORGANIZAÇÃO DA COZINHA:																												
— Para quantos dias é o estoque da despensa?	8	30	30	8	7	3 a 4 ou 8 dias	7	30	30	15	20	1 semana	15	30	30	variável	—	30	60 d.	8 d.	7 d.	—	30	15	30	3	30	30
— A compra de gêneros é feita p/ comprador do Hospital?	Comprador	—	Comprador	—	—	Comprador	Comprador	Médicos	Comprador	Comprador	Superiora	—	Superiora	—	Comprador	—	Comprador	Comprador	Administrador	Comprador	—	—	Comprador	—	Comprador	Comprador	Comprador	Comprador
Ou pelo Chefe da Cozinha?	—	Chefe da Cozinha	—	Zelador	Chefe	Chefe	—	—	—	—	—	Chefe	—	Chefe	—	Chefe	—	Chefe	—	—	Chefe	Chefe	Chefe	Chefe	—	—	—	—
— Há secção especial para dietas?	—	—	—	não	—	—	—	—	—	—	—	não	não	não	—	não	não	não	—	—	sim	—	sim	—	não	não	—	não
Ou simplesmente um fogão para dietas ao lado do fogão grande da cozinha central?	sim	Ao lado do Fogão	Fogão ao lado	não	Um único fogão	Fogões elétricos	Fogão Central	—	Fogão Central	Fogão Central	—	Fogão Central	Fogão Central	—	—	Fogão Central	Fogão Central	Fogão Central	—	Fogão Central	Fogão Central	Cozinha	Cozinha	Fogão Central	Cozinha	Copas Fogão Central	não	Cozinha
Ou é preparada nas copas das unidades?	—	—	—	sim	Coz. Central	Copas Unidades	—	Coz. Central	—	—	—	Coz. Central	—	Cozinha	Cozinha	—	—	—	Copas Unidades	—	—	—	—	—	—	sim	não	—
— O café da manhã e o chá da tarde são preparados nas copas? Ou são fornecidos pela cozinha central?	Coz. Central	Coz. Central	Coz. Central	Coz. Central	Coz. Central	Coz. Central	Coz. Central	Coz. Central	Coz. Central	Coz. Central	Coz. Central	Coz. Central	Coz. Central	Coz. Central	Coz. Central	Coz. Central	Coz. Central	Coz. Central	Coz. Central	Coz. Central	Coz. Central	Coz. Central	Coz. Central	Coz. Central	Coz. Central	Cozinha e chá na copa	Cozinha	Coz. Central
— Os produtos de confeitaria são feitos numa secção especial?	—	na Cozinha	na Cozinha	na Cozinha	na Cozinha	Secção anéxa Cozinha	Cozinha	Cozinha	Cozinha	Padaria própria	Cozinha	Cozinha	Cozinha	—	Cozinha	Cozinha	Cozinha	Cozinha	Padaria própria	Cozinha	Cozinha	—	Padaria própria	Cozinha	Cozinha	Cozinha	Cozinha	Cozinha
Ou preparados na cozinha ou comprados fóra?	Cozinha	Comprados fóra	—	—	Comprados fóra	Comprados fóra	—	—	—	—	—	—	—	Comprados fóra	Comprado	—	—	Comprados	—									
— As bebidas p/ os enfermos saem das copas?	Copas	Copas	Copas	Copa	—	Copas	Copa única	Cozinha	Cozinha	Copas	não	Despensa	Copa	Copa	Cozinha	Copa	Copas	não fornece	Despensa	Farmácia	Cozinha	—	Adega anéxa	Secção separada	—	Secção separada	Cozinha	Copa
Ou de uma secção separada da cozinha central?	sim	—	—	—	Coz. Central	—	—	—	—	—	—																	
— Qual é o sistema usado p/ a distribuição da comida?	sist. manual	Bandejas	Elevador p/ Enfermarias	Bandejas	Bandejas Pensionistas Prato para Enfermeiras	Marmitas até as copas das unidades	Copeira c/ bandeja	Bandejas	Bandejas	Bandejas	Bandejas	Bandejas	Bandejas	Bandejas	Bandeja p/	Bandejas	Bandejas	Bandejas	Bandejas	Bandejas	Transporte manual	—	Bandejas	Carro	Copas Unidades	Copas Unidades	Manual na Cozinha	Marmitas
— O centro de distribuição da comida é na cozinha central ou nas copas das unidades?	Copas Unidades	Coz. Central	Copo	Coz. Central	Coz. Central Copa da Maternidade	Copas das unidades	Cozinha	Cozinha	Cozinha	Copas	Cozinha	Cozinha	Cozinha	Cozinha	Cozinha	Cozinha	Copas	Cozinha	Copas	Cozinha	Cozinha	Cozinha	Copas Unidades	Copas	Copas Unidades	Copas Unidades	Cozinha	Cozinha

	H 1	H 2	H 3	H 4	H 5	H 6	H 7	H 8	H 9	H 10	H 11	H 12	H 13	H 14	H 15	H 16	H 17	H 18	H 19	H 20	H 21	H 22	H 23	H 24	H 25	H 26	H 27	H 28
— A lavagem da louça, respectivamente bandeja e talheres é centralizada na cozinha?	Cozinha	—	Cozinha	Cozinha	Cozinha	Cozinha	Cozinha	Cozinha	Cozinha	Copas	Cozinha	Copas	Copa	Copas	Copa	Copa	Copas	Copa	Copas	Cozinha	Copa	Cozinha	Copas	Copas	Copas	Copas	Cozinha	Copa
Ou é feita nas copas das unidades?	—	Copas	—	—	Copa	Copas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
— Quantas são as unidades de enfermagem?	2	4	3	2	2	8	3	2	1	—	—	5	2	5	Mulheres Homens 2	—	2	1	8	2	2 a 8 quartos	2	30	2	—	16	—	8
— Quantos são os carros de distribuição de alimentos para essas unidades?	—	—	3	2	não tem	não tem	1	1	não tem	nenhum	nenhum	nenhum	não tem	não tem	não tem	não tem	não tem	1	não tem	não tem	não tem	1	não tem	2	—	3 elétricos 5 comuns	—	não tem
— As refeições, no refeitório, são servidas na mesa ou no balcão de distribuição?	na mesa	Mesa	Mesa	Refeitório	Mesa	Mesa	Mesa	Mesa	Copa junto a Cozinha	Mesa	Mesa	Mesas	Mesas	—	Mesas	Mesa	Mesa	Mesa	Mesa	Mesa	Mesa	Mesa	Mesa p/ 2	Mesa	—	Restaurante	—	Balcão
— Refeitório dos Médicos e Enfermeiros?	Mesa	—	—	—	Refeit. para médicos	sim	Só enfermeiros	único		—	não	2	sim	Mesa	não tem	não tem	1	—	Mesa	não há	Não há	não	1	Mesa	—	Mesa	—	não há
— Refeitório dos Empregados subalternos?	Mesa	Mesa	—	Refeitório	2-Refeitórios	sim	—	único	—	Mesa	não	2	o mesmo	2	Anéxo a Copa	sim	1	Mesa	Mesa	Mesa	Copa	não	1	Mesa	—	Refeit. Balcão	—	mesa
— Refeitório das visitas e acompanhantes?	—	Mesa	—	mesmo dos Médicos	não tem	sim	sim	Não comem	não tem	Mesa	sim	1	não tem	5	Anéxo a Copa	não tem	1	Mesa	Mesa	tem	não tem	sim	3	Mesa	—	Rest. em mesa	—	não tem
— Quantas copas existem no Hospital?	2	4	3	2	2	9	1	1	1	3	1	5	1	5	1	1	3	1	8	1	1	1	8	2	—	16	—	1
— A quantos pacientes serve uma mesma copa?	vários	30	30	23 a 25	40	30	8	—	—	—	—	1	—	25 a 40	42	todos	todos do and.	todos	25 + ou —	55	32	não tem	30	1 = 10 1 = 55	—	15 a 20 Pens. 80 Enf.	—	não tem
D) EQUIPAMENTOS :																												
— Há caldeirões?	sim	—	sim	sim	sim	não	sim	sim	sim	sim	não	sim	não	sim	não	3 sim	—	não	tem	não	sim	não	sim	sim	—	sim	—	não
— Para quantos litros?	vários	—	20 l.	10 l.	2 a 40 l.	—	10 l.	4 l.	10 l.	—	—	10 l.	—	15 l.	não	cada c/ 20 l.	—	—	50 l.	—	20 l.	—	5=200 l. cada	2 = 10 l. cada	—	150 a 200 l.	—	—
— Há descascador de batatas?	não	não	sim	sim	não	não	sim	não	não	não	não	não	não	não	não	sim	—	não	tem	não	—	não	sim	não	—	sim	não	não
— Há batedeira?	sim	—	sim	não	sim	não	sim	não	não	não	não	não	não	não	tem	não	—	não	tem	não	—	não	sim	não	—	sim	não	não
— De quantos litros o vasilhame?	1 1/2 l.	—	—	—	—	—	2 l.	—	—	—	—	—	—	—	2 l.	—	—	—	10 l.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
— Quais são as dimensões da chapa do fogão da cozinha central?	0,60x0,60	3,00x1,00	2,20x1,20	2,00x1,00	3,00x1,00	4,50 m² (lenha)	0,88x0,50	0,50x1,50	0,60x1,20 = = Lenha 1,50x1,20 = = Serragem	2,10x0,92	—	0,80	1,00x2,50	3,50x1,10	1,50x0,80	3,00x1,00	2,00x0,90	1,50x0,90	2,50 m	1,60x0,80	1,81x0,83	—	1,00x2,00	0,80x1,78	—	3 Fogões de 3,00x1,50	"Mipa" 4 Bocas	1,50x2,50
— Quais são as dimensões do fogão p/ Diétas?	—	—	1,50x0,80	—	—	1,00 m² (elétrico)	—	não	não	não	—	1,00x0,50	não tem	não tem	não tem	não tem	não tem	não tem	1,00 m	—	não tem	não tem	não tem usa-se panelas de pressão	0,45x0,95	—	nas copas de 4 e 6 bocas	—	não tem
— Há fabricadora especial para produção de gêlo?	Geladeiras	Geladeiras	Geladeira	Geladeira	Geladeira	Geladeira	Geladeira	Geladeira	Geladeira	Geladeira	Geladeira	Geladeira	Geladeira	Geladeira	Geladeira	Geladeira	Geladeira	Geladeira	Sim + Câmara, Sorveteira — 5 geladeiras	Geladeira	Geladeira	Geladeira	Geladeira	Geladeira	—	Comprado	Geladeira	Geladeira
— Ou êste é produzido pelas geladeiras?																												
— Qual é o consumo diário de gêlo em quilos?	variável	—	2 K.	10 K.	50 K.	80 K.	5 K.	5 K.	—	2 K.	pequena	1 K.	5 K.	20 K.	1 K.	não p/ avaliar	—	pequena	Cr$ 1.000,00	—	2 K.	—	30 K.	2 K.	—	3 pedras grandes	—	1 K.
E) ENERGIA DE AQUECIMENTO :																												
— Há uma caldeira que forneça vapor à cozinha?	não	—	sim	não	não	sim	não	não	não	1 no fogão	não	não	não	não	não	sim	—	não	sim + Lavanderia	não	não	não	sim	não	—	sim	não	não
— Qual é o meio de aquecimento do fogão?	—	—	—	—	—																							
— Óleo	Óleo	—	Óleo	—	Óleo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Óleo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Óleo	—	—
— Gás?	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Gás	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
— Eletricidade?	eletricidade	—	—	—	—	Eletricidade	—	—	—	—	—	—	—	—	Eletricidade	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
— Lenha?	—	Lenha	Lenha	Lenha	Lenha	Lenha	Lenha	Lenha	Lenha + + Serragem	Lenha	Lenha comprida	Lenha	Lenha	Lenha	Lenha	—	Lenha	Lenha	Lenha	Lenha	Lenha	Lenha	Lenha	Lenha	—	—	Gazolina	Lenha
— Vapor? a dos caldeirões?	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
— Há alguma objeção contra o meio de aquecimento atualmente usado?	não	não	não	Falta de Lenha e s/ elevado custo	—	ambos muito caro	não	sim	não	não	péssimo	não	não	não	falta fôrça	não	não	não	não	não	pràticamente melhor eletricidade	—	não	não	—	não	não	não
— Se houver dados relativamente ao consumo de energia p/ aquecimento, sòmente na cozinha, qual é o quantum?	—	—	não	não há dados s/ energia	—	não	não	não	—	—	—	—	não há	não	não	80 l. de óleo diários	não	não	não	não	5 m — Lenha a Cr$ 450,00	—	não	não	—	não	não	—

Forno especial para pastelaria;

Cortador de frios semi-automático, localizado na preparação de carne.

Cortador de pão, na secção de café e leite.

Picador de carne com capacidade de 2,5 kg por minuto, localizado na preparação de carne.

Descascador de batatas e cenouras, com capacidade de 140 kg por hora, localizado na preparação de legumes.

Batedeira de 20 litros, localizada entre a pastelaria e a secção de cozimento.

Cortador de vegetais (como acessórios do picador de carne).

Moinho de café, com capacidade de 20 kg por hora, localizado na despensa.

Máquina lavadora: u'a mêsa de entrada de 2,00 x 0,60 m e u'a mêsa de saída de 1,60 x 0,60 m.

Mêsas e pias necessárias à cozinha

Medidas das mesas de trabalho e respectivas pias:

Preparação de carne: 1,50 x 0,65 m, mais um cêpo de 0,60 x 0,65 m e mais uma pia de 0,60 x 0,50 x 0,30 m.

Preparação de peixe: 1,20 x 0,65 m, mais uma pia de 0,60 x 0,50 x 0,30 m.

Preparação de legumes e cereais; 1,90 x 0,65 m, mais duas pias de 0,60 x 0,50 x 0,30 m.

Preparação de verduras e frutas: 1,90 x 0,65 m, mais duas pias de 0,60 x 0,50 x 0,30 m.

Preparação de pastelaria: 2,00 x 0,70 m, mais uma pia de 0,60 x 0,50 x 0,30 m.

Lavagem de pratos térmicos: 2,50 x 0,65 m, mais duas pias de 0,60 x 0,50 x 0,30 m.

Mêsa em frente ao fogão da dieta geral: mínimo, 1,50 x 0,65 m, mais uma pia de 0,60 x 0,50 x 0,30 m.

Mêsa em frente ao fogão de dieta especial: mínimo, 1,00 x 0,65 m, mais uma pia de 0,60 x 0,50 x 0,30 m.

O total dos comprimentos das mêsas de trabalho nas secções de preparação e de cocção é de cêrca de 12 m, o que corresponde, mais ou menos, às medidas de outras cozinhas de mesma capacidade, em países estrangeiros.

Pias para lavagem de panelas: 2 cubas de 0,70 x 0,60 x 0,50 m com duas abas de 1,20 m de um lado e 0,70 m de outro lado.

Lavagem de copos e chícaras (dos funcionários). Duas cubas de 0,60 x 0,50 x 0,20 m com abas de 0,70 m de um lado e 0,50 de outro lado e prateleiras por cima.

Secção de distribuição: duas mêsas, uma para entrega das marmitas dos carros térmicos da dieta geral, outra para distribuição dos pratos térmicos para dieta especial. A distribuição da dieta geral é efetuada pelas copas dos andares e a da dieta especial, diretamente pela cozinha.

Afastamentos a observar

Entre a mêsa e o fogão à óleo	1,30 m
Entre a mêsa e o fogão elétrico e o fogão à gás	1,00 m
Entre as mêsas de preparação	1,20 m
Entre as mêsas da copa de lavagem .	1,80 m

Armários, gavetas e prateleiras

O número de armários e gavetas deve ser reduzido ao mínimo. Para a guarda de material podem servir, em lugar de gavetas, bandejas, guardadas sôbre prateleiras, dentro de armários.

Distribuição das gavetas: uma na secção de carne, duas na mêsa do fogão grande, uma na mêsa do fogão dietético, duas na mêsa da pastelaria, uma na preparação de verduras e legumes, uma na secção de café.

Distribuição de armários: um guarda-comida na despensa, armários suspensos na copa de lavagem para guarda de copos e chícaras; um armário para guardar pratos e talheres.

Provisão de prateleiras: na despensa, na secção de carne, na pastelaria, na secção de café, na lavagem das panelas, e na copa de lavagem.

Pontos de lixo

Os recipientes para lixo serão distribuídos da seguinte maneira: dois na secção de preparação, um na secção de lavagem das panelas, um na secção de café, um na copa de lavagem, um no recinto para lavagem de carros.

Elementos construtivos

Construção de mêsas: há diversas soluções, as quais se acham publicadas no volume n.º 2 da Revista "Hospital de Hoje", à pg. 51.

As pias, na secção de preparação, podem ser construídas no local, em alvenaria, conforme publicado no 2.º número da Revista "Hospital de Hoje", pg. 51.

Construção de armários: preferem-se os embutidos; quando de encosto, os de teto inclinado.

Revestimento das paredes da cozinha: no padrão A até o forro; no padrão B até 1,80 m; os forros tratados para receberem caiação, quando não revestidos com material acústico.

Revestimento dos pisos: ladrilhos de cerâmica vermelha, do tamanho menor.

Revestimento das paredes das câmaras frigoríficas: ainda está em estudo, pois os azulejos, normalmente empregados, se desprendem fàcilmente das paredes, pelo efeito do frio. Foram apresentadas diversas sujestões de outros materiais (Eucatex, chapas de alumínio, Fórmica), os quais ainda serão objetos de pesquisa.

Prateleiras: em ferro pintado; de mármore, principalmente na secção de preparação.

Janelas: providas de tela de arame.

Instalação hidráulica

Torneiras de água fria para as seguintes pias: verduras e legumes, carne e peixe.

Torneiras de água fria e quente, separadas, para lavagem das panelas. Torneiras de água fria e quente, com misturador, para tôdas as demais pias.

Torneiras de limpeza na copa de lavagem, uma na cozinha, outra na lavagem das panelas e uma nos locais para lavagem dos carros e para despejo de lixo. Ralos em frente às pias, ao descascador e aos caldeirões, bem como, na despensa e na via de circulação. A localização precisa dos ralos será resolvida quando da elaboração do projeto definitivo.

Geladeiras e balcão de refrigeração: terão uma ligação com os esgôtos, para escoamento da água descongelada e para a água de limpeza, conforme desenho publicado no 2.º número da revista "Hospital de Hoje", pg. 52.

Pias localizadas no centro da cozinha: serão ligadas a canos embutidos, conduzidos pelo piso; vêr 2.º número da revista "Hospital de Hoje" pg. 52, prevendo uma descarga para o esgoto.

esgôto. Ladrão de descarga na parte superior das pias destinadas à lavagem de verdura.

Haverá um bebedouro e um lavatório na via de circulação, dentro da cozinha.

Misturadores nas pias: só servem os tipos especiais, reforçados (tipo Wallig) ou então misturadores montados com peças avulsas. Vêr volume n.º 2 da revista "Hospital de Hoje", pg. 52.

As pias para lavagem de material gorduroso (panelas, pratos térmicos, marmitas) serão ligadas aos esgôtos, através de caixas de gordura especiais, conforme publicação no 2.º número da revista "Hospital de Hoje", pg. 51.

COMISSÃO DE ESTUDO DE INDICADORES DE ESTERILIDADE

Presidente:

ANDRÉ ROSEIRA DE MATTOS
Vice-Presidente do Laboratório Crino-Sêda de Suturas Cirúrgicas S/A.

Secretária:

DNA. EULINA BASTOS RICHTER
Professora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Relator:

JOÃO N. SONNLEITHNER
Médico Cirurgião — Sanatório São Lucas

Membros:

DNA. ANA ROSA TUPINAMBÁ
Enfermeira Chefe do Serviço de Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo

DNA. ONDINA TEIXEIRA
Enfermeira Chefe do Serviço de Centro Cirúrgico do I.A.P.C.

DNA. ALVINA MARÇO
Enfermeira Chefe do Serviço de Centro do Hospital e Maternidade Modêlo

LÚCIO CARVALHO LIMA
Docente-Assistente do Departamento de Microbiologia e Imunologia da Faculdade de Farmácia e Odontologia da Universidade de São Paulo

LUIZ ROMANO
Enfermeiro Chefe do Centro Cirúrgico do Hospital Municipal

Programa inicial de trabalho

A eficiência dos indicadores de esterilidade é assunto controvertido na literatura científica.

Apesar dos trabalhos existentes, resolveu a Comissão dar sua contribuição experimental sôbre o assunto, investigação essa que será a primeira em nosso meio.

A Comissão avaliará, nas condições habituais de utilização, a eficiência dos indicadores de esterilidade existentes, que denominamos indicadores químicos de esterilidade, por meio de um indicador microbiológico colocado ao lado.

Assim sendo, processar-se-ão, em diversas instituições, esterilizações em condições padronizadas, procedendo-se em seguida à apreciação das indicações dos dois tipos de indicadores. A do indicador químico pela simples inspeção visual e a do indicador microbiológico por meio de provas de verificação de esterilidade.

Nosso indicador microbiológico será constituído por um pedaço de gaze de dimensões e espessura constantes, prèviamente embebida em cultura de B. subtilis de 24 h e sêca a 40°C, envolvida em coberta dupla de algodão.

Serão ainda apreciadas a variabilidade do ponto de fusão dos diversos indicadores utilizados, assim como a facilidade de verificação das indicações que fornecem tais indicadores.

São Paulo, 21 de Maio de 1956.

a) André Roseira de Mattos

ATA DA 2.ª REUNIÃO DA "COMISSÃO DE DESINFETANTES"

Presidente : Dr. Quintino Mingoja.

Secretário : Dr. José Finochiaro.

Aberta a sessão, foi comentado o extenso trabalho apresentado pelo Dr. Hercules Vieira Campos, referente aos desinfetantes, pelo mesmo estudados.

A comissão deliberou traçar um plano, para estudo dos desinfetantes, conforme segue :

1.º) Desinfecção das mãos. Sistematizar o uso de sabões (glicerina, ibitam, côco, clorofenóes) e soluções.

Verificar o valor germicida do álcool a 70%, dos amônios quaternários, do ibitam e dos clorofenóes.

2.º) Desinfecção da pele para cirurgia. Soluções de iodo (água ou álcool) a 2 ou 5%. Álcool a 70%. Amônios quaternários. Compostos orgânicos de mercúrio (mertiolato, metafen, mercúrio-cromo).

3.º) Desinfecção das mucosas. Iodo, amônios quaternários, compostos orgânicos de mercúrio, Furacin.

4.º) Desinfecção do material cirúrgico.

Estudo dos amônios quaternários, do formol e associações, dos clorofenóes e do álcool a 70%.

A propósito da desinfecção do material cirúrgico, o Dr. José Finochiaro deu conhecimento aos presentes, dos trabalhos que vem realizando em colaboração com Dr. Roberto Pasqualin.

Informou que os trabalhos têm consistido na observação do poder germicida do cloreto de benzalcônio, do Cetavlon (brometo de cetiltrimetilamônio) e da solução Bard-Parker (isopropanol — metanol — formol aldeído — sal sódico de bis (2-hidroxi-3, 5, 6 — triclorofenil) metano — água).

O material contaminado é imerso nessas soluções. Após 15' de imersão, as soluções referidas acima mostram poder germicida em 100%. Após 5' de imersão, sòmente o Cetavlon e a solução Bard-Parker mantém o poder germicida. O cloreto de benzalcônio não é germicida em 100% dos casos com a imersão de sòmente 5'.

Quanto ao poder esporicida é necessária imersão nessas soluções durante 3 horas. Material usado na secção de vísceras intestinais imerso nessas soluções durante 3 horas, semeado a seguir, apresenta-se estéril, inclusive para esporos.

A solução Bard-Parker não é corrosiva. O material cirúrgico pode ser abandonado na solução dias seguidos, sem inconvenientes.

O cloreto de Benzalcônio e o Cetavlon são corrosivos. A imersão nessas soluções não pode passar de algumas horas, após as quais se iniciarão fenômenos de corrosão.

Acrescentando nitrito de sódio ao cloreto de benzalcônio não se evitou o efeito corrosivo.

As pesquisas dos Drs. Finochiaro e Pasqualin prosseguem e serão objeto de oportuna publicação.

5.º) Desinfecção de material especializado (polietileno — lâmpadas — fios, etc.).

6.º Ficou deliberado ainda que em apêndice será feito o estudo de :

Desinfecção de ambiente e utensílios. Roupa. Chão. Paredes. Pratos. Talheres.

Cabe à comissão de desinfetantes fazer uma revisão bibliográfica e pesquisas sôbre os desinfetantes químicos, para, à medida que se tiverem conclusões definitivas, fazer a devida divulgação.

Para a próxima sessão ficou resolvido que os membros da comissão façam uma revisão do uso do iodo, apresentando suas observações, pesquisas e dados bibliográficos.

COMISSÃO DE TERMINOLOGIA HOSPITALAR BRASILEIRA

A Secretaria da Comissão já recebeu os elementos solicitados da American Hospital Association, e está aguardando os dados de outras instituições similares, especialmente da Inglaterra e Suecia, para então dar início às suas atividades.

A Comissão é integrada mais pelas seguintes instituições :

ACADEMIA DE MEDICINA DE SÃO PAULO
Representante : Prof. Dr. Antonio de Almeida Prado

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
Representantes : Dna. Maria Rosa de Souza Pinheiro e Dna. Dinah Coelho Mathias

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM — Setor de São Paulo
Representante : Enf.ª Dna. Celina Camargo

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA
Representante : Dr. Hilton Neves Tavares

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA
Representante : Dr. João Caetano da Silva Junior

CASA DE SAÚDE LIBERDADE
Representante : Dr. Geraldo Leitzke

CASA DE SAÚDE SANTA RITA S/A.

CRUZ AZUL DE SÃO PAULO
Representante : Dr. Mário Brasil Cococi

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Representantes : Prof.ª Dna Anayde C. Carvalho e Prof.ª Zaira Bittencourt

HOSPITAL SÃO PAULO DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

INSTITUTO PAULISTA
SOCIEDADE DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL MATARAZZO E CASAS DE SAÚDE MATARAZZO

COMISSÃO DE ESTATÍSTICA

Dr. DIOGENES AUGUSTO CERTAIN — Presidente

ESTUDO INICIAL PARA ESTABELECIMENTO DE MAPA PADRÃO DE INQUÉRITO HOSPITALAR PARA ANÁLISE ESTATÍSTICA

(Continuação) Dr. M. PAWELL

Edificação

21. Localização

211. Em relação ao centro comercial mais convenientemente locado?

1) No perímetro urbano da cidade séde do município o

2) No perímetro suburbano da cid. séde do município o

3) No perímetro urbano de vila o

4) No perímetro suburbano de vila o

5) Em zona rural o

6) Distância, em km, do centro comercial da séde do município .....

7) Distância, em km, do centro comercial da vila ou bairros mais próximos, si êstes forem de localização mais conveniente para compras que a séde do município .....

8) Nome da vila ou bairro em mira no item precedente .....
.....

212. Em relação a comunicações ferroviárias :

1) Nome da estação ferroviária mais próxima .....
.....

2) Distância, em km, da estação acima .....

3) A estrada ou rua de acesso é de

31) concreto o

32) asfalto o

33) macadame o

34) pedregulho o

35) terra natural e pedregulho o

36) terra natural plainada o

37) terra natural o

213. Em relação a comunicações rodoviárias:

1) Nome ou designação da rodovia .....

2) Distância, em km, da rodovia acima .....

3) A via de acesso é de:

31) a 37) como 212.31/37.

(Si há diversos tipos de calçamento, referir o primeiro trecho, junto ao qual se localiza o hospital)

4) A rodovia mencionada em 1) é de:

41) a 47) como 212.31/37.

214. Em relação a comunicações aeroviárias:

1) Nome ou designação do aeroporto mais próximo servido por linha comercial de aviação .....
.....
2) Distância, em km, do aeroporto acima .....
3) A via de acesso é de:
31) a 37) como 212.31/37
4) Nome ou designação do aeroporto mais próximo sem serviço comercial regular .....
5) Distância, em km, do aeroporto acima .....
6) A via de acesso é de:

61) a 67) como 212.31/37

215. Em relação a comunicações aquáticas:
(preencher sòmente quando forem de interêsse local)

1) Porto .....o Simples ponto de atracação .....o
2) Em via fluvial .....o Junto ao mar .....o
3) Nome do rio (si for o caso) .....
4) Nome do porto .....
5) E' servido por linha regular de barcas ou navios?
Sim....o Não....o
6) A via de acesso é de:

61) a 67) como 212.31/37

216. Em relação à circulação de notícias:

1) Distância, em km, do telefone mais próximo .....

91) E' posto telefônico?....o Sim....o Não....o
92) E' telefone ligado a rêde telefônica local?
Sim....o Não....o

2) Distância, em km, da agência ou posto telegráfico ou radiotelegráfico mais próximo .....

91) Há entrega de telegramas a domicílio?
Sim....o Não....o

3) Distância, em km, do posto emissor de rádio-amador mais próximo .....
4) Distância, em km, da agência postal mais próxima .....

91) Há distribuição de correspondência a domicílio?
Sim....o Não....o

217. Dados climáticos:

1) Altitude, em metros sôbre o nível do mar .....
2) Ventos predominantes:

20) Não há
21) W
22) NW
23) N
24) NE
25) E
26) SE
27) S
28) SW

3) Intensidade média dos ventos:
Muito ventoso....o Ventoso....o Pouco ventoso....o
Ligeira brisa....o Sem vento....o
4) Temperatura média diurna em janeiro, em °C .....
5) Temperatura média noturna em janeiro, em °C .....
6) Temperatura média diurna em julho, em °C .....
7) Temperatura média noturna em julho, em °C .....
8) Média pluviométrica de janeiro, em mm .....
9) Média pluviométrica de julho, em mm .....

218. Dados sôbre o terreno em que é construído o hospital.

1) Área total do terreno, em metros quadrados .....
2) Tem área livre apreciável? Sim....o Não....o

21) Parque o
22) Jardim o
23) Horta o
24) Pomar o
25) Outras plantações no terreno do hospital? o
26) Poleiros o
27) Outras criações no terreno do hospital? o
28) Terreno destinado a outros fins? o
Qual fim? .....

3) Terreno com declive para:

30) a 38) como 217.20/28

39) Ângulo médio da declividade, em graus .....

22. Nocividades originadas na vinzinhança:

221. Ruídos:
1) de tráfego urbano o
2) de tráfego rodoviário o
3) de tráfego ferroviário o
4) de tráfego aéreo o
5) de fábricas o
6) de quartéis o
7) de escolas o
8) de playgrounds o
9) Outros o
De que origem? .....

222. Odores:

1) de fábricas o
2) de criação de animais o
3) de plantações o
4) de outra origem o
Qual .....

223. Suspensões atmosféricas:

1) Vapores o
De que? .....
2) Fumos o
De que? .....
3) Poeiras o
De que? .....

224. Artropodos

1) moscas o
2) mosquitos o
3) pulgas o
4) baratas o
5) percevejos o
6) barbeiros o
7) piolhos o
8) escorpiões o
9) outros o
Quais? .....

229. Outras classes de nocividades
Quais? .....

23. Edificação

231. Projeto

1) O prédio principal do hospital e adaptação de prédio preexistente? Sim?....o Não?....o
2) Si é prédio adaptado, qual foi o destino primitivo? ...
.....
3) Autor do plano de construção ou adaptação .....

4) Títulos profissionais do autor:

41) Engenheiro civil o
42) Arquiteto o
43) Consultor hospitalar o
44) Construtor licenciado o
45) .....

5) Plano fornecido pela D.O.H. do Ministério da Saúde o
6) Plano fornecido por repartição estadual o
Qual repartição e de que Estado? .....
7) Consultas fornecidas pelo IPH o
A quem? ..... Referente a .....

232. Construção em geral

1. Construtor

11) Nome do responsável pela construção ou adaptação
.....
12) Títulos profissionais do construtor:

121) a 125) como 231.41/45

13) Nome do responsável pela última ampliação ou reforma substancial .....

14) Títulos profissionais do responsável

141) a 145) como 231.41/45

15) Foi reforma? Sim....o Não....o
Ou foi ampliação? Sim....o Não....o

16) Data de seu término .....

2. Exterior

21) Pedras o

22) Pastilhas o

23) Tijolos a vista o

24) Reboco o

25) Outro revestimento exterior o
Qual? .....

3. Interior a prova de fogo? Sim....o Não....o

4. Tipo de construção

41) Monobloco vertical o

42) Monobloco horizontal o

43) Pavilionar o

431) com ligação entre os pavilhões em ceu aberto o

432) idem apenas coberta o

433) idem coberta e fechada lateralmente o

44) Mixto

441) a 443) como 232.431/433

5. Flexibilidade

51) projeto inalterável o

52) projeto progressivo (previstas etapas para ampliação) o

53) projeto flexível (adaptável a modificações que se venham mostrar convenientes) o

24. Partes da construção: 1) Unidades de enfermagem
(Quando nesta parte se indaga de leitos, trata-se da capacidade normal do hospital, dos leitos para os quais o hospital foi construído, e não do número de leitos em uso)

241.1) N.º de quartos e enfermarias **pediátricas:**
..... Área total.....

3) N.º de salas de recreio para menores
..... Área total.....

5) N.º de leitos, caminhas, berços e incubadores .....

242.1) N.º de berçários mixtos: pediátrico-obstétricos
..... Área total.....

3) N.º de berços e incubadores .....

243.1) N.º de berçários obstétricos
..... Área total.....

3) N.º de berços e incubadores .....

244.1) N.º de quartos obstétricos com cama e berço (rooming-in)
..... Área total.....

3) N.º de berços .....

4) N.º de leitos .....

245.1) N.º de quartos e enfermarias para adultos .....

6. Número de prédios e área construída:

Enumeração dos predios	N.º tot l de pavimentos	Area dos pavimentos, em m², despresando as frações								Area total em m²
		Porão	Terreo	1.º andar	2.º andar	3º andar	4.º-6.º andares (total)	7.º- 2.º andares (total)	outros pavimentos (total)	
1.	. . .	. .	. .	. .	. .	. .	. . .	. . .	. . . . .	. . .
2.	. . .	. .	. .	. .	. .	. .	. . .	. . .	. . . . .	. . .
:										
:										
10.	. . .	. .	. .	. .	. .	. .	. . .	. . .	. . . . .	. . .
Total	. . .	. .	. .	. .	. .	. .	. . .	. . .	. . . . .	. . .

PARTILHE DO IDEAL DE MAIS E MELHORES HOSPITAIS PARA O BRASIL

PRIMEIRO CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

Vem despertando grande interêsse o certame organizado pela A.M.B. que terá lugar em Ribeirão Prêto entre 23 e 27 de outubro próximo. Segundo informa a Comissão Organizadora, já estão inscritos centenas de participantes residentes nos mais diversos pontos do país. Calcula-se que mais de mil médicos estarão presentes no certame. A Comissão Executiva está instalada no Centro Médico de Ribeirão Prêto. A direção Geral do Congresso está assim organizada: presidente, prof. Hilton Rocha; secretário geral, prof. Dorival Macedo Cardoso; tesoureiro, Hilton Neves Tavares. A Comissão Executiva é a seguinte: presidente, prof. Zeferino Vaz, secretário geral, Paulo Gomes Romeu; membros: médicos Alvaro Lopes Cansado, Fabio dos Santos Musa, Henrique J. Morgam, prof. José Moura Gonçalves, prof. Mauro Pereira Barreto, Milton Munhoz, Paulo Valentie de Oliveira, prof. Plinio de Mendonça, Roldão Consoni e Valdemar B. Pessoa.

O certame constará de mesas redondas sôbre temas aprovados pelos organizadores do Congresso, que são os seguintes:

1 — ENSINO MÉDICO — a) Conceito de ensino médico; b) Currículo médico; c) Exame de seleção d) Tempo Integral; e) Internato; f) Residência; g) Carreira Universitária; h) Criação de novas escolas; i) Limitação de alunos.

2 — ASSISTÊNCIA MÉDICA URBANA — Serviços de ambulatório, Serviços Hospitalares, Remuneração dos serviços médicos, Liberdade de escolha do médico pelo cliente, Sistema do custeio dos serviços, Problemas próprios dos serviços médicos, Problemas de caracter geral.

3 — ASSISTÊNCIA MÉDICA RURAL — a) Objetivos responsabilidades e peculiaridades de assistência médica rural; b) Tipos de assistência médica rural; c) Modalidade de assistência médica rural; d) Condições de promover uma assistência médica rural mais eficiente; e) Problemas de caracter geral.

4 — SOCIALIZAÇÃO DA MEDICINA — O programa social do Congresso está sendo cuidadosamente estudado de forma que, concluido os debates, estudos e sessões plenárias, os congressistas terão, diàriamente, festas, reuniões sociais, excursões, etc.

MESA REDONDA SÔBRE PROBLEMAS MÉDICO-HOSPITALARES

A Associação Paulista de Hospitais, a Associação Paulista de Medicina e a Seção Regional de São José do Rio Pardo, promoveram no dia 30 p.p., na cidade de São João da Boa Vista, a terceira mesa redonda sôbre Problemas Médico-Administrativos nos Hospitais.

Trata-se de uma série de debates que aquelas duas primeiras entidades, em colaboração sempre com uma das seções regionais do Interior, estão fazendo realizar para a divulgação das idéias atuais sôbre os problemas daquela especialidade e para discussão também das experiências obtidas com os programas traçados pelos congressos, cursos e mesas redondas no setor médico-administrativo dos hospitais, estudo que muito se tem desenvolvido em nosso país nêsses últimos cinco anos.

CURSO DE PROJETO E ORGANIZAÇÃO DE HOSPITAIS

É com vivo interêsse que damos notícia do próximo curso organizado pelo Instituto de Arquitetos do Brasil — Departamento de Pernambuco.

Sem dúvida a bôa semente lançada pela Comissão de Planejamento de Hospitais do I.A.B. — Departamento de São Paulo, em 1953, deu seus frutos, germinou e encontrou campo fértil nêsse nosso imenso solo virgem.

Oxalá, espouquem em tôdos os recantos do Brasil iniciativas similares. Só assim, os modernos conceitos de planejamento hospitalar terão rápida difusão.

É prazeirosamente que o I.P.H. constata que o desenvolvimento hospitalar, em que tão profundamente está empenhado, vai tomando incremento.

E aquí estão, para atestar o surgir de uma Consciência hospitalar brasileira, o número dia a dia maior de associações, cursos e publicações.

Ainda recentemente, três novas entidades, a Associação Pernambucana de Hospitais, a Associação Paranaense de Hospitais e a Associação Sulriograndense de Hospitais, se organizaram para lutar pela elevação de nossos padrões hospitalares. Agora, é o I.A.B. de Pernambuco que se empenha nêsse ideal.

Indubitàvelmente são fatos auspiciosos e significativos que devem merecer o incentivo e apôio de todos.

FINALIDADES DO CURSO:

Formação de nova mentalidade para o trabalho de equipe.

Possibilitar a construção de Hospitais dentro de um programa que coordene as exigências dos profissionais ligados ao assunto.

Contribuir para uma melhor assistência aos pacientes com soluções econômicas, e eficientes.

Solucionar diferentes problemas dos planejadores e administradores de Hospitais.

CANDIDATOS: arquitetos, engenheiros, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e estudantes.

TAXA DE INSCRIÇÃO: Cr$ 500,00 — deverá ser feita até o dia 3 de Julho.

REGISTRO: será efetuado, pelo inscrito, no dia 8 de Julho, na secretaria do Curso.

CERTIFICADO: será conferido um certificado aos alunos que comparecerem a 80% das aulas.

ENDERÊÇO: Aulas teóricas no Auditório da Caixa Econômica Federal de Pernambuco.
Av. Guararapes — Entrada pela Rua Matias de Albuquerque.
Aulas práticas em diversos Hospitais da cidade.
Informações e remessa de inscrições — Arq. Florismundo Marques Lins Sobrinho.
Instituto de Arquitetos do Brasil — Departamento de Pernambuco — Caixa Postal 1977. Ed. INALMAR, sala 1202 — Fone 7851 — Av. Dantas Barreto, 564 — Telegrama PROJETO — RECIFE.

PROGRAMA DO CURSO

NOITES — Conferências e seções cinematográficas.
MANHÃS — Visitas aos Hospitais.
TARDES — Aulas teóricas no Auditório da Caixa Econômica, na seguinte distribuição:

Domingo 8
De 20 às 22 horas
Sessão inaugural
Histórico e Conceito de Hospitais

Segunda 9
De 14 às 18 horas
Instituições de Assistência Médico Social e Hospital nos centros urbanos, suburbanos e rurais

Terça 10
De 14 às 18 horas
Programas de Hospitais
Hospitais de cidade
Hospitais Especiais
Orientação de Hospitais

Quarta 11
De 14 às 19 horas
Hospitais Rurais
Projeto estrutural de edifícios hospitalares

Quinta 12
De 14 às 18 e 30 horas
Capacidade e distribuição dos serviços
Instalações diversas

Sexta 13
De 14 às 18 e 30 horas
Organogramas e administração
Departamento de Admissão
Consultórios Externos
Terapia ocupacional

Sábado 14
De 14 às 18 horas
Departamento de Enfermagem

Dominga 15
PROGRAMA SOCIAL

Segunda 16
De 14 às 18 horas
Centro Cirúrgico - Anestesia - Esterilização - Farmácia - Raio X - Fisioterapia - Laboratórios - Banco de Sangue - Gabinetes Dentários

Terça 17
De 14 às 19 horas
Serviços Sociais - Lavandaria e Rouparia - Cozinha e Refeitórios - Relação das Instituições Hospitalares com a Saúde Pública

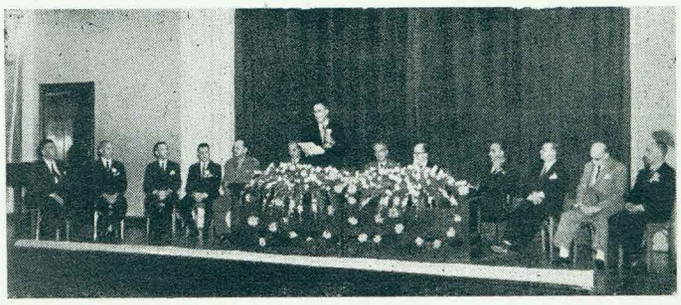
21 horas
ENCERRAMENTO

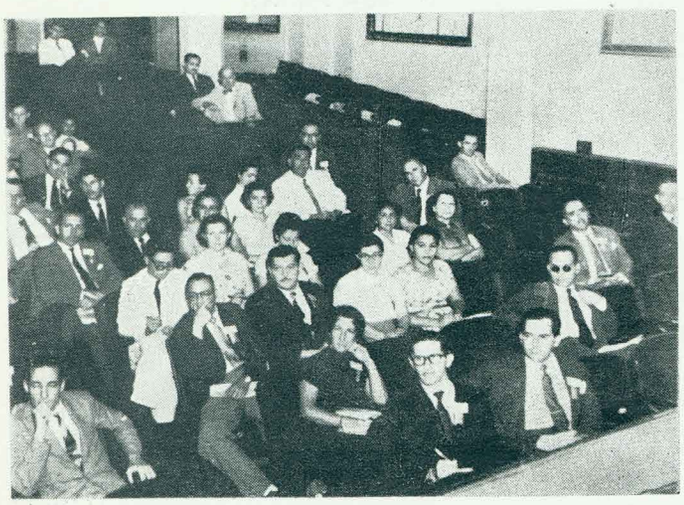
V JORNADA PAULISTA DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Êste ano a capital de São Paulo foi escolhida para a realização da V Jornada Paulista de Administração Hospitalar. O certame que é patrocinado pela Associação Paulista de Hospitais, contou com a colaboração do Instituto de Arquitetos do Brasil, Departamento de São Paulo, que cooperou na organização da Exposição de Projetos de Hospitais, realizada no saguão interno do anfiteatro da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Abaixo são dados alguns aspectos da Jornada.

Flagrante de uma das aulas realizadas na semana de 11 a 17 de março do corrente ano, no anfiteatro da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.





Administradores, Médicos, Enfermeiros, Arquitetos e Técnicos presentes a Jornada.

"HOSPITAL DE HOJE" É A SUA REVISTA PRONTA PARA VEICULAR A SUA EXPERIÊNCIA

CONTINUAÇÃO DAS CONCLUSÕES DO CONGRESSO DE LUCERNA

GRUPO 2 — ADMINISTRAÇÃO

Ao grupo 2, foi dada a tarefa de estudar o lado administrativo do problema "BEM ESTAR MENTAL DOS PACIENTES EM HOSPITAL GERAL'. As reuniões, sob a simpática presidência do Dr. F. R. Bradley (E.E.U.U.) e orientação do prelado Dr. P. Firmenich (Alemanha), foram muito concorridas; muitas nações acharam-se representadas pela centena de administradores presentes. A frequência e o interêsse pelas teses apresentadas e os debates que se seguiram foram os mesmos desde o começo da primeira reunião ao fim da última reunião, apesar das atrações turísticas de Lucerna. Ficou claro que o tema central do congresso "O BEM ESTAR MENTAL DOS PACIENTES EM HOSPITAL GERAL", diz respeito tanto a administradores, como a médicos e enfermeiras, apesar de os administradores estarem menos intimamente ligados à vida das enfermarias que as enfermeiras; para êles, contacto direto com o paciente é exceção e não regra; sua função não é assistência ao paciente; não tem a grande alegria de curar e consolar.

No entanto, são também sêres humanos, coisa da qual não se esquecem; alguns já foram pacientes e disso bem se lembram; e se não têm o poder de fazer muito por um único paciente, podem fazer um pouco por todos que se abrigam em seu hospital. Mr. E. H. Jones (Irlanda do Norte) descreveu o surpreendente quadro das responsabilidades e deveres do administrador-chefe de um hospital e esboçou os princípios que devem ser aplicados ao hospital a fim de criar o ambiente propício ao paciente para que êste possa ser tratado nas melhores condições possíveis, mental e fisicamente. Em particular, recomenda que deveria ser dado bom exemplo; que todos os elementos da administração deveriam ser escolhidos cuidadosamente e que todos os esforços deveriam ser feitos, a fim de proporcionar boas condições de serviço, para que possam apreciar seu trabalho.

Recomenda a criação de ambiente capaz de dar ao paciente a confiança indispensável para a boa cooperação com o pessoal encarregado de seu tratamento. Esboçou as medidas necessárias para evitar ferir os hábitos do paciente e para reduzir ao mínimo seu inevitável estado de constrangimento.

E' impossível, nesta breve ata, analisar os vários métodos, os quais pràticamente podem ser chamados de receitas, sugeridas por Mr. Jones. Mas, para dar ao Congresso idéia da natureza detalhada e prática dos debates, uma sugestão dada por Mr. Jones pode ser transcrita: "Estabeleçam o costume de o paciente ser informado do nome e posto de cada pessoa responsável pela sua assistência médica, de enfermagem e tratamento".

O anonimato do pessoal não traz mérito nenhum e faz com que o paciente se sinta como um "caso" e não como um ser humano, que necessita de amizade e informes, bem como de ajuda especializada".

Saúde mental e física não podem ser dissociadas; ambas estão em correlação ao meio econômico e social, diz o Dr. H. J. Hugo (União Sul Africana) que, em sua tese, advoga "o desenvolvimento de cooperação entre o pessoal e o paciente, a fim de que o paciente não sinta que o progresso médico tecnológico moderno o tenha transformado em um mero instrumento ou objeto de pesquisa nas mãos de especialistas". O Dr. Hugo friza não ser suficiente ajudar o paciente durante sua estada no hospital; êle deve ser preparado, mentalmente, para sua alta do hospital e sua integração no seu meio familiar e de trabalho. O Dr. Hugo encarece a necessidade de um número adequado de pessoal qualificado, convenientemente distribuido. O debate que se seguiu mostrou a vantagem de se empregar pessoal auxiliar para os serviços de secretaria e relações entre os vários departamentos, além do pessoal treinado em trabalho social.

Em alguns países, a admissão de um paciente num hospital constitui sério problema devido à falta de leitos. Alguns hospitais são forçados a estabelecer listas de precedência, o que, algumas vêzes, leva o paciente a espera muito longa. Alderman T. Evans (P. Gales) levantou êste problema em sua tese, a que se seguiu longo debate. As sugestões de se manter correspondência com o paciente e efetuar visitas ao seu domicílio, através do Serviço Social, são apenas paliativos ineficientes. Alguns países enfrentam o problema, colocando camas adicionais nas enfermarias a fim de fazer frente à procura. Isto elimina as listas de espera, mas acabam causando congestionamento. A solução real, como se verá adiante, é a construção de novas enfermarias e hospitais.

Outro período de espera, que é muito mais curto, mas inevitável, é o período entre a chegada do paciente ao hospital e o seu primeiro exame médico.

O Dr. J. J. de Paiva Corrêa (Portugal) descreveu, em sua tese, os métodos recentemente adotados no Hospital da Universidade de Santa Maria em Lisboa. O procedimento, exceto em casos de admissão de emergência, é o seguinte: o paciente é interrogado apenas uma vez, por uma única pessoa à sua recepção; a informação referente às suas condições sociais, necessária para fins administrativos, é então transmitida a todos os departamentos interessados. O debate, que se seguiu, demonstrou a necessidade de uma secção central de arquivos, a fim de que a ficha de um paciente possa ser fàcilmente encontrada em caso de volta ao hospital, para tratamento posterior.

A comida do paciente e seu serviço também contribuem, em não pequena proporção, para a criação de uma atmosfera que leva ao seu bem estar mental. Isto foi trazido à luz através da longa experiência hospitalar de Mr. H. Thoillier (França). Êle sumarizou êste vasto campo, apresentando várias propostas concernentes aos métodos de distribuição de alimentos, do seu preparo à sua chegada ao leito de nosso hóspede: o paciente.

E' impossível sintetizar um sumário; entretanto, devemos mencionar que o relator fez sentir as vantagens de unidades secundárias de cozinhas para o preparo final de alimentos, enquanto à cozinha principal caberiam as operações básicas de cozimento. Ligado ao tema, o presidente nos proporcionou informação interessante sôbre a maneira de como êste problema é resolvido nos Estados Unidos. Foi possível até dispensarem as cozinhas de enfermaria pelo uso de um sistema de transporte, rápido e eficiente, de bandejas individuais, levadas em carros aquecidos da cozinha central. Ao eliminar a cozinha de enfermaria, êste sistema de condução enseja economia e maior espaço destinado para leitos.

Não seria possível cuidar do estado de espírito dos pacientes hospitalizados, sem considerar um fato essencial: visitas de amigos e parentes. O Professor G. Sollazzo (Itália) nos proporcionou seus pontos de vista sôbre êste lado da vida no hospital, mostrando sob quais aspectos a visita favorece o paciente e definindo os limites que deveriam ser impostos.

No que concerne a "visitas", que é assunto particularmente delicado, um meio deve ser encontrado de forma a combinar harmoniozamente as necessidades administrativas, necessidades médicas, o respeito pelas emoções humanas e tôdas as tradições enraigadas, que variam de país para país.

O partido adotado pelo professor Sollazzo, está expresso em suas conclusões. E' o seguinte o seu critério: a visita deve ser controlada e supervisionada pela enfermeira, já que ela está em melhores condições de aquilatar o efeito de visitas sôbre o estado físico-mental do paciente; todos os meios apropriados devem ser tomados, a fim de evitar que as visitas de um paciente disturbem outros da mesma enfermaria ou interfiram em tratamentos urgentes. Visitas devem ser limitadas a alguns dias e horas, com exceção dos parentes de pacientes cujo estado inspire sérios cuidados. Afora as horas de visita e o tempo tomado pelos exames médicos e cuidados de enfermeira, o paciente fica a sós com os seus pensamentos. Esta solidão é uma das maiores preocupações do administrador hospitalar. Como poderá o paciente ser impedido de cair em um estado de melancolia que poderá ter efeitos desastrosos no progresso de sua cura? Êste problema foi analizado pelo Dr. B. Th. G. de Jong (Holanda) que, em sua tese, apresentou os métodos que êle recomendaria, em função do tempo de estada do paciente no hospital.

Se o paciente deve ficar no hospital por pequeno espaço de tempo, parece melhor não incomodá-lo com distrações e estudos; deveria ser deixado em paz para que use o tempo para meditação, de acôrdo com seu próprio gosto e desejos. Para pacientes que permanecem no hospital por um tempo maior e que possìvelmente necessitem de reabilitação social, após sua cura, Dr. de Jong recomenda a terapia de ocupação e, se necessário, incluir treino vocacional. Finalmente, há os pacientes que

não retornarão aos seus lugares originais na sociedade; para êstes, alguma ocupação deve ser encontrada que, ao menos, lhes dê uma esperança e os faça sentirem-se ainda úteis à sociedade.

Durante os debates, muito interessantes que se seguiram, Mme. de Groote (Bélgica) fez algumas sugestões quanto à organização de bibliotecas em hospitais; em particular, recomendou a leitura em voz alta para grupos de pacientes, incentivando-os, depois, a discutirem o texto.

Êstes foram os principais ítens debatidos pelo Grupo II. Infelizmente, o tempo é curto para darmos idéia da animada atmosfera das reuniões. Tôdas as teses apresentadas, e os debates que se seguiram, claramente demonstraram a importância de não se considerar o hospital apenas como um centro de tratamento. O paciente deve ver no hospital seu segundo lar, onde encontrará alívio para o sofrimento e a atmosfera de confiança e conforto mental, de que, nêsse momento crítico de sua vida, mais necessita.

Deve-se recorrer, com empenho, a tudo que possa contribuir para a criação e manutenção dêste ambiente amigável, pacífico e calmo. Foi com muita satisfação, que os membros da comissão descobriram o quanto êsse sentimento era comum a todos e quão grande foi o número de sugestões humanas apresentadas a respeito.

Vendo no paciente algo mais do que um caso, assegurando-lhe, desde o momento que entra no hospital, que sua personalidade, sua liberdade intelectual e emocional, suas crenças religiosas e filosóficas serão escrupulosamente respeitadas; provendo-o com meios de retornar ao seu lugar na sociedade, quando deixar o hospital — tudo isto, como Mr. Moser sugeriu em sua admirável nota geral, representa para o pessoal hospitalar, algo mais do que um dever profissional; é uma das fontes donde deriva a beleza de sua vocação e entusiasmo.

De tempos em tempos, durante as reuniões, parecia-nos entrever, nas brumas do futuro, o hospital ideal: uma combinação de "fábrica de saúde perfeita" e a "Casa Grande" da qual o padre Gemelli falou em comoventes palavras. A "Casa Grande", o segundo lar de todos — o hospital, vem se tornando cada vez mais parte dêste novo conceito de camaradagem e auxílio mútuo, que dá a cada membro de comunidade seus direitos, desenvolvendo ainda a velha e nobre idéia de caridade. A construção de meios técnicos de tratamento, dentro de um hospital, fazem-no assumir sua função de ajuda e segundo lar.

Mas, para obter êste ideal de um hospital como um segundo lar para todos, o sonho de médicos, arquitetos, enfermeiras e administradores, devemos ter aquilo que na França é chamado de "fibra de guerra" e que esperamos se torne "fibra de paz" — chamemo-lo "recursos financeiros", para não tocar na feia palavra dinheiro. Sentimo-nos, e realmente somos, os verdadeiros intermediários, que eu chamaria de mediadores entre o paciente, cujas infindáveis necessidades nos são familiares, e as autoridades públicas, que têm o poder de adquirir, construir, equipar e recrutar. Temos argumentos ponderáveis em favor de nossa causa. Mesmo que nosso ideal não fôsse compartilhado por outros, poderiamos sinceramente dizer, que o paciente que entra em nosso hospital é muitas vêzes um entrave na máquina econômica e que a sociedade lucrará com seu retôrno ao seu devido lugar, o mais depressa possível. Um dos relatores, é verdade, descreveu as aperturas financeiras, como um desafio ao administrador e considerou que estaríamos em perigo de tornarmo-nos indolentes, se nossos cofres fossem mantidos regularmente supridos, de acôrdo com nossos desejos. Parece haver um pouco de verdade e boa dose de humor nessa idéia.

Todo pessoal hospitalar mostra claramente seu desejo de fazer acertadamente o necessário para o paciente. Devemos esperar que os governos forneçam os meios a fim de tornar realidade a "Casa Grande", que ainda não é mais que uma esperança no coração de cada um de nós.

(Pelo setor Grupo II — Mr. P. L. DARY (França) Secretário).

Continua no próximo número

AO IPH

INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES

RUA XAVIER DE TOLEDO, 210 — TELEFONE 36-3889 — SÃO PAULO

SAUDAÇÕES:

Tem esta por fim solicitar a remessa da revista HOSPITAL DE HOJE e demais publicações do IPH para o seguinte endereço:

Rua ..... N.º ..... Caixa Postal n.º .....

Cidade ..... Estado .....

A minha [ ] / A nossa [ ] / segue por cheque [ ] anuidade, no valor de Cr$ 300,00 [ ] / Cr$ 500,00 [ ] / vale postal [ ], correspondente a sócio individual [ ] / coletivo [ ] / valor declarado [ ] do IPH,

Obs. — Na Capital de São Paulo, o cobrador do IPH atende pelo fone: 36-3889.

Já recebi [ ] / Ainda não recebi [ ] o recibo correspondente ao pagamento da anuidade do corrente ano.

A ficha de inscrição para sócio, bem como 2 fotografias de 3x4, seguem anexas [ ] / já foram remetidas [ ]

Acuso [ ] / Não acuso [ ] o recebimento do número anterior da revista HOSPITAL DE HOJE, órgão oficial do IPH.

Obs. — A revista HOSPITAL DE HOJE não está à venda; é distribuída aos sócios do IPH.

DESEJO PARTICIPAR DOS TRABALHOS DAS SEGUINTES COMISSÕES DO IPH:

Responsabilidade Médico Legal	[ ]	Terminologia Hospitalar Brasileira	[ ]
Estufas para Esterilização	[ ]	Equipamento de Cozinha	[ ]
Assépsia em Cirurgia	[ ]	Paredes removíveis	[ ]
Equipamentos de Lavandaria	[ ]	Mamadeiras	[ ]
Padronização de Campos	[ ]	Pisos condutivos	[ ]
Desinfetantes químicos	[ ]	Dados Estatísticos	[ ]
Tambores porta-seringas	[ ]	Indicadores de Esterilidade	[ ]
Padronização de Serviços de Centros Cirúrgicos	[ ]	Enfermagem do Hospital Piloto	[ ]
Esterilização por ultra violeta	[ ]	Sugiro a criação de mais as seguintes comissões:	
Planta de Cozinha	[ ]	.....	[ ]

Nome por extenso .....

Profissão .....

Nome da instituição em que trabalha .....

Tenho a observar o seguinte .....

DATA ..... ASSINATURA .....

PUBLICAÇÕES HOSPITALARES

TERCEIRO CURSO INTERNACIONAL DE ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE HOSPITAIS — 1950 (18-5 a 1-6) (Folheto, programa) — Rio de Janeiro.

MANUAL OF HOSPITAL HOUSEKEEPING — Publication M — 16-52 — American Hospital Association — 1952 — Chicago, Illinois — U.S.A.

MANUAL OF HOSPITAL MAINTENANCE — Publication M — 22-52 — American Hospital Association — Chicago, Illinois — U.S.A.

HOSPITAL LAUNDRY — Manual of Operation — 1950 — Pub. n.º M 7 — 49 — American Hospital Association — Chicago — Illinois — U.S.A.

HANDBOOK ON ACCOUNTING, STATISTICS AND BUSINESS OFFICE PROCEDURES FOR HOSPITALS — 1950 — Section N. 1 — Uniform Hospital Statistics and Classification of Accounts — Publication N.º 10-50.

SEMINARS ON HOSPITAL DESIGN — David C. Baer — Separata — Journal of the American Institute of Architects — Março 1948.

Transcript: INSTITUTE ON OPERATING ROOM ADMINISTRATION — Maio — 1952 — American Hospital Association — Chicago, Illinois — U.S.A.

Transcript: INSTITUTE FOR HOSPITAL ENGINEERS — Abril — 1950 — American Hospital Association — G-50-51 — Chicago, Illinois — U.S.A.

I.E.S. — LIGHTING HANDBOOK — 2.ª Edição — 1952 — Illuminating Engineering Society — New York — N.Y. — U.S.A.

CESAREA ABDOMINAL — Quando praticá-la — Eduardo Martins C. Passos — 1946 — São Paulo — Brasil.

RELATÓRIO DO ANO COMPROMISSAL DE 1950 — Apresentado pelo Provedor Henrique Soler ao Conselho Geral da Irmandade, em 12 de Março de 1951 — Santa Casa de Santos — Santos — Brasil.

PROTEÇÃO RADIOLÓGICA — Associação Brasileira de Normas Técnicas — IV Jornada de Radiologia em Curitiba — 1953 — São Paulo — Brasil.

COMMUNITY HEALTH ORGANIZATION — Ira V. Hiscock — The Commonwelth Fund — New York 1950 — U.S.A.

AMERICAN STANDARDS — Heating — Plumbing for Hospitals — American Radiator & Standard Sanitary Corporation — Pittsburgh — Pa. U.S.A.

ADMINISTRATIVE COST ANALYSIS FOR NURSING SERVICE AND NURSING EDUCATION — Blanche Pfefferkorn, A. M., R. N. — Charles A. Rovetta — M. B. A. — American Hospital Association, Chicago, Illinois and National League of Nursing Education, New York, N.Y. 1947 — U.S.A.

THE PECKHAM EXPERIMENT — A Study of the Living Struture of Society Innes H. Pearse and Lucy H. Crocker — Yale University Press — New Haven — 1947 — U.S.A.

TEXTBOOK OF THE: PRINCIPLES AND PRATICE OF NURSING — Bertha Harmer, R. N., A. M. and Virgina Henderson, R. N., A. M. — New York — 1948 — U.S.A.

WISCONSIN HOSPITAL CONSTRUCTION PLAN — July, 1951 — State Board of Health — Madison, Wisconsin — U.S.A.

ELEMENTS OF HOSPITAL OPERATION — Federal Security Agency — Public Health Service — Division of Medical and Hospital Resources — Janeiro 1950.

THE ILLINOIS HOSPITAL SURVEY AND PLAN — Julho — 1947 — Illinois Department of Public Health — U.S.A.

LOCAL HEALTH UNITS FOR THE NATION — Haven Emerson, M. D. — Martha Luginbuhl, M. A. — 1946 — Harvard University Press — Cambridge, Mass. U.S.A.

ACCOUNTING, STATISTICS AND BUSINESS OFFICE PROCEDURES FOR HOSPITALS — Charles G. Roswell, B. S., L. L. 3 — N. York — N.Y. 1946 — U.S.A.

SURGICAL INSTRUMENTS, SUCTION, PRESSURE AND ANAESTHESIA APPARATUS — Surgical Specialties, 1948 — Thomas W. Reed Company — Boston, Mass. (catálogo) U.S.A.

FOOD SERVICE EQUIPMENT (catálogo) — S. Blickman, Inc. — Weehawken — N.J. — U.S.A.

WESTINGHOUSE ELETRIC CORPORATION — ELEVATOR DIVISION — (catálogo) Jersey City — N.J. — U.S.A.

A COMPLETE MANUAL OF ACCOUTING PROCEDURES FOR A GENERAL HOSPITAL — The National Cash Register Company — Dayton Ohio (catálogo) U.S.A.

SOME PROMINENT HOSPITALS USING NATIONAL ACCOUTING AND BOOKKEEPING MACHINES — The National Cash Register Company — Dayton Ohio (catálogo) — U.S.A.

SISTEMA DE CONTABILIDADE MECANIZADA — Estudiado especialmente para el Sanatorio Policlinico Miramar — Bella Vista — The National Cash Register Company — Dayton Ohio (catálogo) U.S.A.

NATIONAL'S POSTING AND CONTROL SYSTEM FOR HOSPITAL PATIENTS' ACCOUNTS (catálogo) — The National Cash Register Company — Dayton Ohio (catálogo) — U.S.A.

LABORATORY DESIGN — National Research Council — Report and Design, Construction and Equipment of Laboratories — New York — N.Y.

PUBLIC HEALTH AREAS AND HOSPITAL FACILITIES A PLAN FOR COORDINATION — Joseph W. Mountin — Clifford H. Grave — Federal Security Agency — Public Health Service — Washington D.C. — 1950 — U.S.A. — Publication n.º 42.

MEASURING THE COMMUNITY FOR A HOSPITAL — American Hospital Association — Chicago, Illinois — 1945 — U.S.A.

EQUIPE DE ENFERMAGEM — Organização e funcionamento — Eleanor C. Lambertssen E. D., M. A. — tradução de H. D. Aguiar e Clarice Ferrarini, E. D. — Serviço Especial de Saúde Pública — Ministério da Saúde — 1953 — Brasil.

PSYCHIATRIC SECTIONS IN GENERAL HOSPITALS — Paul Haun, M. D. — Garden City — N.Y. — 1950 — U.S.A.

BOOK OF HOSPITAL CASEWORK INCLUDING TIPICAL FLOOR PLANS AND ELEVATION DRAWING — Catalog 49 — Kewaunee Mfg. Co. Adrian Michigan — U.S.A.

HOSPITAL — SURGICAL — LABORATORY — EQUIPMENT & SUPPLIES — A. S. Aloe Co. — St. Louis, Mo. — U.S.A.

STATE PLAN FOR HOSPITAL AND HEALTH CENTER CONSTRUCTION: California — 1951 — Federal Security Agency — Public Health Service — Washington D. C. — U.S.A.

HOSPITAL USAGE PATTERNS AND OTHER VITAL COMMUNITY MEASUREMENTS — Health and Hospital Survey of Syracuse and Onondaga Country.

TIME — Saver Standards (a manual of essential architetural data) 1946 — New York — N.Y. — U.S.A.

AMERICAN — Standard Plumbing fixtures — Catalogue P-50 — American Radiator & Standard — Sanitary Corporation — Pittsburgh P. U.S.A.

CONDULETS — Abridged fisting — Catalog 3.200 (Eletricidade) 1952 Syracuse N.Y. — U.S.A.

THE BEEN BED (camas e lavatórios automáticos) — The California Darlington Company — Los Angeles — 1954 — U.S.A.

STERILIZERS FOR GENERAL HOSPITALS (50-100-200 beds) — U. S. Public Health Service 1951 — U.S.A.

ESSENTIAL INFORMATION FOR PROGRAMMING THE HOSPITAL CENTRAI SUPPLY SERVICE — U.S.A.

ESTERILIZADOR AMERICANO "PRECISION" PARA CIRURGIA — Instruções de uso.

MANUAL FOR TRAINING NURSERY AIDES — To work in Nurseries for Newborn Infants — Chicago Council on Community — Nursing and Board of Health, City of Chicago 1952 — Chicago, U.S.A.

HOSPITAL CARE IN THE UNITED STATES — The Comission On Hospital Care New York — N.Y. 1947 — U.S.A.

THE ORGANIZATION, CONSTRUCTION AND MANAGEMENT OF HOSPITALS — Albert J. Ochaner, B. S., F. R., M. D. — Meyer J. Sturm, B. S. Architect Chicago, 1907 — U.S.A.

KELEKET X RAY, ACCESSORIES AND SUPPLIES (catálogo) Covington, Kentucky — U.S.A.

KEWAUNEE — Metal Scientific Laboratory Equipment (catalog n.º 50) Adrian M. — U.S.A.

WESTINGHOUSE ELEVATOR DIVISION — Westinghouse Eletric Corporation — Jersey City — N.J. — U.S.A.

HEALTH PRACTICE — Indices (1943-46) — Comittee on Administrative Pratice — American Public Health Association — New York — U.S.A.

ON HOSPITALS — S. S. Goldwater M. D. — New York 1947 — U.S.A.

HOSPITAL HANDBOOK — For architects and Engineers — General Eletric Company — Schonectady N.Y. — U.S.A.

DIE WASCHEREI — W. Kind — H. A. Kind — Krefeld — 1949 — Alemanha.

DIABETES GUIDE BOOK FOR THE PHYSICIAN — American Diabetes Association, Inc. — N. York 1950 — U.S.A.

SMALL COMMUNITY HOSPITALS — The Commonwealth fund — N. York 1944 — U.S.A.

A BENEFICIENCIA (memória histórica) Jaime Franco — Santos.

MEDICAL GASES BAY PIPE LINE — The British Oxigen Co. Limited. — Brentford, Middlesex 1952 — Inglaterra (catálogo).

WALWORTH — Catalog 47 — Valves Fittings — Pipes Wrenches — N.Y. — U.S.A.

PROGRAMA EDUCATIVO DE ECOLAS DE ENFERMAGEM — Isabel M. Stewart — Genebra 1934 — Suissa — Tradução da Divisão de Enfermagem do Serviço de Saúde Pública — Brasil — 1945.

ALOE — Hospital (Equipment Instruments — Supplies) (catálogo) — St. Louis — 1949 — U.S.A.

HOSPITAL AND INSTITUTIONAL EQUIPMENT — Robert M. Green & Saus, Inc. (catálogo) — Nesquehouing, Penna.

BLICKMAN BUILT — Hospital Equipment (catálogo) Weehaueken, N.J. U.S.A.

HOSPITAL ELETRICAL PLANNING FOR ARCHITECTS AND ENGINEERS — Westinghouse — East.

FOOD SERVICE EQUIPMENT — S. Blickman Inc. (catálogo) — Weehawken, N.J. — U.S.A.

HOSPITAL SERVICE IN THE UNITED STATES — The 1951 — Census of Hospitals — Hospitals Registred By the American Medical Association — U.S.A.

REPORT OF SURVEY — Canandagua Hospital Area — Setember, 1947 — New York — U.S.A.

AMERICAN STANDARD — Heating Plumbing for Hospitals American Radiator & Standard Sanitary Corporation — Pittsburgh Pa. — U.S.A.

PROBLEMAS DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR — Instituto Medicamento Fontoura São Paulo, 1953 — Brasil.

THE COST OF SICKNESS AND THE PRICE OF HEALTH — C. E. Winslow — World Health Organization — Genebra 1951 — Suissa.

BYGGMÄSTAREN ARKITEKTUR — A-5 — 1955.

BYGGMÄSTAREN ARKITEKTUR — A-6 — 1955.

ARKKITEHTI ARKITEKTEN — Julkaisija: Suomen Arkkitehtiliitto Utgivare: Finlands Arkitektforbund — Helsinki — 1-2/1955.

ARKKITEHTI ARKITEKTEN — Julkaisija: Suomen Arkkitehtiliitto Utgivare: Finlands Arkitektforbund — Helsinki — 3/1955.

ARKKITEHTI ARKITEKTEN — Julkaisija: Suomen Arkkitehtiliitto Utgivare: Finlands Arkitektforbund — Helsinki — 4/1955.

ARKKITEHTI ARKITEKTEN — Julkaisija: Suomen Arkkitehtiliitto Utgivare: Finlands Arkitektforbund — Helsinki — 5/1955.

FORM — Svenska Slojdforeningens Tidskrift — H-55 — 1955.

FORM — Svenska Slojdforeningens Tidskrift — 1 — 1955.

FORM — Svenska Slojdforeningens Tidskrift — 2 — 1955.

FORM — Svenska Slojdforeningens Tidskrift — 4/5 — 1955.

THE LANCET — Published Weekly — London, Saturday, July 30, 1955.

THE LANCET — Published Weekly — London, Saturday, August 6, 1955.

THE LANCET — Published Weekly — London, Saturday, August 13, 1955.

THE LANCET — Published Weekly — London, Saturday, August 20, 1955.

THE LANCET — Published Weekly — London, Saturday, August 27, 1955.

REVISTA DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA — Publicada pela Sociedade Brasileira de Higiene — Rio de Janeiro — D.F. Janeiro-Dezembro de 1954. N.º 1-4. Brasil.

REVISTA G. E. — Número 8 — Julho 1955 — N.º 3 do volume II — Rio de Janeiro.

CANADIAN HOSPITAL — Canadian Hospital Association — August 1955 — Canadá.

THE MODERN HOSPITAL — The Modern Hospital Publishing Company, Inc. Chicago — U.S.A. — August 1954 — Illinois.

THE MODERN HOSPITAL — The Modern Hospital Publishing Company, Inc. Chicago II, Illinois — August 1955 — U.S.A.

HOSPITALS — The Journal of the American Hospital Association — 18 East Division Street — Chicago 10, Illinois — August 1955 — Part I — In two Parts.

BULLETIN OF THE AMERICAN INSTITUTE OF ARCHITECTS — Published bimonthly at The Octagon — Washington 6, D. C. — May-June — 1955.

AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH AND THE NATION'S HEALTH — The 83rd Annual Meeting — Kansas City, Mo. Municipal Auditorium — November 14-18 — August, 1955 — Volume 45 — Number 8.

ENGENHARIA — Orgão Oficial do Instituto de Engenharia — Volume XIII — Maio de 1955 — n.º 150 — São Paulo — Brasil.

HOSPITALS — The Journal of The American Hospital Association — June 1951 — In two parts — Part II.

HOSPITALS — The Journal of The American Hospital Association — June 1952 — In two parts — Part II.

ENGENHARIA — Orgão Oficial do Instituto de Engenharia — Volume XIIII — Agosto de 1955 — n.º 153 — São Paulo — Brasil.

REVISTA PAULISTA DE HOSPITAIS — Orgão Oficial da Associação Paulista de Hospitais — Volume III — n.º 5 — Maio 1955 — São Paulo.

C U R S O S E C O N G R E S S O S

BRASIL

Bolsas

Bolsas de Aperfeiçoamento em Cirurgia — "A Clínica Dr. Mario Degni abre duas Bolsas de Aperfeiçoamento em Cirurgia, para Médicos do Est. do Paraná, Minas Gerais e Interior do Estado de São Paulo, durante o prazo de 1 a 3 meses, em regime de tempo integral, com início em junho próximo" — Informações poderão ser obtidas na Rua Veridiana, 661 em São Paulo.

Congressos e Cursos

1956 — Março, de 5 a 10 — São Paulo
V Cursos de Varizes

1956 — Março, de 11 a 17 — São Paulo
V Jornada Paulista de Administração Hospitalar

1956 — Julho — Recife
Curso de Projeto e Organização de Hospitais
I.A.B. de Pernambuco

1956 — Julho — Recife
XIII Congresso de Cardiologia e
IV Congresso da Sociedade Brasileira de Angiologia. — As inscrições deverão ser feitas, até o dia 30 de Abril. — Informações à Rua Marconi, 138, sala 912 — São Paulo.

1956 — Agosto — Juiz de Fora — Minas Gerais
II Congresso da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora
II Congresso da Zona da Mata
Informações: Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora — Minas Gerais

1956 — Setembro — Petrópolis
IX Jornada Brasileira de Puericultura e de Pediatria
Informações na secretaria localizada em Niterói, no Edifício Ribeiro Junqueira — Av. Amaral Peixoto, 116 — 4.º andar

1956 — Outubro — São Paulo
Semana de Estudos Acústicos
Departamento de Cultura da Prefeitura do Município de São Paulo

ESTADOS UNIDOS

COLÉGIO AMERICANO DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

1956 — Setembro 15-17 — Chicago
Reunião Anual — Palmer House
Colégio Americano de Administradores Hospitalares

CURSOS DO COLÉGIO AMERICANO DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

1956 — Março 12-16 — Chicago
Congress Hotel

1956 — Setembro 4-14 — Chicago
24th Chicago, Universidade de Chicago

1956 — Setembro 10-14 — Chicago
7th Chicago Advanced, Universidade de Chicago

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE HOSPITAIS

1956 — 17-20 — Chicago
Convenção Anual — Palmer House

CURSOS DA ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE HOSPITAIS

1956 — Março 12-16 — Salt Lake City, Utah
Pessoal e Arquivo Médico

1956 — Março 12-16 — Chapel Hill, N. C.
Administração do Departamento de Dietética

1956 — Março 20-22 — Atlanta, Ga.
Administração de Lavandarias em Hospitais

1956 — Março 26-29 — Bufalo, N.Y.
Administração do Serviço Central

1956 — Abril 2-6 — Atlanta, Ga.
Engenharia Hospitalar

1956 — Abril 9-12 — Nashville — Tenn.
Administração de Salas de Operação

1956 — Abril 9-13 — Chicago
Serviço Social Médico

1956 — Abril 23-24 — Kansas City, Mo.
Seguro Hospitalar

1956 — Abril 23-27 — St. Louis
Terapia Ocupacional

1956 — Abril 24-25 — Seattle
Auxiliares de Hospitais e Chefia

1956 — Maio 14-15 — Atlantic City
Legislação Hospitalar

1956 — Maio 31 a Junho 1 — São Francisco
Seguro para Hospitais

CONGRESSOS

1956 — Março 12-14 — Albuquerque
Associação Hospitalar de New México

1956 — Março 15 — Milwaukee
Associação Hospitalar de Wisconsin

1956 — Março 26-28 — Boston
Assembléia Hospitalar de New England

1956 — Abril 3-5 — Dallas
Associação Hospitalar do Texas

1956 — Abril 3-5 — Lexington
Associação Hospitalar de Kentucky

1956 — Abril 8-12 — Hollywood Beach
Conferência Anual da Blue Cross

1956 — Abril 9-12 — Columbus
Associação Hospitalar de Ohio

1956 — Abril 12-13 — Roanoke, Va.
Conferência Hospitalar Carolina — Virginia

1956 — Abril 18-20 — Miami Beach, Fla.
Conferência Hospitalar do Sudeste Americano

1956 — Abril 23-26 — Seattle
Associação dos Hospitais do Oeste

1956 — Abril 25-27 — Kansas City, Mo.
Associação Hospitalar Centro Oeste Americano

1956 — Abril 26 — Des Moines
Associação Hospitalar de Iowa

1956 — Abril 24-25 — Bismarck
Associação Hospitalar de North Dakota

1956 — Abril 30 a Maio 3 — Chicago
Assembléia Hospitalar Tri-Estadual

1956 — Maio 10 — Boston
Associação Hospitalar de Massachusetts

1956 — Maio 16-18 — Atlantic City, N. J.
Associação Hospitalar do Estado de New York

1956 — Maio 16-18 — Atlantic City, N. J.
Associação Hospitalar de Pennsylvania

1956 — Maio 16 — Atlantic City
Associação Hospitalar de New Jersey

1956 — Maio 17-18 — Atlantic City, N. J.
Assembléia Hospitalar de Middle Atlantic

1956 — Maio 21-24 — Milwaukee
Associação Hospitalar Católica

1956 — Maio 23-25 — Minneapolis
Conferência Hospitalar do Centro Oeste Americano

1956 — Maio 24-25 — New Orleans
Associação Hospitalar de Lousiana

1956 — Junho 17-23 — New York
Congresso Internacional da Confederação Mundial de Fisioterapia

1956 — Junho 21-23 — Menphis
Associação Hospitalar de Tenessee

1956 — Outubro 24-26 — San José
Congresso da Associação Hospitalar da Califórnia

1956 — Outubro 31 a Novembro 2 — Washington, D. C.
Associação Hospitalar de Maryland — District of Columbia Delaware

MÉXICO

1956 — Maio 5 — México
VI Congresso Nacional de Pediatria do México
Informações: Comissão Organizadora — Calzada de Madereros, 240 México 18, D. F.

1956 — Julho — México
VIII Congresso Internacional de Radiologia
Informações: com o presidente do Congresso: Prof. Manul F. Madrazo Tepic 126 (2e piso), México 7, México — D. F.

ITÁLIA

1956 — Maio — Roma
Congresso Europeu de Alergia
Informações: Presidente: Prof. Cesare Frugoni — 5 Largo della Gancia, Roma

SUÉCIA

1956 — Setembro 9-14 — Estocolmo
II Congresso da Sociedade Européia de Cardiologia

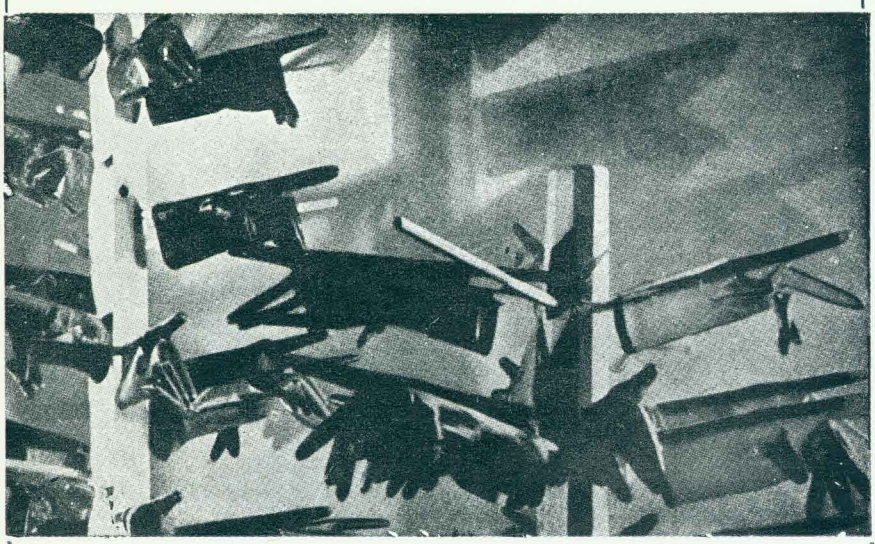
CUBA

1956 — Novembro 8-11 — Havana
III Congresso Latino Americano de Angiologia
Além dos temas oficiais haverá conferências especiais e sessões de Temas Livres. Informações poderão ser obtidas no Capítulo Latino Americano da Sociedade Internacional de Angiologia, à rua Dna. Veridiana, 661 em São Paulo

1956 — Outubro 15-19 — Havana
VIII Congresso Latino Americano de Cirurgia Plástica
Informações: Apatado, 2562 — Havana — Cuba

1956 — Novembro 11-17 — Havana
Congresso Inter-Americano de Cardiologia

PLANEJAMENTO DE HOSPITAIS



INSTITUTOS DE ARQUITÉTOS DO BRASIL
DEPARTAMENTO DE SÃO PAULO

E' o livro editado pela Comissão de Planejamento de Hospitais do Instituto de Arquitetos do Brasil. Destina-se a auxiliar médicos, arquitetos, engenheiros, administradores, enfermeiros e técnicos, no árduo trabalho de conseguir a desejada eficiência dos hospitais.

Quarenta especialistas cooperaram na elaboração desta magnífica obra. Os mais recentes progressos e avanços da técnica, em planejamento de hospitais modernos, são apresentados nêste trabalho de mais de 500 páginas, todo em papel couchê. Nêle, encontrar-se-ão soluções brasileiras para assuntos controvertidos, além de profusão de dados e elementos que possibilitarão o aperfeiçoamento de nossos hospitais, dando-lhes base realmente eficiente, científica e moderna.

Grande número de clichês, gráficos, tabelas e plantas de hospitais ilustram os textos, esmeradamente impressos em tipos modernos; um Índice Remissivo e uma relação de fornecedores dos mais variados equipamentos hospitalares, completam as informações.

Características de livro: Formato 32x24 cm, 528 páginas, papel couchê, encadernação em percaline tipo linho, índice geral e índice remissivo desenvolvidos, pêso de cada volume: 2,300 Ks.

NOVOS SÓCIOS DO IPH

SÓCIOS INDIVIDUAIS JUNIORES

ACYR GUIMARÃES — Arquiteto
Rua Ambrosina, 96 — Tijuca — Distrito Federal

ADELINA PANUNZIO — Enfermeira
Rua Caio Prado, 333 — São Paulo

AFFONSO DE ANGELIS — Técnico Gasoterapeuta
Av. Conselheiro Rodrigues Alves, 593 — São Paulo

ALKINDAR M. JUNQUEIRA — Médico — Agricultor
Rua José Bonifácio, 250 — 10.º andar — São Paulo

AMÉRICO PIVA — Engenheiro
Rua Topazio, 522 — Brotas — Estado de São Paulo

ANNA MARIA LUIZA ISERNHAGEN — Enfermeira
Rua Apinagés, 253, apto. 1 — São Paulo

ANTONIETA CHIARELLO — Enfermeira
Rua Francisco Leitão, 339 — São Paulo

ANTONIO JESUINO DOS SANTOS NETTO — Cirurgião
Visconde de Itaboraí, 109 — Salvador — Bahia

APARECIDA CRENITTE — Enfermeira
Alameda Barros, 113 — São Paulo

APARECIDA FREIRE FERREIRA — Enfermeira
Escola de Enfermagem do Hospital São Paulo
Rua Botucatú, — São Paulo

APARECIDA PEREIRA — Enfermeira
Rua Oscar Freire, 1775 apto. 1 — São Paulo

ARACY LOPES GONÇALVES — Enfermeira
Avenida Rebouças, 517 — São Paulo

BLANCHE VIZEU P. DE CASTRO — Professora — Enfermeira
Rua Almirante Marques Leão, 778 — São Paulo

CARLOS FIRPO — Médico
Rua dos Campos, 496 — Aracajú — Sergipe

CARMEM ANGULO DIAS — Enfermeira
Rua Oscar Freire, 1775 apto. 1 — São Paulo

CARMEM R. COTTA — Obstetriz
Rua do Ouro, 370 — São Paulo

CELINA ROCHA SALAMÃO — Enfermeira
Rua Izabel de Castella, 62 — São Paulo

CORINHA M. C. FISCHER — Médica
Av. Rio Branco, 251 — 13.º — sala 1304 — Rio de Janeiro

DANILO CESAR FORNAZARI — Enfermeiro
Rua Japuiba, 122 — São Paulo

DOMINGOS LERARIO — Médico
Rua Galvão Bueno, 257 — São Paulo

EDITH DE FIGUEIREDO DOMINGUES — Enfermeira
Rua Gabriel Soares, 41 — Salvador — Bahia

EDITH LEITÃO ALVES — Enfermeira
Instituto Educação Caetano de Campos
Praça da República — São Paulo

ELIZA PINTO — Enfermeira
Almirante Marques Leão, 564 — São Paulo

ELVIRA VALENTE — Enfermeira
Rua Bernardo Guimarães, 53 — São Paulo

EZILDA RODRIGUES DOS SANTOS — Enfermeira
Rua Sacadura Cabral, 178 — Rio de Janeiro

EMANUEL MENDES — Farmacêutico
Largo General Osóroi, 147 — apto. 29 — São Paulo

EMILIA TEIXEIRA — Enfermeira
Rua Raul Pompéia, 1118 — São Paulo

ENJOLRAS LINS PEIXOTO — Farmacêutico
Rua João Teodoro, 307 — São Paulo

ENZO PICCHETTI — Enfermeiro
Rua Desembargador Vale, 1044 — São Paulo

ERNESTINA LOCATTI — Enfermeira
SESP — Curitiba — Paraná

EURIDES CORREIA ROCHA — Professora — Enfermeira
Escola de Enfermagem da Bahia
Salvador — Bahia

FRANCISCO PALMA TRAVASSOS — Engenheiro Civil
Rua Professor Filadelfo Azevedo, 285 — São Paulo

FRANCISCO TRANI — Técnico Elétro Médico
Av. Ipiranga, 901 — São Paulo

GILKA SAMPAIO GARCIA — Enfermeira
Rua Dr. João Alves Lima, 360 — São Paulo

GRACIETA MACHADO SANDIN — Enfermeira
Rua dos Gusmões, 633 — 10.º — apto. 103 — São Paulo

HELIO FERREIRA PINTO — Arquiteto
Rua Marquês de Maricá, 15 — Belo Horizonte — Minas Gerais

HELOISA DE MESQUITA GONÇALVES — Enfermeira
Rua Major Avila, 207 — São Paulo

HERMANN SCHMIDT — Mecânico Científico
Rua Projetada A, 41 — São Paulo

HERMINIA CAMARGO — Enfermeira
Rua Curitiba, 95 — São Paulo

HUMBERTO BALLARINY — Médico
Av. Copacabana, 1277 — apto. 708 — Distrito Federal

IDA DE JESUS PICANÇO — Enfermeira
Rua D. Elisa, 201 — apto. 6 — Perdizes — São Paulo

ILDA CONCEIÇÃO — Enfermeira
Alameda Jaú, 1717 — apto. 8 — São Paulo

IOLANDA TOCADO — Obstetriz
Rua Serra da Bocaina, 453 — São Paulo

IRACEMA ISABEL NIBLER — Enfermeira
Rua Ribeiro da Silva, 883 — apto. 6 — São Paulo

IVETE DAMASCENO — Enfermeira
Rua Conselheiro Brotero, 283 — apto. 54 — São Paulo

IZAURA DA SILVA LIMA — Enfermeira
Rua Baguari, 71 — Tatuapé — São Paulo

JENY GIBERTONI — Professora
Av. Adhemar de Barros, 440 — São Paulo

JOÃO DE CAMARGO ARANHA — Enfermeiro
Praça Benedito Calixto, 42 — São Paulo

JOSÉ IGNÁCIO DA SILVA — Enfermeiro
Rua Cel. Bento Bicudo, 1296 — São Paulo

KALIL A. EID — Analista
Rua Acarapé, 106 — São Paulo

KIYO SHIMAKUCO — Auxiliar de Enfermagem
Rua Martinico Prado, 71 — São Paulo

LAIS NOBRE INTROINI — Parteira
Rua Stefano, 323 — São Paulo

LEA TAVERNARI — Obstetriz
Rua Luiz Pacheco, 211 — São Paulo

LILA TORRES CAMARGO — Enfermeira
Av. Cidade Jardim, 326 — apto. 103 — São Paulo

LYGIA TEIXEIRA NUNES — Enfermeira
Rua Apeninos, 96 — São Paulo

LUIZ ALVEAR PALERMO — Analista
Av. D. Pedro I, 748 — apto. 3 — São Paulo

MADELEINE TAAFFE SEBASTIANY — Obstetriz
Av. Angélica, 1620 — apto. 91 — São Paulo

MANOEL DA CONCEIÇÃO — Engenheiro
Av. Maracanã, 1404 — Tijuca — Distrito Federal

MARIA DAS GRAÇAS NEGROMONTE — Enfermeira
Rua Jaguaribe, 398 — apto. 4 — São Paulo

MARIA DE LOURDES DE SOUZA ORTIZ CURADO — Enfermeira
Rua Tabatinguera, 506 — apto. 64 — São Paulo

MARIA DO PERPETUO SOCORRO TAVARES — Enfermeira
Rua da Consolação, 359 — apto. 24 — São Paulo

MARIA DULCE DE OLIVEIRA VELOSO — Enfermeira
Rua Frei Caneca, 1351 — São Paulo

MARIA JOSÉ IMBASSAHY DA SILVA DOS SANTOS — Médica
Av. Rio Branco, 251 — 13.º sala 1304 — Rio de Janeiro

MARIA PERALES AYRES — Enfermeira
Rua Cardeal Arcoverde, 500 — apto. 2 — São Paulo

MASAYE MIYASHITA — Enfermeira
Rua dos Gusmões, 653 — 10.º — apto. 103 — São Paulo

MAURA MARIA PEREIRA DA LIMA — Enfermeira
Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro
Niterói — Jurujuba — Estado do Rio de Janeiro

MILDA GERKE — Enfermeira
Rua José Getulio, 211 — São Paulo

OCARLINA CARNEIRO — Enfermeira
Rua Helvettia, 1011 — apto. 81 — São Paulo

OLGA OLIVEIRA GOULART — Enfermeira
Travessa Carneiro, 13 — São Paulo

OLYMPIO MIRANDA FILHO — Médico
Rua Barreto Leme, 1858 — Campinas

ORLANDO FABBRI NETTO — Enfermeiro Chefe
Av. das Balcans, 48 — São Paulo

ORLANDO SILVEIRA FÓZ — Médico
Rua São Bartolomeu, 2-A — Botucatú — São Paulo

PLINIO NORBERTO ALVES — Cirurgião — Dentista
Rua Conselheiro Crispiniano — Ed. Marrocos 11.º — São Paulo

QUINTINO MINGOIA — Químico
Rua Sabará, 289 — 7.º andar — São Paulo

ROBERTO CAPUANO — Estudante
Rua Dona Antonieta, 34 — São Paulo

ROBERTO PAULO RICHTER — Engenheiro
Al. Ribeiro da Silva, 121 — apto. 11 — São Paulo

ROSA STELLITA DE SOUZA — Enfermeira
Av. Adhemar de Barros, 440 — São Paulo

ROSALINA FERREIRA DA SILVA — Enfermeira
Rua Jaguaribe, 398 — apto. 3 — São Paulo

SEBASTIÃO AZEVEDO — Médico
Rua Bela Vista, 14 — Jequiré — Bahia

SYLVIA LEMOS GUIMARÃES — Enfermeira
Rua Líbero Badaró, 595 — São Paulo

TEREZA LEÃO — Enfermeira
Av. Angélica, 391 — São Paulo

TEREZINHA PEREIRA DOS SANTOS — Enfermeira
Hospital São Paulo
Rua Botucatú, 720 — São Paulo

TSURUKO YOSHIZAKI — Enfermeira
Rua Santa Luzia, 53 — São Paulo

VERA VELOSO DOMINGUES — Estudante
Av. Adhemar de Barros, 440 — São Paulo

VILMA SELLAN FABBRI — Enfermeira
Avenida Balcans, 48 — São Paulo

VITALINA CASTANHEIRA — Enfermeira
Al. Fernão Cardim, 175 — São Paulo

VITOR LUCENA — Comerciante
Rua Pedro Bartolo, 43 — São Paulo

ZELIA FONSECA MOISÉS — Enfermeira
Rua Jaguaribe, 398 — apto. 4 — São Paulo

JOÃO LELLIS CARDOSO
Praça da Sé, 323 — 5.º andar — São Paulo

CLAUDIO LUIZ ARAUJO — Arquiteto
Rua Felipe Neri, 129 — Pôrto Alegre — Rio Grande do Sul

SÓCIOS COLETIVOS COOPERADORES

A. CAMARGO SOCIEDADE IMPORTADORA LTDA.
Rua dos Andradas, 433 — São Paulo

CASA DE SAÚDE "DR. FRANCISCO SIMÕES LTDA."
Rua General Osório, 559 — Pelotas — Rio Grande do Sul

CASA DE SAÚDE SANTA IGNEZ
Rua Itapeva, 432 — São Paulo

CASA WALTER LTDA.
Rua Capitão Salomão, 59 — São Paulo

COMPANHIA PAULISTA DE CALDEIRAS "COMPAC"
Rua Bento Freitas, 306 — São Paulo

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA
Rua Líbero Badaró, 595 — São Paulo

ESCOLA DE ENFERMAGEM "HERMANTINA BERALDO" DE JUIZ DE FÓRA
Avenida Rio Branco, 3.596 — Juiz de Fóra — Minas Gerais

ESCRITÓRIO TÉCNICO MORALES RIBEIRO
Rua 7 de Setembro, 81 — 10.º andar — Rio de Janeiro

FACULDADE DE ARQUITETURA DA UNIVERSIDADE DE PÔRTO ALEGRE
Pôrto Alegre — Rio Grande do Sul

HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA
Av. Carrão, 2885

HOSPITAL PREVIDÊNCIA — SERVIDORES
Alameda Alvaro Celso — Belo Horizonte — Minas Gerais

HOSPITAL SANTA HELENA
Rua 23 n.º 40 — Goiânia — Goiás

HOSPITAL VERA CRUZ LTDA.
Av. Barbacena, 633 — Belo Horizonte — Minas Gerais

HOSPITAL SOUZA CAMPOS
Av. S. Gualter, 450 — São Paulo

HOSPITAL FEMINA S/A.
Rua Venanci Aires, 480 — Pôrto Alegre — Rio Grande do Sul

HOSPITAL SÃO JOSÉ DO ERAZ
Avenida Celso Garcia, 2.294 — São Paulo

LABORATÓRIO CRINO-SEDA DE SUTURAS CIRÚRGICAS S/A.
Rua Dr. Clementino, 200/208 — São Paulo

METALON INDÚSTRIA E COMÉRCIO S/A.
Avenida Pedro II, 167 — Rio de Janeiro

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
Rua Dolzano Ricardo, 620 — São José dos Campos

SOCIEDADE HOSPITAL SAMARITANO
Rua Conselheiro Brotero, 1.486 — São Paulo

PLANEJAMENTO E CONSTRUÇÃO DE HOSPITAIS GERAIS

Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares

PLANEJAMENTO E CONSTRUÇÃO DE HOSPITAIS GERAIS

pelo "U. S. Department of Health, Education and Welfare — Public Health Service" publicado pela F. W. Dodge Corp., New York, N.Y. em colaboração com "The Modern Hospital Publishing Co.", Chicago, Illinois, U. S. A.

Tradução de JARBAS KARMAN

DESIGN AND CONSTRUCTION OF GENERAL HOSPITALS

QUANDO SE COGITAVA DA TRADUÇÃO DÊSTE LIVRO, MAIS DE UMA OBJEÇÃO FOI LEVANTADA. ALGUMAS, PELO SIMPLES FATO DE SE TRATAREM DE "PADRÕES", OUTRAS, POR SEREM INFORMAÇÕES CONCERNENTES A OUTRO POVO, OUTROS COSTUMES E OUTRO NÍVEL ECONÔMICO.

FÔSSE DIFERENTE A SITUAÇÃO DO BRASIL, E TAIS CRÍTICAS NÃO DEIXARIAM DE TER FUNDAMENTO; QUANDO, PORÉM, EM PLENO ANO DE 1956, A MAIORIA DE NOSSOS HOSPITAIS SE APRESENTA COM SENÕES TAIS, QUE SÓ O DESCONHECIMENTO DOS PRINCÍPIOS E DAS TÉCNICAS HOSPITALARES PODERIA EXPLICAR, ENTÃO, EXEMPLOS DE BONS HOSPITAIS, DISPOSIÇÕES E INTERLIGAÇÕES CORRETAS, DIMENSÕES E PROPORÇÕES ADEQUADAS E OUTRAS INFORMAÇÕES MAIS — MESMO SENDO DO ESTRANGEIRO E PARA O ESTRANGEIRO, AINDA QUE COM TODOS OS INCONVENIENTES QUE A SUA SIMPLES E PURA TRANSPLANTAÇÃO AO NOSSO AMBIENTE ACARRETARIA — AINDA ASSIM, TRARIAM GRANDES BENEFÍCIOS À NOSSA ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR — AO MENOS, OS EMPIRISMOS, OS CAPRICHOS, E AS IMPROVISAÇÕES, CEDERIAM LUGAR A OUTRAS SOLUÇÕES, POSSÌVELMENTE NÃO AS MAIS ADEQUADAS, MAS SEMPRE SOLUÇÕES TÉCNICA CIENTÍFICA OU ECONÔMICAMENTE ACEITÁVEIS — E O QUE NÃO DIZER, SE TODOS ÊSSES DADOS E ELEMENTOS FOSSEM UTILIZADOS APENAS PARA ESTUDO, GUIA E EXEMPLO? E O QUE NÃO RESULTARIA SE, A PAR DAS FINALIDADES PRECÍPUAS DÊSSES "ELEMENTOS PADRÕES", AS SOLUÇÕES APRESENTADAS FOSSEM FUNDAMENTADAS COM JUSTIFICATIVAS CONVINCENTES?

EIS O MÉRITO DÊSTE LIVRO E O PROPÓSITO DESTA TRADUÇÃO.

NÃO SENDO EM BONS LIVROS E HOSPITAIS CORRETAMENTE PLANEJADOS E ADMINISTRADOS, ONDE ENTÃO COLHER DADOS PARA PROMOVER A MELHORIA DE NOSSOS HOSPITAIS? NOS NOSSOS CÓDIGOS SANITÁRIOS E CÓDIGOS DE OBRAS, ONDE HÁ EXIGÊNCIAS TAIS COMO 0,7 M2 POR LEITO PARA ÁREAS MÍNIMAS DE COZINHA?! DUAS COPAS POR UNIDADE DE ENFERMAGEM?! NOS NOSSOS HOSPITAIS, EM CUJA MAIORIA AINDA PREVALECE O ESPÍRITO DAS VELHAS E TÃO DECANTADAS SANTAS CASAS, DOS CASARÕES, QUARTÉIS E PRESÍDIOS ADAPTADOS?! NO CONCENSO GERAL, ONDE HÁ CLIMA PARA ANÚNCIOS DE PRÉDIOS QUE SERVEM INDISTINTAMENTE PARA COLÉGIO, HOTEL OU HOSPITAL?!

NESSAS CONDIÇÕES, ENQUANTO NÃO TIVERMOS DADOS ADEQUADOS, FRUTO DE NOSSAS PESQUISAS, QUE ALTERNATIVA SENÃO A DE RECORRER A OUTRAS FONTES? NATURALMENTE, RESSALVANDO, ADAPTANDO E MODIFICANDO, DENTRO DA REALIDADE NACIONAL, COMO ALIÁS É FEITO NOS PRÓPRIOS ESTADOS UNIDOS, PARA OS QUAIS OS ELEMENTOS SÃO DESTINADOS, MAS ONDE A SUA APLICAÇÃO SOFRE AS LIMITAÇÕES, QUE AS VÁRIAS INTRODUÇÕES A ESTA OBRA BEM EVIDENCIAM.

AO LANÇAR ÊSTE LIVRO, PRIMEIRO DE UMA SÉRIE, O I.P.H. PROCURA CONTRIBUIR PARA A NOSSA LITERATURA ESPECIALIZADA, QUE SURPREENDENTEMENTE, NO GÊNERO, A PAR DE REDUZIDO NÚMERO DE PUBLICAÇÕES ESPARSAS, SÓ CONTA COM UMA ÚNICA OBRA DIDÁTICA, O LIVRO "PLANEJAMENTO DE HOSPITAIS", EDITADO PELA COMISSÃO DE PLANEJAMENTO DE HOSPITAIS DO INSTITUTO DE ARQUITETOS DO BRASIL, DEPARTAMENTO DE SÃO PAULO.

AO ARQ. MARSHALL SHAFFER, DODGE CORPORATION E THE MODERN HOSPITAL, DEVEMOS A AUTORIZAÇÃO DESINTERESSADA DE PERMITIR A MAIS AMPLA DIVULGAÇÃO, EM NOSSA LÍNGUA, DÊSSES VALIOSOS DADOS, DE QUE TANTO CARECEMOS E QUE TANTO NOS AUXILIARÃO, AO MENOS ENQUANTO NÃO OS PUDERMOS SUBSTITUIR POR DADOS PRÓPRIOS, OBTIDOS COM NOSSAS PRÓPRIAS PESQUISAS.

Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares

P R E F Á C I O

O progresso havido no planejamento de hospitais, nos últimos dez anos, não encontra paralelo no passado. Não seria justo atribuirem-se tôdas as honras ao Serviço Americano de Saúde Pública, pois muitos foram os que contribuiram, com idéias excelentes, para o grande programa de construção hospitalar. Mas, inegàvelmente, o grupo de arquitetos e engenheiros do Serviço Americano de Saúde Pública, orientado pelo Dr. John Cronin, Diretor-Médico e Marshall Shaffer, Arquiteto-Chefe, tem sido o núcleo das pesquisas de planejamento, e relevante vem sendo o seu trabalho, em divulgar os dados para o planejamento hospitalar, os quais, para satisfação dos arquitetos, foram feitos sob a forma de elementos gráficos e plantas-tipo, abrangendo hospitais de diversos tamanhos.

Êstes dados, como autênticas ferramentas de trabalho que são, foram sendo acumulados nos arquivos dos arquitetos, e não é sem tempo que viessem a ser reunidos num só volume.

Os arquitetos, em geral, se insurgem contra quaisquer tentativas de "Plantas-padrão", chamando a atenção ao entrave que êsses padrões rígidos podem trazer ao progresso. Daí, rebelarem-se contra essas sugestões do Serviço de Saúde, mas o fato é que, mesmo os que as combatem, delas se valem.

De qualquer maneira, o temor de tolherem o progresso do planejamento hospitalar revelou-se completamente injustificado. Os gráficos, cuidadosamente preparados pelos arquitetos do Serviço de Saúde Pública, determinaram, pelo contrário, um aperfeiçoamento no projetar hospitais. Houve avanço e não retrocesso; há também preocupação de contínua atualização, de que êste livro dá provas. As sugestões ajudaram, particularmente, os numerosos arquitetos que, nêstes últimos anos, foram pela primeira vez incumbidos do projeto de um hospital. Tornaram do domínio público sólidas informações sôbre planejamento, eliminando um pouco da magia das secretas fórmulas e velhas regras empíricas.

O exame de atuais plantas de hospitais revela que essas contribuições têm sido proveitosas, e muito empregadas, sem que, no entanto, pràticamente, nunca se tenha encontrado uma cópia simples e pura de um "Plano-Padrão". E' importante lembrar que a publicação, em forma de livro, não confere qualquer garantia de constância a essas sugestões. Não devem ser encaradas como soluções últimas para qualquer problema de planejamento. São, antes, expressões gráficas da atual tendência, inclusive de tôdas as exigências da medicina moderna. Espera-se que, para o futuro, sejam contìnuamente revistas, a fim de incorporarem novas investigações no campo do planejamento hospitalar.

EMERSON GOBLE — Managing Editor, Architectural Record.

Em 1942-43, centenas de projetos hospitalares, submetidos à Diretoria de Produção de Guerra, com pedidos de prioridade, revelaram, por parte do arquiteto ou administrador hospitalar, pouco ou nenhum conhecimento dos aspectos funcionais do planejamento e operação de hospitais.

Durante a guerra, os senhores Vane Hoge, Marshall Shaffer, August Hoenack, George Ivanick e Neil McDonald, do Serviço de Saúde Pública Americano, idealizaram um vasto plano de cooperação entre o seu grupo e arquitetos particulares, consultores hospitalares, administradores e chefes de departamento. O trabalho inicial dêsse grupo de pioneiros visou o melhoramento dos projetos de hospitais a serem construídos pelo "Ato Lanham" (1).

As sugestões feitas pelo Serviço de Saúde Pública, em 1942/3, logo se mostraram eficientes na contínua melhoria revelada pelas plantas submetidas à Divisão Hospitalar da W.P.B. (2).

Dez anos atrás, opinei que a melhor terapêutica para os pés chatos e nervos cansados dos funcionários dos hospitais, seria exigir-se do arquiteto, que, ao planejar um hospital, envergasse um uniforme de atendente e trabalhasse duas semanas numa unidade de enfermagem. Além disso, seria necessário que arquitetos e administradores apreciassem devidamente a colaboração que poderia ser dada pelos chefes de departamento, enfermeiras e demais funcionários dos hospitais, para a melhor compreensão do planejamento funcional de um nosocômio.

Nos últimos sete anos, o Departamento de Serviços Médicos, do Serviço de Saúde Pública Americano, sob a direção do Dr. Jack Mazur, e suas Divisões de Hospitais e de Recursos Médico-Hospitalares, sob a direção, respectivamente, dos Drs. John W. Cronin e John R. McGibony, e Marshall Shaffer, executou um programa contínuo de pesquisas sôbre o funcionamento e planejamento de um nosocômio moderno. Um considerável grupo de estudiosos em problemas de administração e planejamento de hospitais, não dependente do Governo Federal, continuou a revisar e criticar os trabalhos do Serviço de Saúde Pública. Graças a êsse trabalho pioneiro, conhecimentos básicos de planejamento foram difundidos entre arquitetos e diretores de hospitais.

Seminários regionais sôbre planejamento, conduzidos em conjunto pelo A.I.A. (3) e grupos de associações hospitalares, muito contribuiram para o nosso progresso. À medida que aumentam os conhecimentos, somos levados a novas pesquisas.

Estudos sôbre o trabalho e atividade de cada departamento hospitalar, desde a sala das caldeiras, cozinhas, lavandarias, até as salas de operação, laboratórios e unidades de enfermagem contribuirão para o progresso na elaboração de plantas funcionais.

Fabricantes dos mais diversos tipos de equipamento profissional, mecânico, elétrico, de cozinha e lavandaria, têm, por meio de contínuos programas de pesquisas, auxiliado os planejadores de hospitais na procura de economia na operação.

E' nosso objetivo dispensar melhor assistência ao paciente, obter padrões científicos e profissionais mais elevados, ligados ao custo reduzido na operação e melhores condições de trabalho para todos os que se ocupam com hospitais. Tudo isso reverterá em benefício de uma América mais sadia e forte.

EVERETT W. JONES — Vice President, The Modern Hospital Publishing Co. Publisher, The Hospital Purchasing File.

---

(1) O Lanham Housing Act, através de uma emenda, aprovada em 28 de Junho de 1941, destinou verbas para a construção de hospitais: 100 % para hospitais federais, e financiamento parcial, a título de doação e empréstimo, para hospitais não federais. N.T.

(2) W.P.B. : War Production Board. N.T.

(3) A.I.A. : American Institute of Architects. N.T.

I N T R O D U Ç Ã O

LEONARD A. SCHEELE, Surgeon General, Public Health Service ! Department of Health, Education, and Welfare.

Um hospital, bem projetado e bem construído, é, dentre os edifícios modernos, um dos mais complexos. O seu projeto e construção exigem a atenção de muitos especialistas, a fim de que os melhores recursos sejam assegurados na assistência aos pacientes.

O objetivo principal do Programa de Pesquisas e Construção Hospitalares, H-B *, do Serviço de Saúde Pública, é a melhor assistência ao paciente.

Quando o programa foi estabelecido em 1946, não havia dúvida, entre as autoridades médicas e hospitalares, de que o projeto e a construção do hospital não haviam acompanhado o desenvolvimento da medicina e dos métodos de assistência aos pacientes. Por isso, o Serviço de Saúde Pública admitiu, na sua Divisão de Hospitais, arquitetos, engenheiros, médicos, administradores de hospitais e dietistas. O seu trabalho tem consistido em proporcionar, a todos os que planejam e constróem hospitais, a mesma alta qualidade de assistência técnica e consultiva que o Serviço de Saúde Pública oferece a todos os seus programas de cooperação em prol da saúde do país.

Os estudos de projetos e construção de hospitais gerais, reunidos nêste volume, representam a contribuição do quadro de especialistas do Serviço de Saúde Pública, num campo por muito tempo negligenciado.

O especialista — qualquer especialista — tem sempre uma preocupação: saber mais a respeito da sua especialidade do que qualquer outra pessôa. Isso, no entanto, torna-se cada dia mais difícil, a não ser que o assunto seja uma fração mínima, da história, ciência, arte ou qualquer profissão. Saber tudo o que há a respeito de um assunto está além da capacidade humana.

Fato surpreendente, perceptível ao se folhear êste livro, é que os conhecimentos e técnicas aquí reunidos superam os que, individualmente, uma pessôa, por esforço próprio, poderia acumular, em uma existência. Quando se constata que poucos são os arquitetos que se apresentam como especialistas, e considerando a possibilidade de um arquiteto competente poder projetar, com igual eficiência, um museu, uma escola, um laboratório de física nuclear, um hospital ou outra qualquer obra, torna-se evidente o quanto depende das pesquisas de outros — como êste livro — por exemplo.

Todavia, êstes estudos da Divisão de Hospitais não são oferecidos como substitutivos do trabalho do arquiteto; não são partes de um quebra-cabeças que possam ser ràpidamente unidas para formar um hospital moderno. Antes, êstes são exatamente aqueles elementos para cuja obtenção um arquiteto concencioso dedicaria os melhores anos de sua vida, e que formam a base de conhecimentos e de experiências que o habilitam a resolver os problemas do atual planejamento hospitalar.

Realmente, com recursos ilimitados, êle poderia ter reunido um grupo de especialistas que, após anos de pesquisas, poderiam ter conseguido alguns resultados, como os contidos nêste volume. A Divisão de Hospitais, e todo o Serviço de Saúde Pública representam, na realidade, êsse grupo de especialistas, trabalhando para êle.

* H-B: Hill-Burton Act. Pelo "The Hospital Survey and Construction Act", lei 725, promulgada em 3 de Agosto de 1946, foram destinados US$ 3.000.000,00, proporcionalmente às respectivas populações, para o levantamento hospitalar dos Estados e US$ 75.000.000,00, por ano, durante o prazo de 5 anos, para a construção de hospitais governamentais e não governamentais. A distribuição era feita segundo uma fórmula, baseada na população e na renda "per capita", de modo a que os Estados de baixo rendimento "per capita" recebessem, proporcionalmente, mais do que os Estados mais ricos. Um terço do custo de construção era financiado com êsse fundo e os dois terços restantes pelo respectivo Estado e por particulares. (N.T.).

Qualquer que tenha sido a fonte destas pesquisas, verá o arquiteto competente, que essas deduções e diagramas não devem ser considerados como padrões a serem seguidos cega e mecânicamente. Não são oferecidos como um substituto do projeto e nem tão pouco como uma maneira fácil de livrar-se de responsabilidades. Em suma, são normas dadas em simples forma gráfica, aplicáveis aos inúmeros e diversos elementos do projeto de hospital. Essas conclusões, resultado de pesquisa laboriosa de peritos, devem ser adaptadas pelo arquiteto, da mesma maneira pela qual adaptaria os resultados da sua experiência pessoal.

Em vista do nosso programa hospitalar Hill-Burton, de um bilhão de dólares, para 2.000 hospitais novos, já terminados ou sob contrato, os arquitetos devem ser gratos ao Serviço de Saúde Pública, e à sua Divisão de Hospitais, bem como ao Dr. John W. Cronin, Diretor-Médico, por terem trabalhado tão ativamente. Êsse espírito de reconhecimento foi, pelo menos em parte, expresso pelo Instituto Americano de Arquitetos, concedendo o prêmio "Edward C. Kemper", em 1951, a Marshall Shaffer, Chefe da Secção de Serviços Técnicos, Divisão de Hospitais, por serviços relevantes prestados à profissão e ao Instituto.

Sem o auxílio dêsse grupo, os hospitais, que esta geração está construindo e continuará a construir, seriam possìvelmente considerados por nossos filhos como obsoletos, pouco práticos, além de dispendiosos. Não são apenas os cidadãos dêste país que olham confiantes para o projeto de hospitais e centros de saúde; arquitetos de quase tôdas as nações do globo vêm aqui, em número cada vez maior, aprender nossa técnica. Que nossos hospitais tratem de ser bons, ou nós, os arquitetos, não teremos senão a nós mesmos para culpar.

HENRY H. SAYLOR — Editor, Journal of the American Institute of Architects.

JAMES R. EDMUNDS, JR. — Past President, American Institute of Architects
Chairman, Technical Committee on Architectural Standards
Federal Hospital Council

O projeto hospitalar continua a ser o problema que mais desafia a arquitetura. Uma dentre cada dez pessôas é internada anualmente num hospital. A planta do hospital pode comprometer grandemente o êxito da assistência hospitalar, na importante missão de aliviar a dor e prolongar a vida. Além disso, do projeto depende em grande parte a economia dêsse dispendioso serviço, universalmente exigido. Constróem-se muitos hospitais, mas nunca poderá haver padronização de projeto. Há uma semalhança básica, quanto às funções que devem ser abrigadas no prédio. Cada hospital, porém, apresenta suas particularidades, que devem ser resolvidas pelo arquiteto, de vez que o nosocômio deve atender realmente às necessidades da comunidade.

O Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos muito contribuiu para aperfeiçoar o projeto hospitalar, nêste país. Os "Elementos do Hospital Geral" fornecem modêlos, que podem ser fàcilmente adaptados a casos locais, de uma maneira assaz compreensível aos planejadores de hospitais. Esta nova edição revista dos "Elementos do Hospital Geral" é continuação do trabalho que foi primeiramente apresentado a arquitetos e hospitais, em 1946. Não constituem êles uma ajuda estática: revisados no decorrer dos anos, refletem o pensamento mais moderno. São uma síntese do melhor critério dos que dirigem as funções internas do hospital e dos que o projetam.

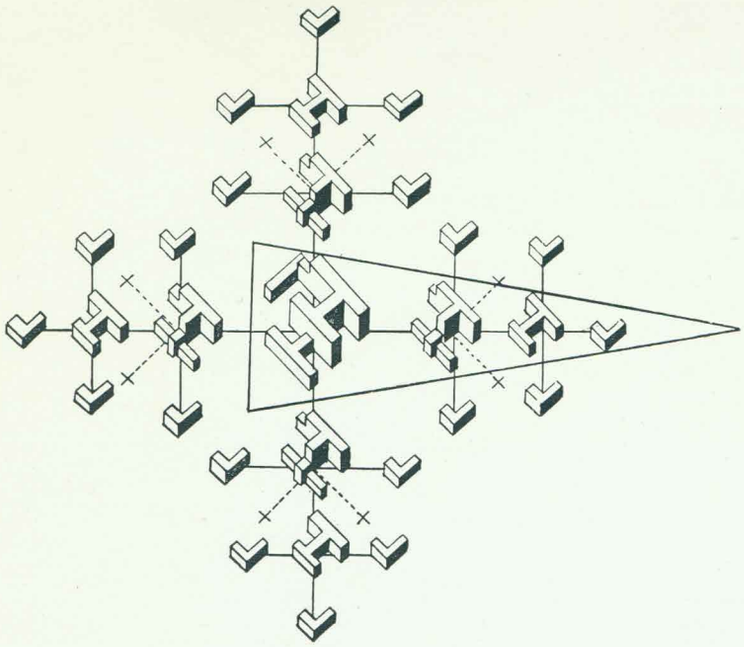
Pela grande contribuição feita no setor do projeto hospitalar, dêste país, com os seus "Elementos do Hospital Geral", tornam-se credores o Serviço de Saúde Pública Americano, os Cirurgiões-Chefes que apoiaram êste trabalho, bem como o Dr. John W. Cronin e o Sr. Marshall Shaffer.

Certamente os "Elementos" são um exemplo excelente do trabalho de equipe realizado entre o Serviço de Saúde Pública e o campo hospitalar.

Realizaram no passado, e ainda continuam a realizar, uma contribuição significativa para o aperfeiçoamento do projeto, e, portanto, para a melhor assistência hospitalar.

GEORGE BUGBEE — Executive Director, American Hospital Association

SISTEMA HOSPITALAR COORDENADO



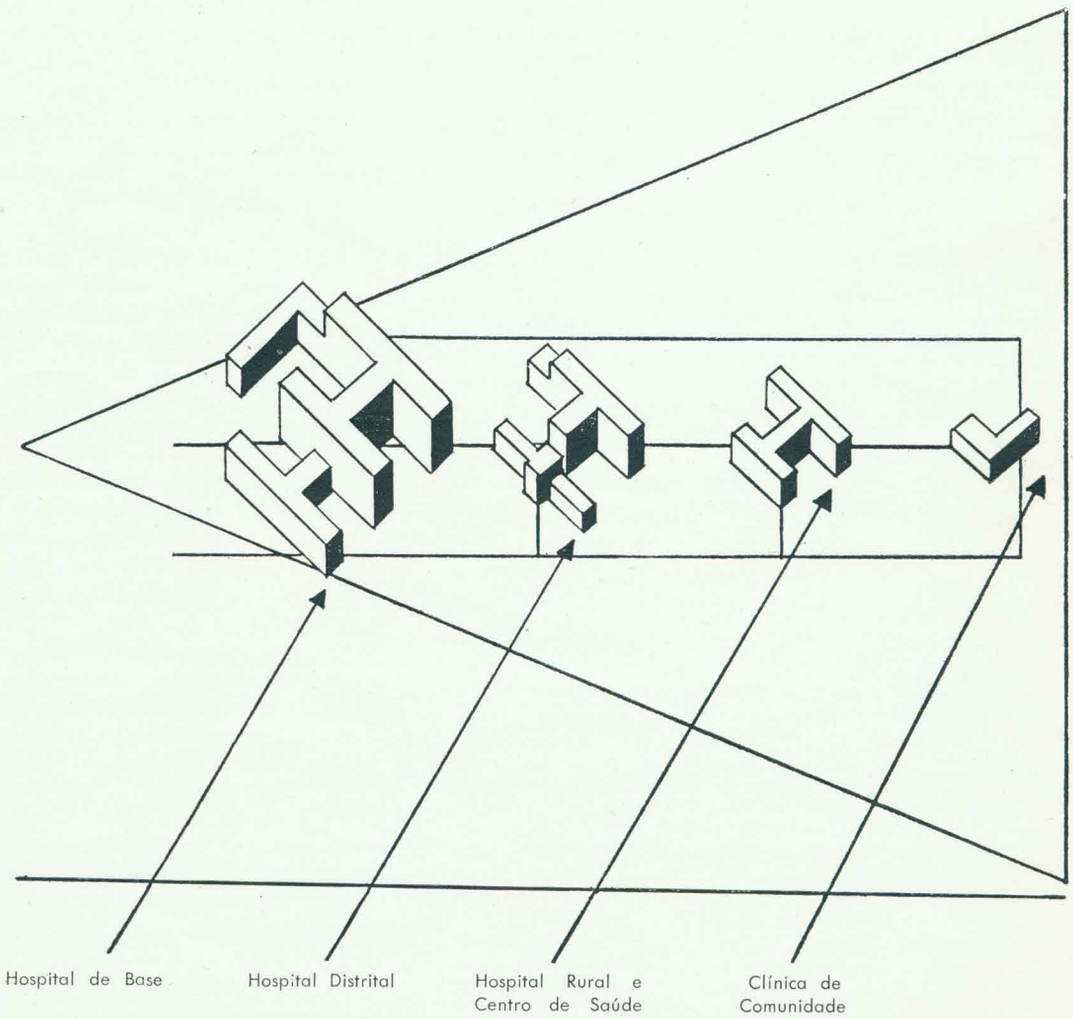
As pequenas cruzes representam hospitais de moléstias crônicas, objeto de considerações futuras.

O plano estabelece intercâmbio contínuo, entre hospitais, de informações, treinamento, consultas e de pessoal, bem como transferência de pacientes quando indicado.

Para aperfeiçoar o serviço hospitalar, nos seus três setores principais — prevenção, diagnóstico e tratamento — todos os Estados estão, agora, desenvolvendo o seu "sistema hospitalar coordenado".

Tal plano preconiza a união de todos os hospitais, em íntima cooperação, havendo intercâmbio constante de informações, treinamento, serviço de consulta e de pessoal, podendo os pacientes ser enviados de um hospital a outro.

Tendo o grande hospital de "Base" ou de "Ensino" por centro, o próximo seria um grande hospital geral, aqui chamado "Distrital". Em seguida, um menor, o hospital "Rural", de tamanho mínimo para assistência estritamente hospitalar. Para a comunidade isolada, haveria uma clínica com pequena unidade de enfermagem para casos de obstetrícia ou emergência; não seria, pròpriamente, um hospital, mas antes um "Posto", na extremidade da linha.



HOSPITAL DE BASE
Ensino, pesquisa, consulta

CLÍNICA DE CÂNCER

SERVIÇO PSIQUIÁTRICO

CLÍNICA CARDÍACA

ALTA CIRURGIA

MEDICINA INTERNA

OBSTETRÍCIA

PEDIATRIA

CIRURGIA ORTOPÉDICA

DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
Tuberculose — Doenças Venéreas — Diversas

ENSINO
Enfermeiras — Internos
Residentes — Pós-graduados

LABORATÓRIO
Raios-X — Patologia — Bacteriologia — Química

FISIOTERAPIA

ODONTOLOGIA

OTO-RINO-LARINGOLOGIA

DIETÉTICA

HOSPITAL DISTRITAL

ALTA CIRURGIA

OBSTETRÍCIA

MEDICINA INTERNA

DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
Tuberculose — Doenças Venéreas — Diversas

PEDIATRIA

SERVIÇO PSIQUIÁTRICO

OTO-RINO-LARINGOLOGIA

ODONTOLOGIA

FISIOTERAPIA

LABORATÓRIO
Raios-X — Patologia — Bacteriologia — Química

ENSINO
Enfermeiras — Internos — Dietética

•

HOSPITAL RURAL E CENTRO DE SAÚDE

MEDICINA INTERNA

OBSTETRÍCIA

OTO-RINO-LARINGOLOGIA

ODONTOLOGIA

PEQUENA CIRURGIA E CIRURGIA S/ COMPLICAÇÃO

LABORATÓRIO
Raios-X — Bacteriologia

ADMINISTRAÇÃO SANITÁRIA
Diretor — Sanitarista — Enfermagem de Saúde Pública — Clínicas de Saúde Pública — Assistência Maternal e Infantil — Tuberculose Doenças Venéreas — Educação Sanitária

•

CLÍNICA DE COMUNIDADE

OBSTETRÍCIA

MEDIC. E CIRURGIA DE EMERGÊNCIA

LABORATÓRIO
Raios-X — Bacteriologia

ODONTOLOGIA

CONSULTÓRIO OU CONSULTÓRIOS PARTICULARES

ADMINISTRAÇÃO SANITÁRIA
Diretor — Sanitarista — Enfermagem de Saúde Pública — Clínicas de Saúde Pública — Assistência Maternal e Infantil — Tuberculose Doenças Venéreas — Educação Sanitária

PLANTAS ESQUEMÁTICAS DE HOSPITAIS GERAIS

8 Leitos :
Clínica de Comunidade com Unidade de Enfermagem

10 Leitos :
Em Clínica de Comunidade

25 Leitos :
Hospital Geral de Tamanho Mínimo

30 Leitos :
Hospital e Centro de Saúde

40 Leitos :
Hospital Geral de Tamanho Mínimo

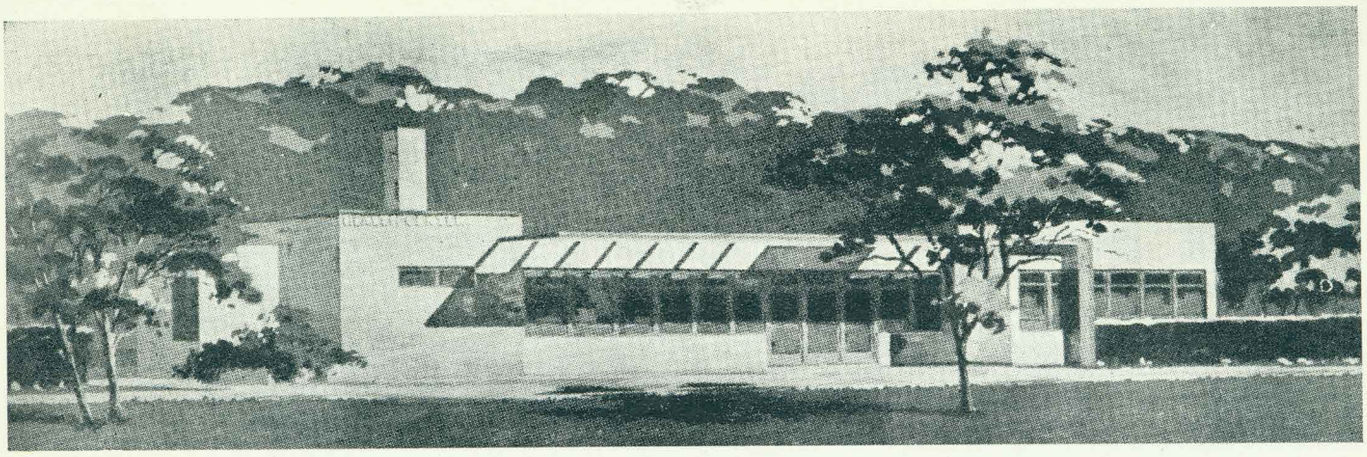
50 Leitos :
Hospital Rural e Centro de Saúde

75 Leitos :
Hospital Típico de um Pavimento

100 Leitos :
Hospital Geral

150 Leitos :
Hospital Geral para Zona Urbana

200 Leitos :
Hospital para Centro Urbano
Escola de Enfermagem e Residência



VISTA NOROESTE

STANLEY REESE, Del.

8 LEITOS — CLÍNICA DE COMUNIDADE COM UNIDADE DE ENFERMAGEM

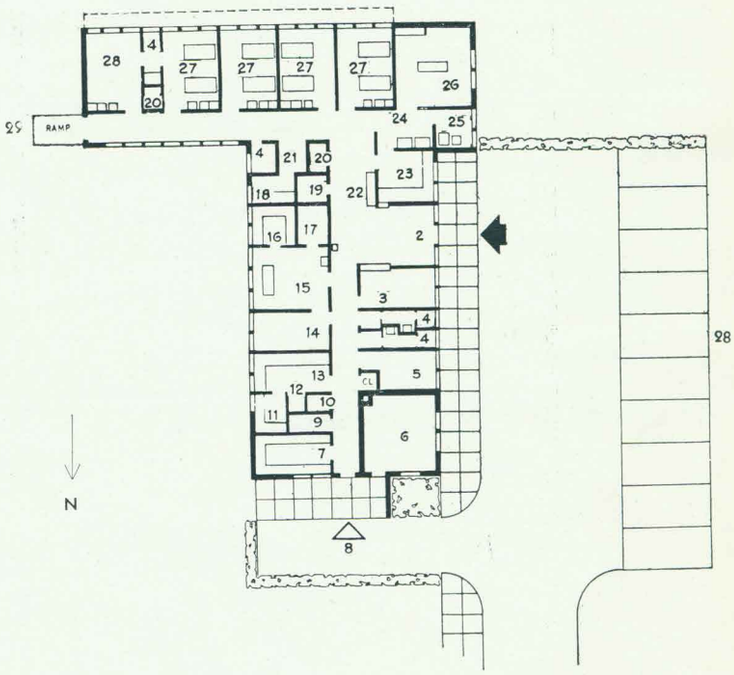
Posto avançado para o Sistema Hospitalar Coordenado, para Áreas Rurais

Pequena demais para ser qualificada como hospital, esta clínica de comunidade, de tamanho mínimo, destina-se apenas a comunidades rurais, que não possam comportar nem mesmo um "Hospital de Comunidade". Sua função precípua é prodigalizar assistência de saúde pública à pequena comunidade; sua função secundária, proporcionar serviço de enfermagem, particularmente no tocante à obstetrícia. Não há provisão para cirurgia, uma vez que é pràticamente impossível manter um serviço de cirurgia de padrão adequado, em tais circunstâncias. Não se recomenda a construção de prédio tão exíguo como êste em qualquer comunidade, a não ser em circunstâncias excepcionais.

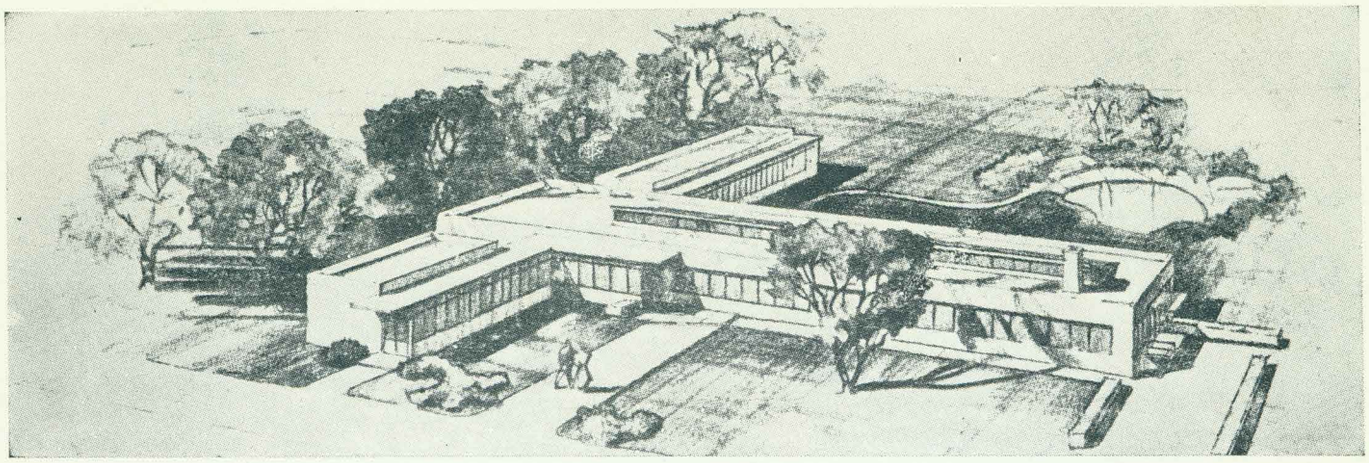
Unidades como esta operariam como posto avançado, no esquema de Serviço de Saúde Coordenado, trazendo à localidade médicos residentes ou visitantes e técnicos, para a assistência aos casos menos graves; os demais seriam enviados para hospitais de "Comunidade", de "Distrito" ou de "Base".

A ala do centro de saúde proporciona certos meios para os trabalhos de saúde pública. A sala de exames serviria para clínicas várias, e talvez mesmo para médicos particulares, que atenderiam segundo horário programado. O laboratório serviria para múltiplos usos, ao clínico, epidemiologista, enfermeira e engenheiro-sanitarista.

* O NORTE indicado nas plantas corresponde ao nosso SUL. N.T.



1 — Entrada principal; 2 — Vestíbulo; 3 — Secretaria e Enfermeira Visitadora; 4 — W.C.; 5 — Refeitório; 6 — Caldeiras; 7 — Depósito; 8 — Entrada de Serviço; 9 — Roupa Suja; 10 — Material de Limpeza; 11 — Despensa; 12 — Refrigerador; 13 — Cozinha; 14 — Médico; 15 — Exame; 16 — Laboratório; 17 — Material Raio-X; 18 — Banho; 19 — Rouparia; 20 — Armário; 21 — Maca; 22 — Pôsto Enfermeira; 23 — Sala de Utilidades; 24 — Escovação; 25 — Esterilização; 26 — Partos; 27 — Solário, Quarto de Enfermeira ou Isolamento; 28 — Estacionamento; 29 — Saída.

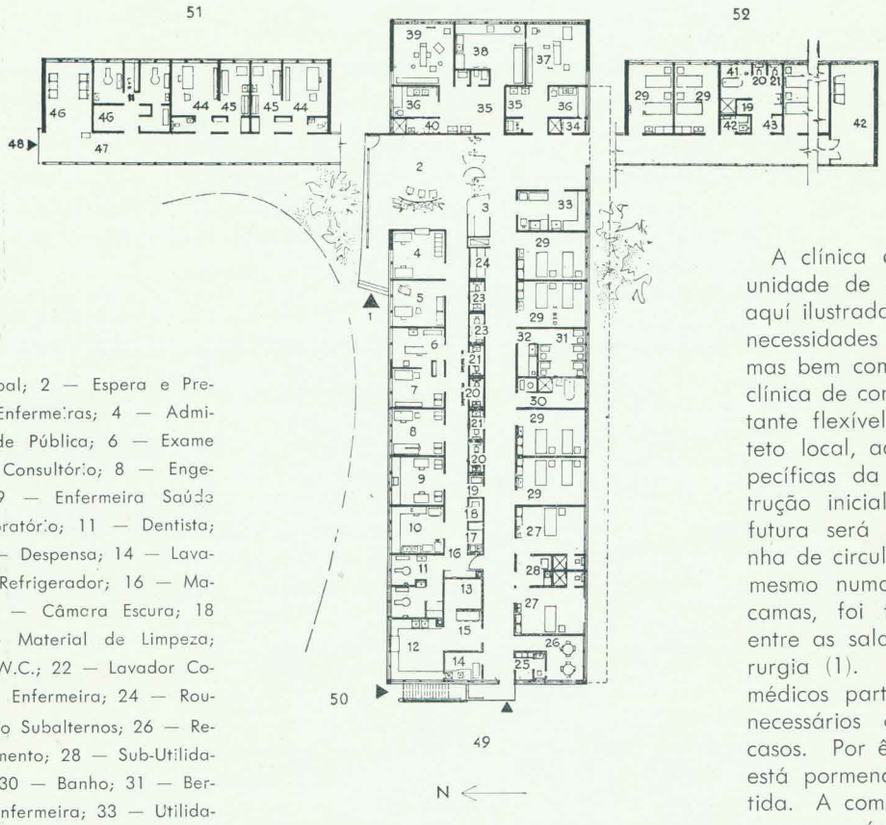


VISTA NOROESTE

ARTHUR W. WAREHAM, Del.

10 LEITOS — EM CLÍNICA DE COMUNIDADE

Projeto com possibilidades de expansão, para necessidades rurais básicas



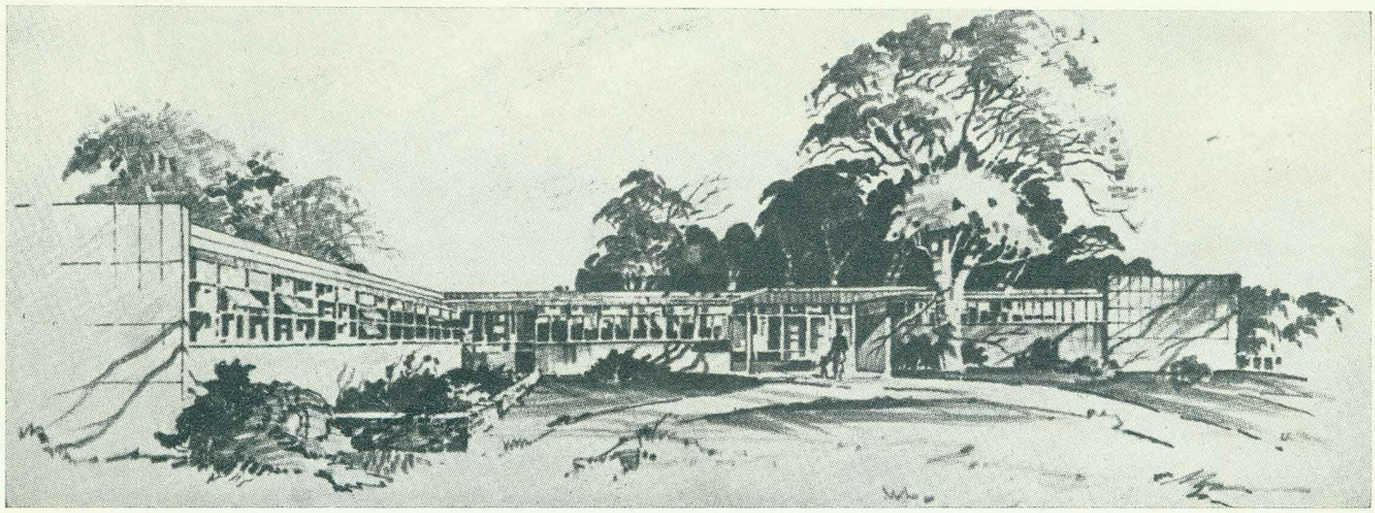
1 — Entrada Principal; 2 — Espera e Preleção; 3 — Pôsto Enfermeiras; 4 — Administração; 5 — Saúde Pública; 6 — Exame e Tratamento; 7 — Consultório; 8 — Engenheiro sanitarista; 9 — Enfermeira Saúde Pública; 10 — Laboratório; 11 — Dentista; 12 — Cozinha; 13 — Despensa; 14 — Lavagem Pratos; 15 — Refrigerador; 16 — Material Escritório; 17 — Câmara Escura; 18 — Raios X; 19 — Material de Limpeza; 20 — W.C.; 21 — W.C.; 22 — Lavador Comadres; 23 — W.C. Enfermeira; 24 — Rouparia; 25 — Vestiário Subalternos; 26 — Refeitório; 27 — Isolamento; 28 — Sub-Utilidades; 29 — Quarto; 30 — Banho; 31 — Berçário; 32 — Posto Enfermeira; 33 — Utilidades; 34 — Vestiário Enfermeiras; 35 — Escovação; 36 — Expurgo; 37 — Parto; 38 — Central de Esterilização; 39 — Operação; 40 — Vestiário Médicos; 41 — Banho; 42 — Solário; 42a — Lavador e esterilizador de Comadres; 43 — Armário; 44 — Escritório; 45 — Exame; 46 — Espera; 47 — Recepcionista; 48 — Entrada; 49 — Entrada de Serviço; 50 — Para Caldeira e Depósito; 51 — Expansão Futura para Consultórios; 52 — Expansão Futura, para Leitos Adicionais.

A clínica de comunidade, com uma unidade de enfermagem de 10 leitos, aquí ilustrada, reúne a maior parte das necessidades básicas de um pequeno mas bem completo "centro de saúde — clínica de comunidade" e é, ainda, bastante flexível, para permitir, ao arquiteto local, adaptá-la às exigências específicas da comunidade. Se a construção inicial for mínima, a expansão futura será possível, em qualquer linha de circulação. E' de se notar que, mesmo numa clínica com apenas 10 camas, foi feita separação completa entre as salas de parto e pequena cirurgia (1). Naturalmente, consultórios médicos particulares talvez não sejam necessários ou desejáveis em certos casos. Por êsse motivo, essa área não está pormenorizada, podendo ser omitida. A combinação de todos êsses recursos, porém, resulta em continuidade de serviços, eficiência e economia.

Área global: 8,514 pés², com exceção das alas e do embasamento (2).

(1) O Serviço Americano de Saúde Pública advoga a separação física absoluta entre Cirurgia e Obstetrícia, não corroborando com a corrente que não vê inconvenientes e mesmo prefere uma sala comum, bem equipada, a duas, mas incompletas. Para maiores detalhes, ver página 181, do livro: "Planejamento de Hospitais". N.T.

(2) Área global: 791,80 m². N.T.



RICHARD COLLINS, Del.

25 LEITOS — HOSPITAL GERAL DE TAMANHO MÍNIMO

Um plano-tipo, adicional, para o Sistema Hospitalar Coordenado

Êste plano é uma variante do pequeno hospital geral. Já dissemos que, para um hospital poder prestar serviços hospitalares adequados, a uma comunidade, não é aconselhável que tenha menos de 50 leitos. No entanto, na realidade, existem regiões no país, onde instituições menores se fazem necessárias. Na maioria dêsses casos, a verba limitada requererá a maior economia possível na construção, e tornará imperativo que a área por leito seja pequena.

Com êsse propósito, alguns departamentos foram condensados ao mínimo praticável, e, em certos casos, diferentes funções agrupadas numa mesma área, como por exemplo, a Sala de Pronto Socorro, que pode ser usada tanto para Sala de Curativos como para Ambulatório. Também, o Serviço Odontológico pode ser aí localizado, apesar de ser preferível um consultório separado, sempre que viável. Não foi prevista Sala para Arquivo Médico, mas a área destinada à Secretaria é bastante ampla para êsse importante serviço.

Os princípios básicos do planejamento de hospitais foram observados nessa planta, apesar do seu tamanho e da condensação de certas áreas. A concentração das Unidades de Administração, Pessoal e Serviço, permitirá que um quadro limitado de funcionários trabalhe eficiente e econômicamente.

Com essas instalações, poderão ser tratados, adequadamente, casos de clínica médica, de obstetrícia, pequena cirurgia e cirurgia de emergência. Uma vez que os serviços especializados, de cirurgia e de diagnóstico, não podem aqui ser oferecidos, os pacientes, que dêles necessitarem, deverão ser encaminhados a hospitais maiores.

Como grande parte das atividades do pequeno hospital gira em tôrno do posto das enfermeiras, êste foi colocado na junção das duas alas de enfermarias, permitindo, assim, o contrôle de ambas. A sua posição, relativamente à Secretaria e Balcão de Informações, permite à enfermeira de plantão noturno observar e manter o seu contrôle durante as horas de ausência dos encarregados do escritório, sem afastar-se do seu posto.

As Unidades de Enfermagem estão bem isoladas da rua e do pátio de serviço. A Unidade de Maternidade foi orientada para o Sul (1) e está separada dos demais serviços — característica muito desejável e raramente encontrada em hospital pequeno (2). A estreita ligação entre o Berçário e os leitos da maternidade encurtará as caminhadas das enfermeiras ao levar os recém-nascidos às mães. Há uma pequena Sala para Preparo de Mamadeiras; sua esterilização foi prevista na Central de Esterilização. A localização da Sala de Utilidades é conveniente para ambas as alas de enfermaria.

As Salas de Operação e de Parto estão localizadas numa ala morta, e separadas uma da outra, e da Sala de Pronto Socorro. Ambos os conjuntos devem ser considerados como mínimos indispensáveis.

A ligação da Sala de Pronto Socorro com o vestíbulo de entrada, apesar de não ser aconselhável em hospitais maiores, é aceitável em instituições menores, com limitado movimento de acidentados.

A ala de serviços gerais apresenta o espaço mínimo necessário para armazenagem, com um armário separado para a guarda do equipamento em uso. O depósito de roupa limpa é separado do almoxarifado. A sala para roupa suja oferece espaço para uma máquina de lavar roupa do tipo doméstico, destinada à lavagem de fraldas; o restante da roupa seria lavado fóra, uma vez que, nêste projeto, não foi incluida a lavandaria.

A cozinha está convenientemente localizada em relação às alas de enfermarias, para facilidade do serviço de bandejas. E' suficientemente isolada, para evitar que seu barulho importune os pacientes.

Uma sala de lavagem de recipientes e outra para ferramentas de jardinagem foram localizadas na plataforma de recepção, acessíveis pelo exterior.

A sala das caldeiras foi localizada em baixo da cozinha, apesar de poder ficar no mesmo nível, se necessário.

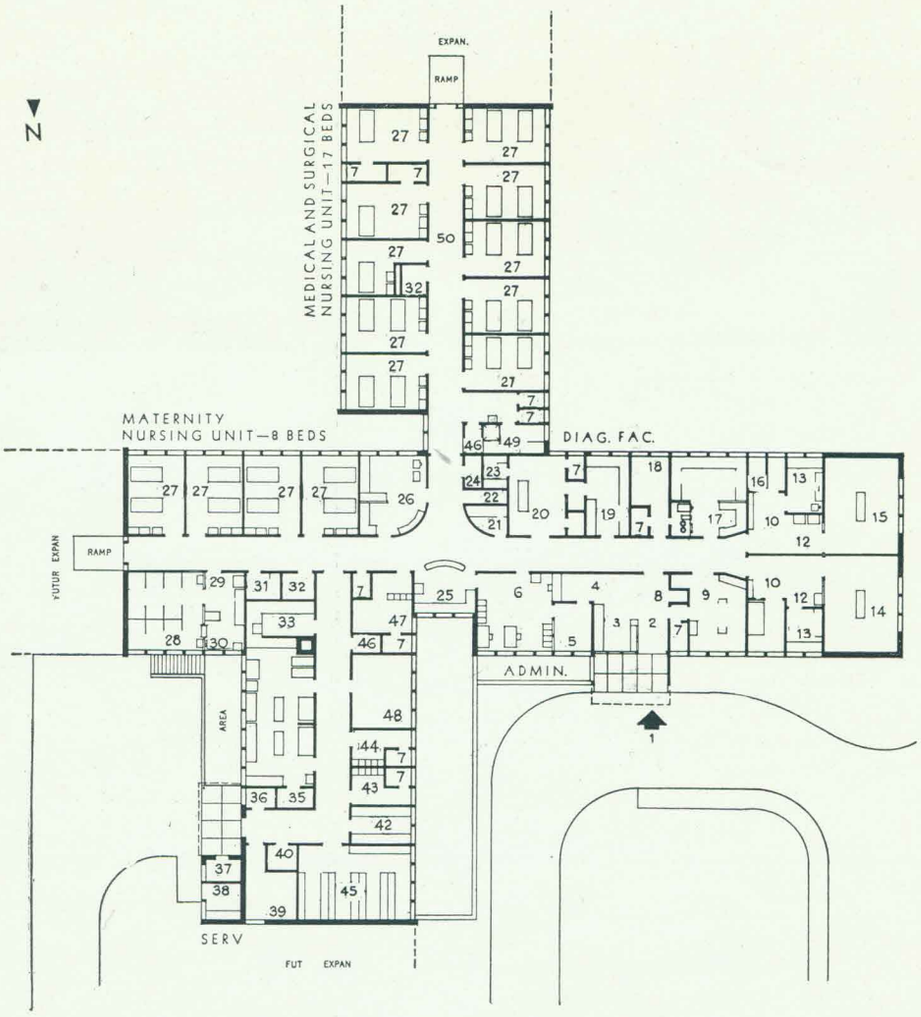
Os serviços centrais permitem certa expansão futura.

---

(1) Esta é a orientação melhor para os Estados Unidos e corresponde ao nosso Norte. N.T.

(2) Essa separação é preconizada pelo Serviço Americano de Saúde Pública, não obstante interferir com a desejada flexibilidade essencial, principalmente, em hospitais pequenos. N.T.

Área total do hospital: 12,500 pés² (1).
Área por leito: 500 pés² (2).

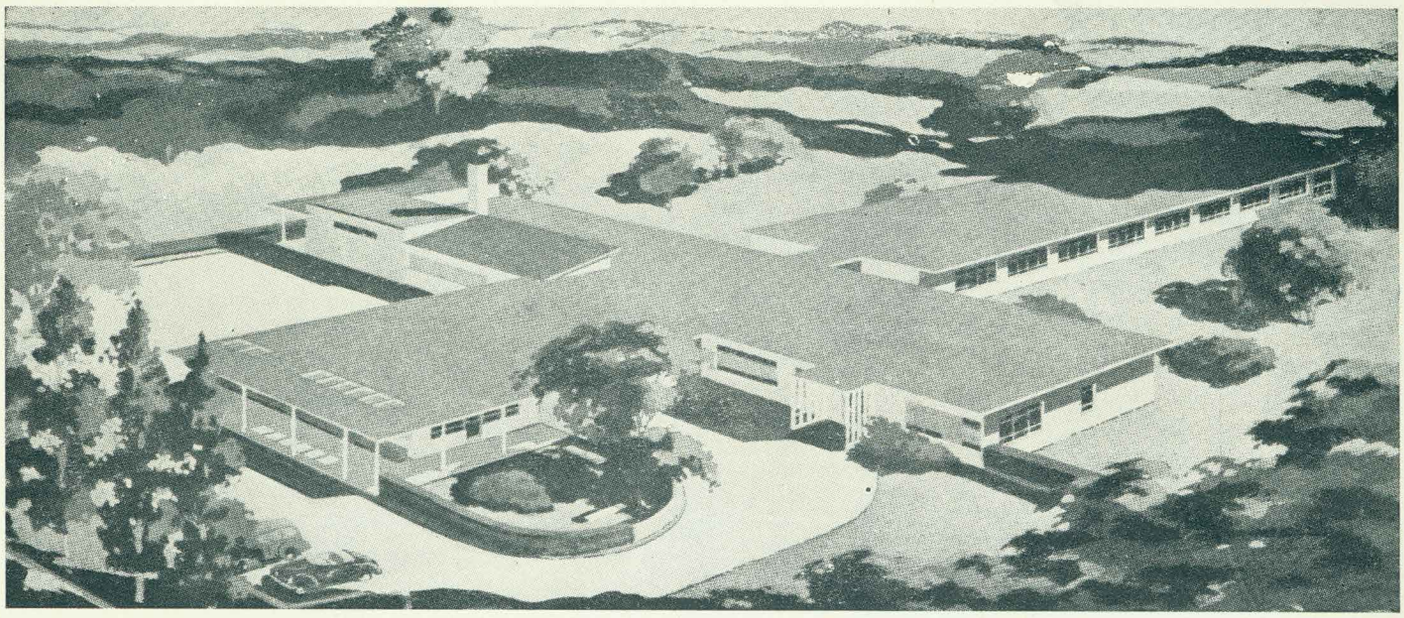


1 — Entrada Principal
2 — Vestíbulo
3 — Espera
4 — Informações
5 — Administração
6 — Secretaria e Contabilidade
7 — W.C.
8 — Telefone
9 — Pronto Socorro e Ambulatório
10 — Instrumentos
11 — Trabalho de Parto
12 — Escovação
13 — Expurgo
14 — Sala de Parto
15 — Sala de Operação

(1) Área total: 1.162,50 m². N.T.
(2) Área por leito: 46,50 m². N.T.

16 — Depósito
17 — Central de Esterilização
18 — Vestiário Médicos
19 — Laboratório
20 — Raios X
21 — Medicamentos
22 — Maca
23 — Câmara Escura
24 — Rouparia
25 — Posto Enfermeiras
26 — Utilidades
27 — Quarto
28 — Berçário
29 — Trabalho
30 — Exame
31 — Lactário
32 — Lavador Comadres
33 — Lavagem Pratos

34 — Cozinha
35 — Despensa
36 — Material Anestesia
37 — Lavagem Recipientes Lixo
38 — Equipamento Jardinagem
39 — Roupa Suja
40 — Depósito
41 — Entrada de Serviço
42 — Roupa Limpa
43 — Vestiário Subalterno (Homens)
44 — Vestiário Subalterno (Mulheres)
45 — Almoxarifado
46 — Material Limpeza
47 — Vestiário Enfermeiras
48 — Refeitório
49 — Banho
50 — Isolamento



VISTA NOROESTE STANLEY REESE, Del.

30 LEITOS — HOSPITAL E CENTRO DE SAÚDE

Reduzido demais para operar econômicamente, é apenas justificável em comunidades pequenas e distantes

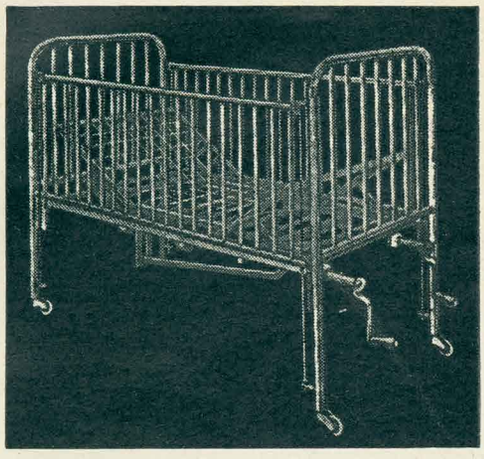
Êste projeto foi elaborado, como exemplo do menor hospital geral praticável. Normalmente, a comunidade que não pode manter um hospital de 40 a 50 leitos deveria construir uma clínica de comunidade e valer-se dos recursos vizinhos para a assistência aos pacientes a internar. Contudo, uma instituição de 30 leitos pode ser necessária em local muito distante de outros hospitais gerais. Apesar do reduzido número de pessoal, equipamento e leitos, ainda assim, êste hospital está habilitado a proporcionar todos os serviços que se esperam de um hospital de 50 ou mais leitos, integrado no sistema hospitalar coordenado. Poderão ser devidamente tratados casos de medicina geral, obstetrícia sem complicações, e pequena cirurgia, bem como cirurgia de emergência. Serviços especializados de diagnóstico são obtidos no hospital "Distrital", para onde são encaminhados os pacientes, quando requerendo assistência especializada.

Ambulatório e serviços de saúde pública também estão incluidos no plano, proporcionando assistência bastante completa. Uma vez que Raio-X, Laboratório, Farmácia e Serviço Dentários sãa partilhados com os pacientes internos, as despesas de equipamento e funcionamento são reduzidas ao mínimo.

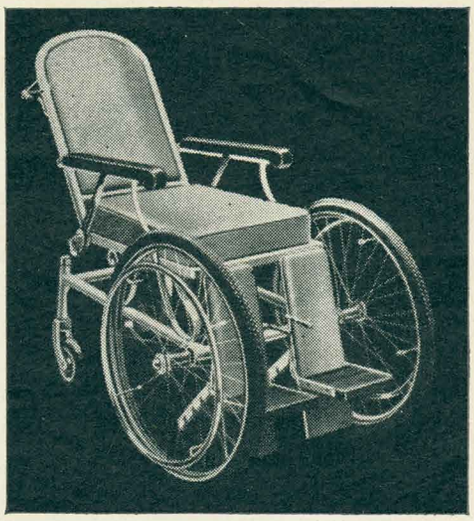
E' especialmente importante uma análise cuidadosa dos serviços que devem ser prestados, quando se planeja um hospital dêsse tamanho, onde a economia é primordial. Por exemplo, se houver um serviço adequado de lavandaria na comunidade, talvez seja mais econômico suprimir tal departamento em hospital dessas proporções.

Os 30 leitos são reunidos numa unidade de enfermagem conveniente, dotada dos habituais meios para isolamento, os quais podem ser usados por pacientes comuns, quando não ocupados com moléstias contagiosas. Dez leitos adicionais podem ser instalados em casos de emergência.

A planta, em um só andar, permite maior eficiência quanto ao pessoal e à administração de instituição tão pequena.



Berço articulado para crianças



MODÊLO B - 760 — Cadeira para inválidos construída em ferro e tubos de aço, rodas niqueladas e pneus de bicicleta com aros para movimentos, suporte dos pés e encosto graduável permitindo posição agradável, encosto e assento estofado em plástico liso

Nossa firma
afamada pela reconhecida qualidade de seus produtos, é fornecedora de todos os principais hospitais da Capital e dos outros Estados do Brasil

Nossos Representantes nos Estados:

ANTUNES, ANDRADE & CIA. — Rua Visconde do Rosário, 1 — Salvador — Bahia

ARTHUR TEIXEIRA — Av. da República 174 — Vitória — Espírito Santo

BRASISUL REPRESENTAÇÕES LTDA. — Rua dos Andradas, 1251 — Pôrto Alegre — Rio Grande do Sul

GUIMARÃES SOUSA & CIA. — Rua Joaquim Tavora, 365 — São Luís — Maranhão

CASTRO, MAZZETTI & RITZ, LTDA. — Telegráfico "MAZZETTI" — Rua Curitiba, 613 — Caixa Postal, 1671 — Fone: 2-1296 — Belo Horizonte — Minas Gerais

CONSTANTINO FERREIRA PINTO — Rua Conselheiro João Alfredo, 78 — Belém — Pará

JOSÉ MATTOS — Caixa Postal, 132 — Rio Grande do Norte

J. MACEDO & CIA. — Rua Floriano Peixoto, 176 — Fortaleza — Ceará

L. C. BRAGA NETO — Rua Joaquim Távora, 209 — Maceió — Alagoas

PEDRO LAPALLU DEFFES — Rua 15 de Novembro, 294 — Curitiba — Paraná

F. S. DA LUZ — Rua Bocajuva, 150 — Florianópolis — Santa Catarina

CAMA BRUNO S. A.

MATRIZ:

Fábrica e Escritório: Avenida Santa Marina, 950 — Telefones: 51-2167 e 51-2168

End. Telegr.: "CABRUNO" — Caixa Postal, 292

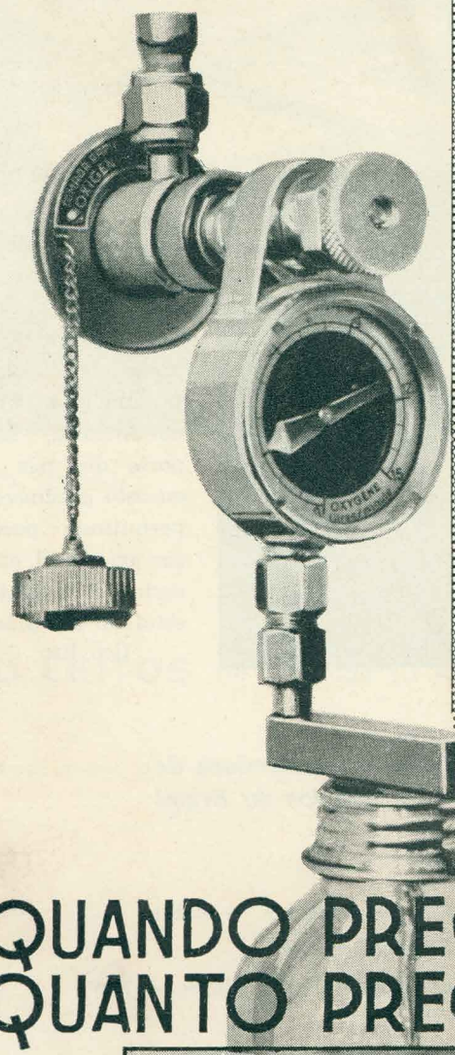
Loja: Rua 24 de Maio, 188 — Telefones: 34-4842 e 34-4872 — SÃO PAULO

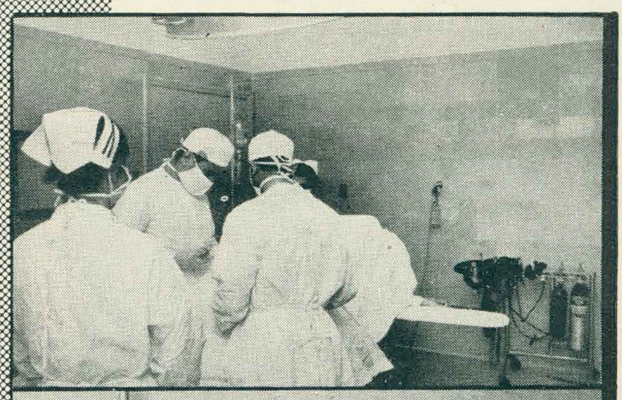
FILIAL:

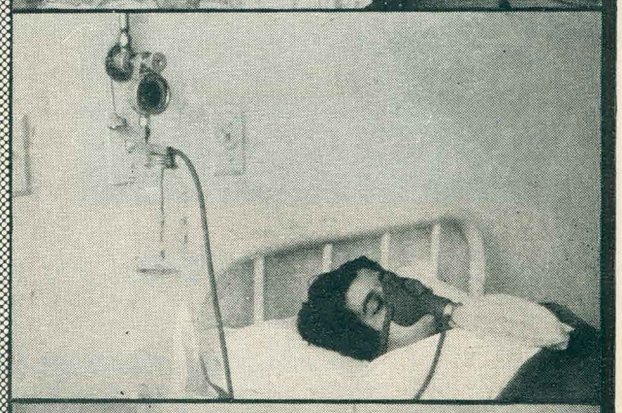
Rua Frei Caneca, 107 — Telefone: 32-5909 — RIO DE JANEIRO

Impressora I P S I S S/A - R. Silva Bueno, 2.125 - Fones: 32-8393, 63-3832 - S.P.

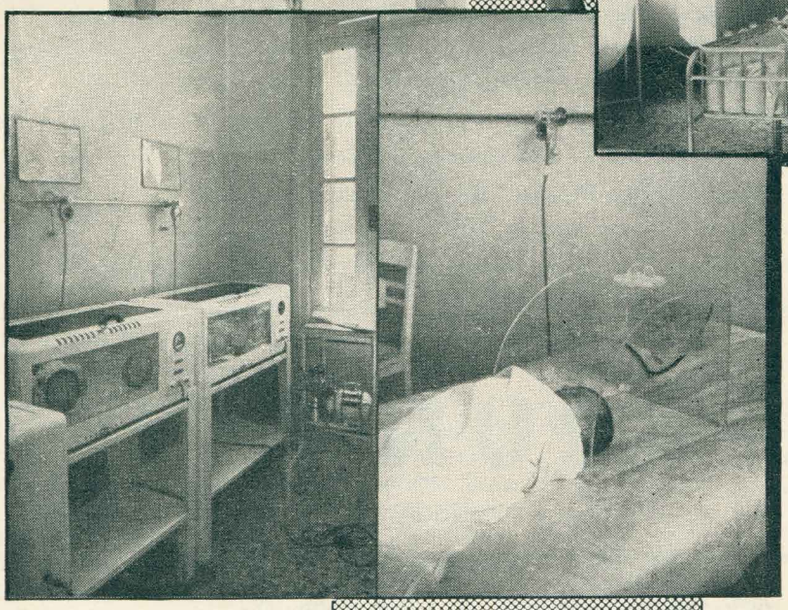
O OXIGÊNIO SEMPRE À DISPOSIÇÃO







QUANDO PRECISA
QUANTO PRECISA



Obtenha maior facilidade e mais economia na aplicação de Oxigênio e outros gases Medicinais, CANALIZANDO-OS de uma Central para os pontos de utilização.

Executamos Projetos e Orçamentos sem Compromisso.

OXIGÊNIO DO BRASIL S.A.

SÃO PAULO { Dep. de Gasoterapia: RUA FLORÊNCIO DE ABREU, 305 — 4.º
Loja: AV. NOVA ANHANGABAÚ, 474 — Fones: 36-7164 - 35-5562 - 33-5745 — Caixa Postal 1022

RIO DE JANEIRO — C. E. F. B. R. A. Av. Calógeras, 15 — 10.º — Fone: 32-9691

PORTO ALEGRE — AV. FARRAPOS, 2953 — Fone: 2-4111 — Caixa Postal 2098

CAXIAS DO SUL — AV. JULIO DE CASTILHOS, 1195 — Fone: 338