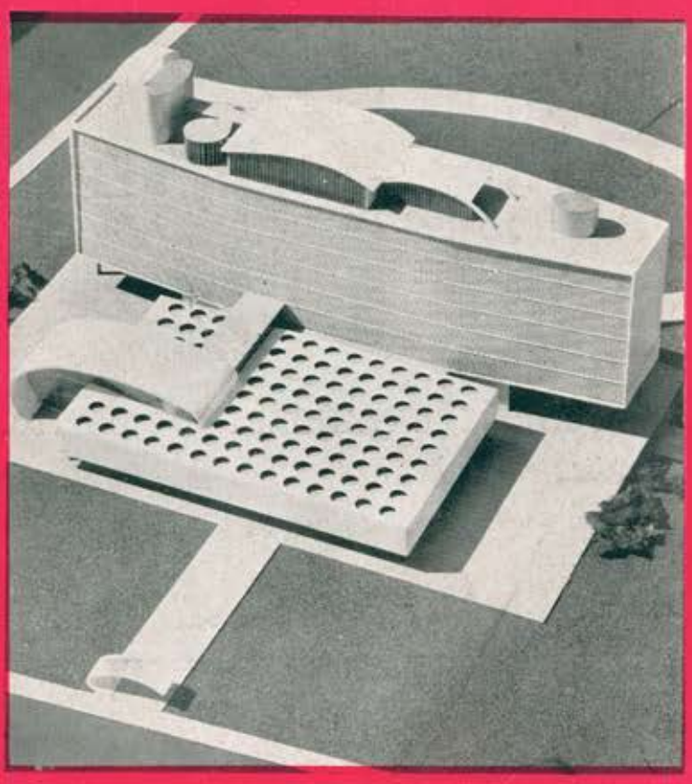
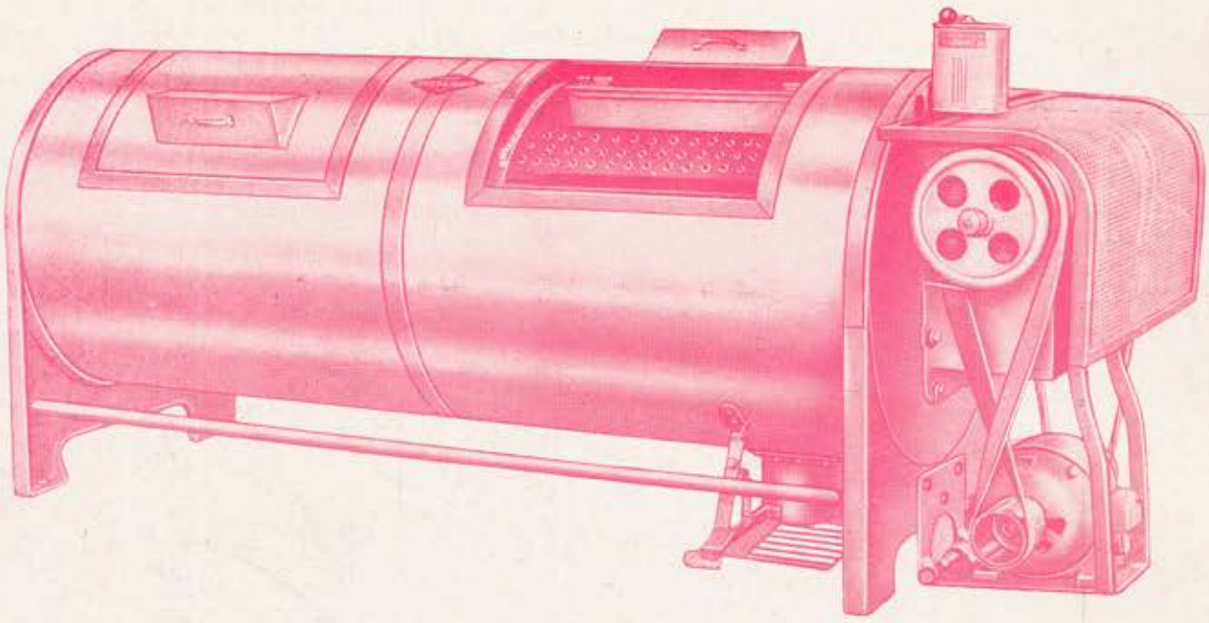
IPH

Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares



hospital de hoje

VOLUME 5 QUARTO 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. 62-1721 — End. Telegr. "Castanho" (Cod. Mascote) — S. PAULO

A. A. ASTI — Rua Riochuelo, 197 — Caixa Postal, 87 — Telefone: 138 — RIO GRANDE — Rio Grande do Sul

ALFREDO RODRIGUES FERRAZ — Av. Almirante Barroso, 90 — Sala 1.107 — Telefone: 42-5529. 47-3835 — RIO DE JANEIRO

ARY VICENTE BOLLER — Rua Pinto Bandeira, 350 — 1.º andar, sala 5 — Telefone: 6676 — Cx. Postal, 2751 — PÔRTO ALEGRE — Rio Grande do Sul

COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES CUNHA LTDA. — Rua Monsenhor Celso, 211, 6.º andar, Conj. 602-603 — Tel.: 3044 — Cx. Postal, 629 — CURITIBA — Paraná

DANTAS KRAUSS & CIA. — Av. Rio Branco, 318 — Caixa Postal, 154 — Telefone: 117 — ARACAJU — Sergipe

E. MARINHO S/A — Av. Paraná, 170-180 — Caixa Postal, 192 — Telefone: 2-0484, 4-1747 — BELO HORIZONTE — Minas Gerais

GASTÃO SAMPAIO — Rua Miguel Calmon, 37, 8.º andar, sala 81 — Caixa Postal, 1185 — Tel.: 1704 — SALVADOR — Bahia

IRMÃOS JULIÃO LTDA. — Av. Guararapes, 50 — 6.º andar — Sala 625 — Caixa Postal 1187 — Tel.: 7371 — RECIFE — Pernambuco

MIRANDA & CIA. — Travessa Campos Salles, 101 — Caixa Postal, 264 — Telefone: 4-827 — BELEM — Pará

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

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

Aktiekolaget 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-Wark, 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.

Solucionado o problema dos pisos hospitalares

POLIPLAST — Piso de matéria plástica, fundido a frio no próprio local.

POLIPLAST — Facílimo de limpar – lavável e encerável.

POLIPLAST — Higiênico e de aparência muito agradável.

POLIPLAST — Fabricado em todas as côres.

POLIPLAST — Não trinca e nunca deteriora.

POLIPLAST — Monolítico – sem dilatação.

POLIPLAST — Elástico - acústico - macio no pisar.

POLIPLAST — Possue todas as características necessárias para ser usado nos HOSPITAIS e CONSULTÓRIOS.

PISOS E PAREDES POLIPLAST LTDA.

Informações e orientação técnica:
Ewaldo Bolm — Telefone 61-8533

RUA CATEQUESE, 92
SÃO PAULO - BRASIL

CETAVLON

DETERGENTE e ANTISSÉPTICO

Cetavlon é quimicamente, o brométo de cetiltrimetilamônio, poderoso bactericida da classe "quaternário amônio", ativo contra germes tanto Gram-positivos como Gram-negativos.
Possuindo também, propriedades detergentes, Cetavlon é indicado para a limpeza de queimaduras, de feridas contaminadas e do próprio material cirúrgico.

Cetavlon se encontra nas seguintes formas:

CETAVLON CONCENTRADO.

Este concentrado permite preparar rápidamente soluções aquosas a qualquer concentração desejada.

Vidros de 100cc. e 1.000cc.

CETAVLON TINTURA.

Particularmente indicado no preparo pré-operatório da pele. A esterilização inicial é rápida e a área desinfetada apresenta-se nitidamente corada em vermelho.

Vidros de 30cc. e 1.000cc.

CETAVLON POMADA.

Esta pomada contém, numa base não gordurosa e miscível com água, o brométo de cetiltrimetilamônio. Indicado nas escoriações, pequenas feridas, queimaduras, assaduras etc.

Tubo de 25 g.

Fabricado pela

Cia Imperial de Indústrias Químicas do Brasil

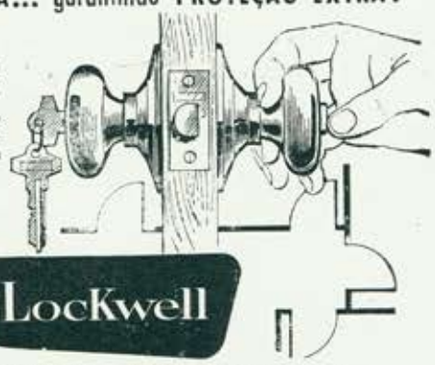
Rua Azevedo Soares, 690 — Caixa Postal 6980 — SÃO PAULO

Conforme as fórmulas originais de Imperial Chemical Industries, Pharmaceutical Division. Manchester, Inglaterra.

★

QUALIDADE EXTRA... garantindo PROTEÇÃO EXTRA!

Solucionam qualquer problema do construtor moderno e do mais exigente consumidor. Vários tipos e diversos acabamentos. Garantia mínima de 10 anos.



ENCONTRADAS NAS BOAS CASAS DO RAMO

FECHADURAS LocKwell

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

Representantes exclusivos:

CIA. FEDERAL DE COMÉRCIO, INDÚSTRIA E ENGENHARIA

Rua Libero Badaró, 152 7.º andar - Fones: 33-3751 e 35-2562 São Paulo

Visite o nosso "stand" permanente no Instituto dos Arquitetos à Rua Bento Freitas, 314.

★

SINALIZAÇÃO HOSPITALAR

Ha 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

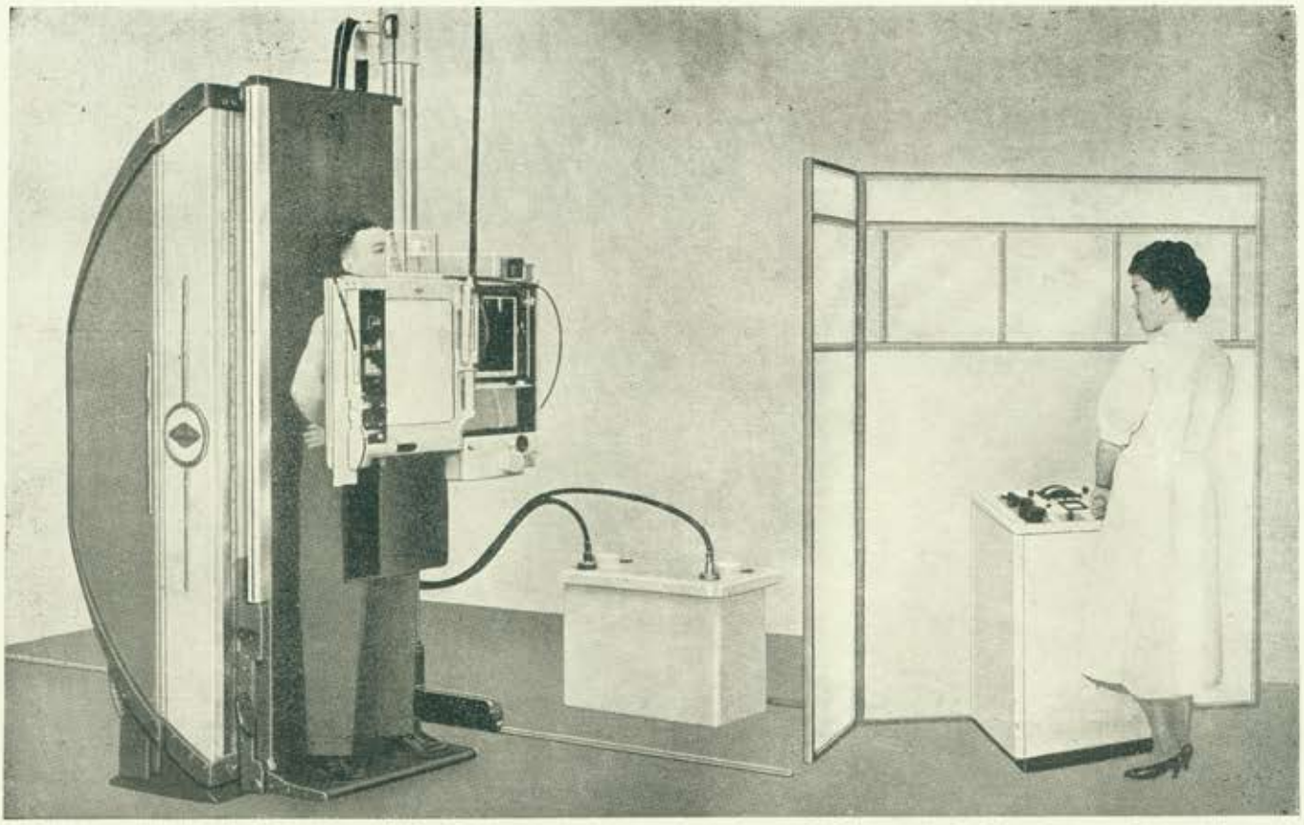
SINCRON

Peçam a lista dos 270 hospitais sinalizados por ENG. 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.



Aparelhamento de Raios X SMIT, composto de Mesa Universal US 25 com Seriógrafo SBC 6, inteiramente automático e unidade "PROVISOR" de 4 válvulas e 125 kV — 500 mA, com dispositivo de planigrafias horizontais e verticais.

REPRESENTAÇÕES EXCLUSIVAS:

aparelhos de raios-X - acessórios de raios-X e bomba de cobalto
SMIT RÖNTGEN APPARATENFABRIEK, LEIDEN - HOLANDA

aparelhos de anestesia - gazes anestésicos - ressuscitadores - tendas para oxigênio - incubadoras - aparelhos de oxigênioterapia - instalações centrais de oxigênio - mesas cirúrgicas - lâmpadas de cirurgia.
AIRCO COMPANY
OHIO CHEMICAL & MFG CO.
AMERICAN STERILIZER CO.

aparelhos científicos para bacteriologia - biologia, etc.
CENTRAL SCIENTIFIC COMPANY

eletrocardiógrafos
BECK-LEE CORPORATION

microscópios para medicina, pesquisas científicas, polarização, metalurgia, micro-fotografia, etc.
COOKE, TROUGHTON & SIMMS

FABRICAÇÃO PRÓPRIA:

EQUIPAMENTO HOSPITALAR E PARA LABORATÓRIOS **LUFERGO**

autoclaves retangulares, horizontais, cilíndricas e verticais para hospitais e laboratórios - estufas para cultura e esterilização - destiladores para água - fornos pasteur - banhos maria - centrifugadores - instalações completas de laboratórios químicos.

CATÁLOGOS COMPLETOS:

móveis assépticos LUFERCO
instrumentos cirúrgicos Ricard
aparelhos de laboratório e reagentes

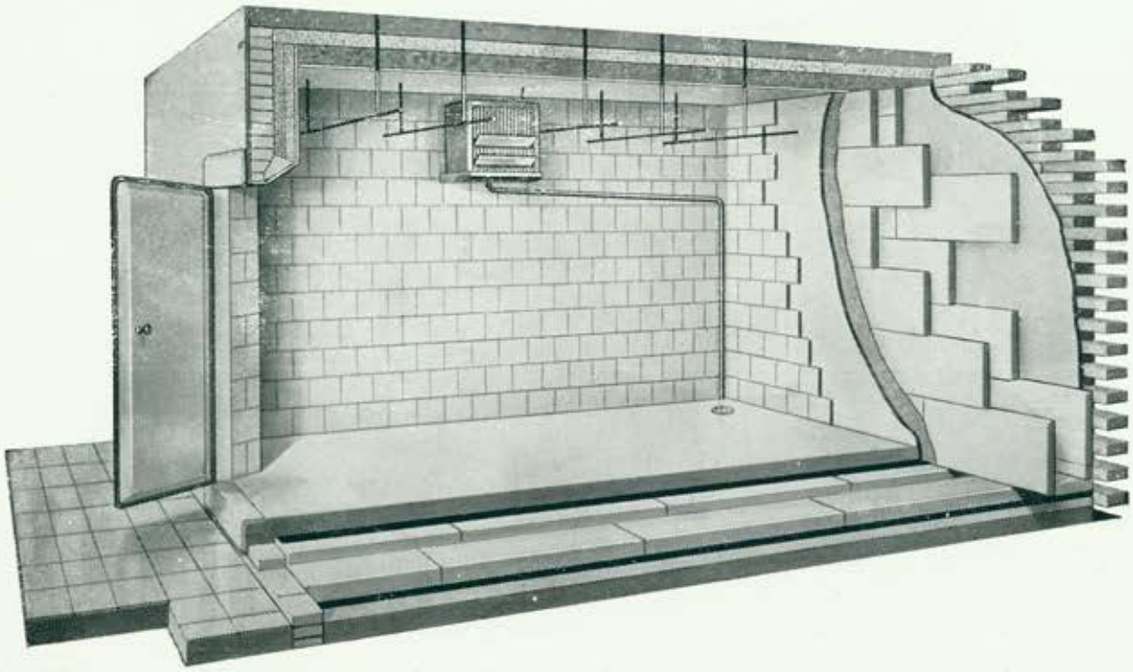
LUTZ FERRANDO

ÓTICA E INSTRUMENTAL CIENTÍFICO S. A.

SÃO PAULO: Rua Direita, 33 — Tel. 37-7147
RIO DE JANEIRO: Rua do Ouvidor, 88
RECIFE: Rua da Imperatriz, 14

FÁBRICA: Rua Madre de Deus, 809-835
PÔRTO ALEGRE: Rua General Vitorino, 298
BELÉM: Praça da República, 5

Câmaras Frigoríficas "CAMPOSALES"



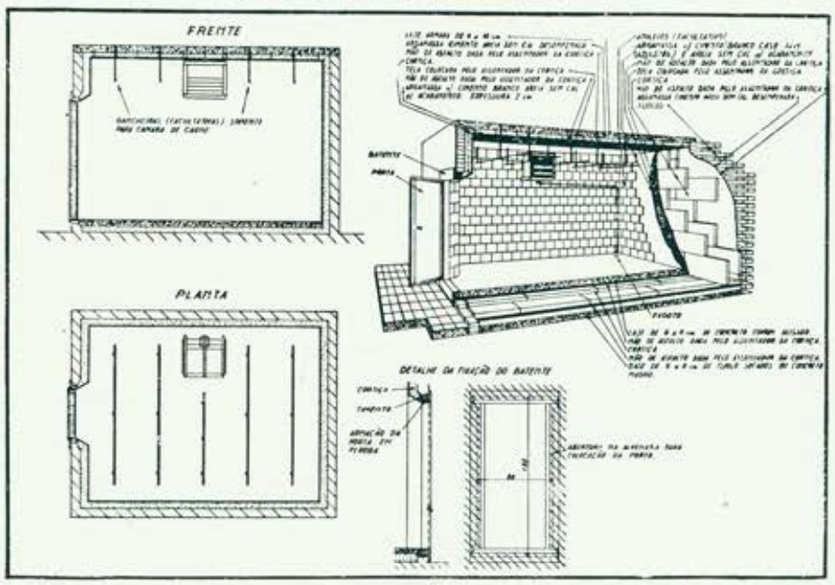
EXIJAM QUALIDADE TÉCNICA NA CONSTRUÇÃO DA CÂMARA

A construção de uma câmara frigorífica exige material adequado e — o que é mais importante — conhecimentos técnicos especializados. "CAMPOSALES" dispõe de todos os recursos técnicos e materiais para a construção de câmaras para carnes, aves, ovos, laticínios, peixes, bem como para hospitais, quartéis, escolas, maternidades etc.

Solicitem orçamentos

Alguns Hospitais aos quais Campos Salles S.A. forneceu Câmaras Frigoríficas:

Penfigo Folliacius
Hospital São Luiz Gonzaga — Jaçanã
Hospital Miguel Pereira — Mandaqui
Hospital Santa Helena
Hospital Tuberculosos — Santa Rita Passa Quatro
Hospital Infantil de Indianopolis
Maternidade Paulista
Hospital Sorocabana — São Paulo
Hospital Sorocabana — Botucatú
Casa Maternal Leonor Mendes de Barros
Hospital Santa Edwige
Sanatório Padre Bento — Gopouva
Maternidade de São Paulo
Hospital Infantil Morumbí
Hospital do Juquerí



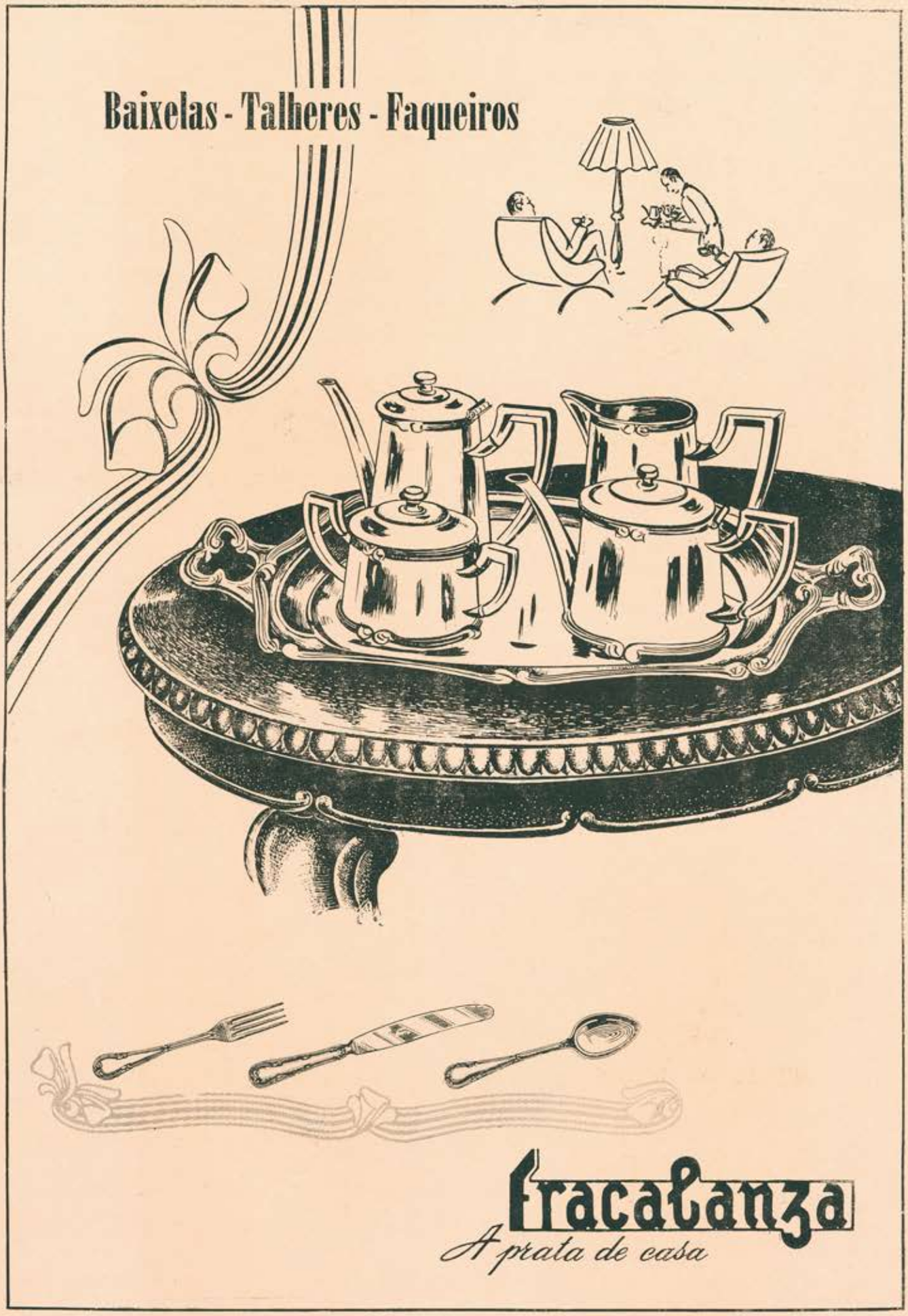
CAMPOS SALLES S. A.

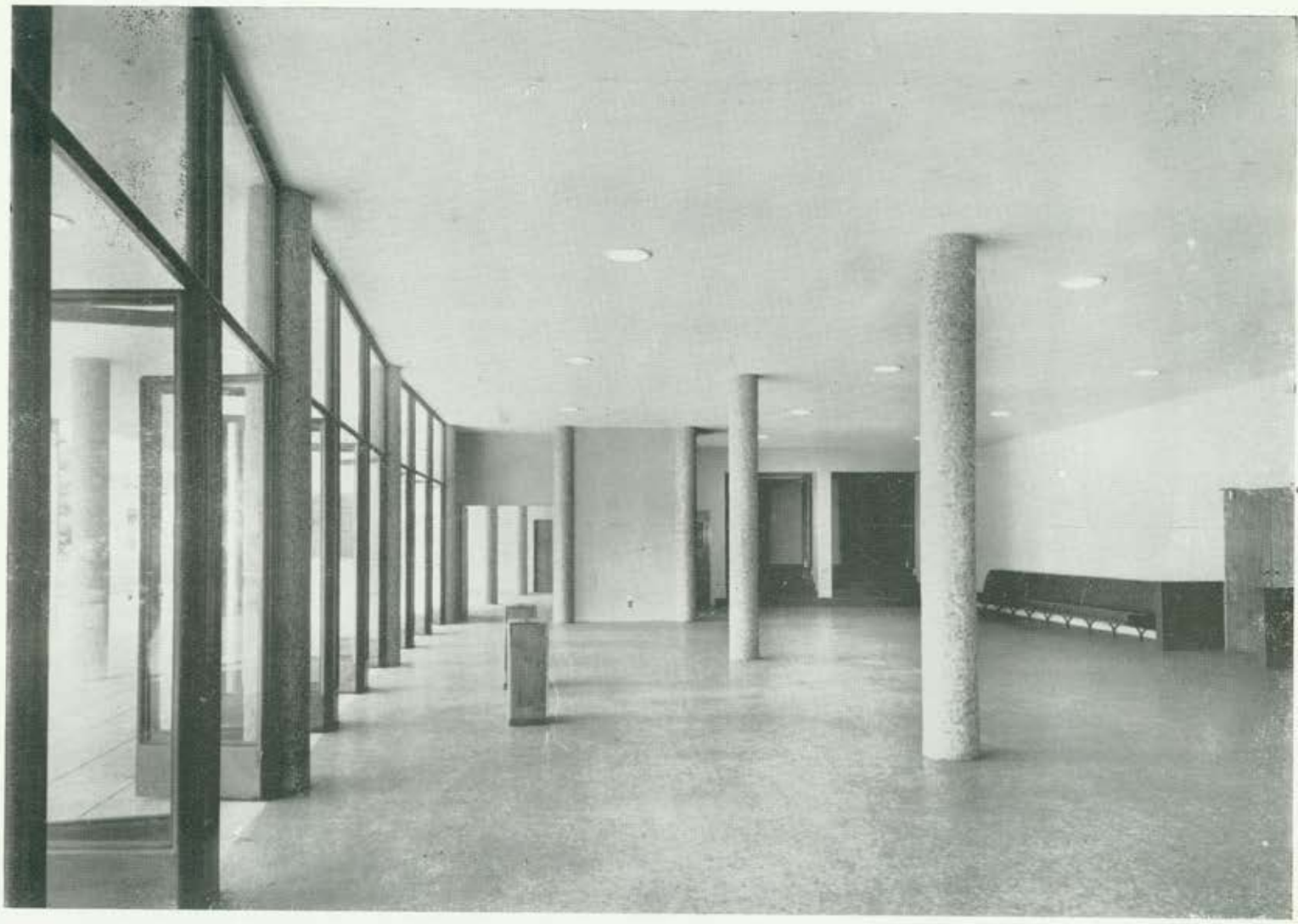
Acessorios para Refrigeração - Válvulas - Controles de Temperatura - Conexões - Canos de Cobre - óleos - Gazes - Gavetas - Correias em V - Secadores - Registros - Sanfonas

INDÚSTRIA E COMÉRCIO
Fabricantes de Refrigeração Doméstico, Comercial e Câmara Frigoríficos
SÃO PAULO

Compressores Frigoríficos - Bases - Condensadores - Evaporadores Domésticos e Comerciais - Chaves Elétricas - Ferramentas Manuais - Motores Elétricos - Peças para Reposição

SÉDE: Rua General Júlio M. Salgado, N.º 78 — TELEFONES: 51-2171 - 51-2172 - 51-2173 - 51-5146 — N.º de Inscrição 122.702
FÁBRICAS: Rua Felix Guilhem, 1268 (Lapa) **- Fone 5-0229 - Inscr. 256.309 - Rua dos Camarés, 150** (Carandirú) **- Fone 3-8804 - Inscr. 320.299**
Endereço Telegráfico: "CAMPOSALES" — Caixa Postal 2979


Baixelas - Talheres - Faqueiros
Fracalanza
A prata de casa



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

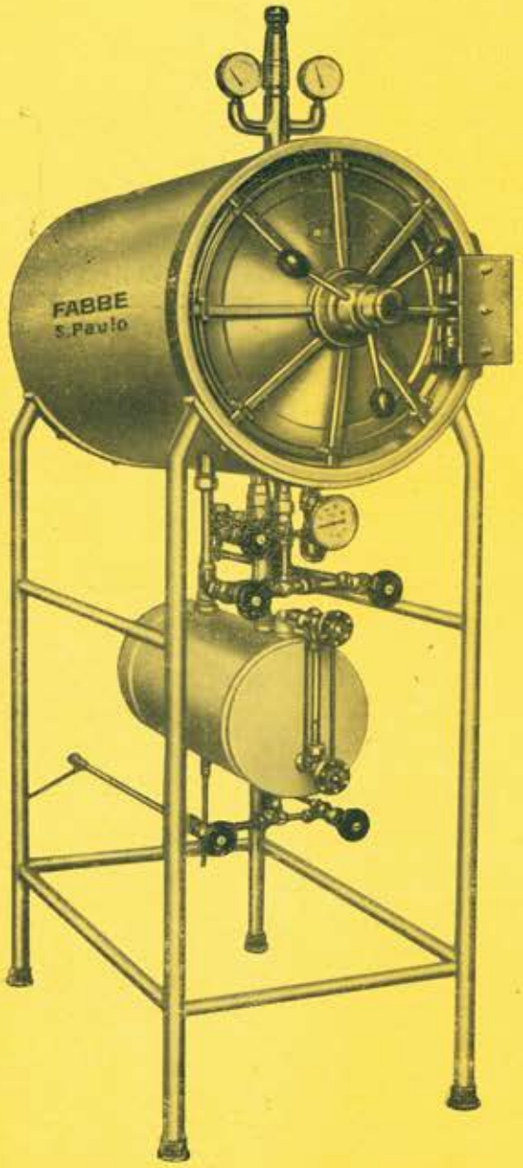
"VIDROTIL"

VIDROTIL Indústria e Comércio de Vidros Ltda.

Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 306 — Telefone: 35-5288 — SÃO PAULO

AUTOCLAVE HORIZONTAL "FABBE" TIPO HOSPITALAR

PARA ESTERILIZAÇÃO E SECAGEM DE TECIDOS E INSTRUMENTAL CIRÚRGICOS.



As Autoclaves Horizontais "Fabbe" modêlo 104 são de construção moderna, preenchendo todos os requisitos das últimas **NORMAS APROVADAS PELO IPH,** que proporciona esterilização segura e perfeita.

- Dotada de Difusor de vapôr na câmara de esterilização
- Termometro com leitura da temperatura mínima de trabalho.
- Tampa de fechamento central, oferecendo manejo prático, rápido e seguro.
- Trompa de vácuo para secagem do material esterilizado, manômetro, válvula de segurança e manovacuômetro para controle das diversas operações de esterilização até a pressão de 1½ ATM., correspondente a 127°C efetivos.
- Gerador de vapor sob o corpo, podendo ser escolhido em quatro modalidades de funcionamento: — ELÉTRICO — A GAS, A VAPOR ou A QUEROSENE.
- Montada sôbre cavalete de ferro tubular, camisa externa em chapa de aço — manipuladores dos registros em material plástico isolante de calor — Acabamento externo a Duco com a tampa e acessórios niquelados.
- Apresentação de belo aspecto, constituindo unidade completa, pronta para entrar em funcionamento.

SOCIEDADE FABBE LTDA.

RUA GUAPORÉ, 333 — TELEFONE 36-2017 — SÃO PAULO

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

O FOGÃO DA ECONOMIA

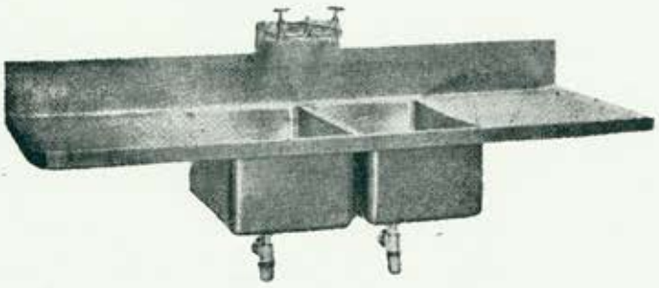
ARMANDO BRITO & CIA. LTDA.

"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

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

FANEM LTDA.

FABRICA DE APARELHOS NACIONAIS DE ELETRO-MEDICINA

INCUBADORA PARA RECÉM NASCIDOS

ESTUFA PARA CULTURAS E

ESTERILISAÇÃO (ALTA TEMPERATURA)

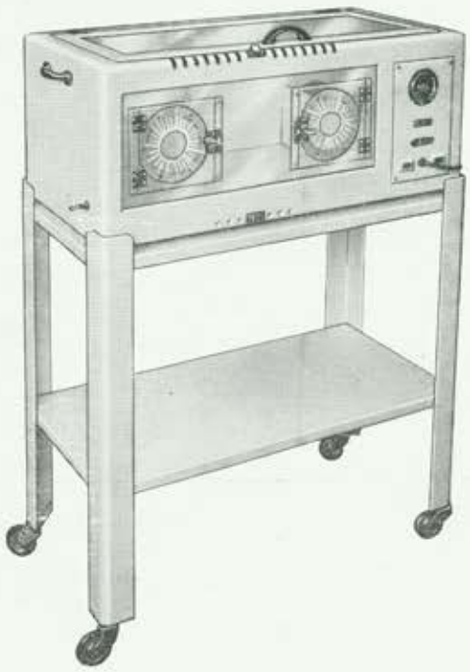
BANHOS MARIA

AGITADORES

CENTRIFUGADORES

DEMAIS APARELHOS PARA

LABORATÓRIO, HIDRO E FISIOTERAPIA



Av. Gel. Ataliba Leonel, 1790 - Cx. Postal 2836 - Tel. 3-8564 - Teleg. "FANEM" - São Paulo

REATIVOS BANCO DE SANGUE DE SÃO PAULO

REATIVOS B.S.S.P.

Rua Bela Cintra, 157 — Fones: 34-0308 e 37-5444 — São Paulo

SÔROS ANTI-A E ANTI-B
(para a determinação de grupos sanguíneos)

SÔRO DE COOMBS
(sôro anti-globulina para o teste de Coombs)

SÔRO ALBUMINA
(para prova — cruzada)

SÔROS BLOQUEADORES ANTI-RH
(para as determinações dos fatores do sistema Rh — Hr)

Sôro anti-Rh	(anti-D)	85 %
Sôro anti-Rh	(anti-D)	85 %
Sôro anti-Rh'	(anti-CD)	87 %
Sôro anti-Rh'	(anti-CD)	87 %
Sôro anti-Rh''	(anti-DE)	86 %
Sôro anti-Rh''	(anti-DE)	86 %
Sôro anti-Rh' ''	(anti-CDE)	87,5%
Sôro anti-Rh' ''	(anti-CDE)	87,5%
Sôro anti-Rh''	(anti-E)	30 %
Sôro anti-Hr'	(anti-c)	80 %
Sôro anti-Rh'	(anti-C)	70 %
Sôro anti-Hr''	(anti-e)	97 %

Produzido pelo

BANCO DE SANGUE DE SÃO PAULO

Sob a responsabilidade do DR. O. YAHN

"SELM" Sociedade Equipadora de Laboratórios Modernos Ltda.

Rua Conselheiro Ramalho, 749 — Caixa Postal, 4022

Fone: 33-6503 — End. Teleg.: "EQUIPADORA" — SÃO PAULO

Distribuidores exclusivos de

CARDIOLIPINA SYCCO"

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

e dos

FOTOCOLORIMETROS "EEL"

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

ESTUFAS, CENTRIFUGADORES, BANHOS MARIA, ETC.

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

FÁBRICA DE LUSTRES V. RIBEIRO LTD.A

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

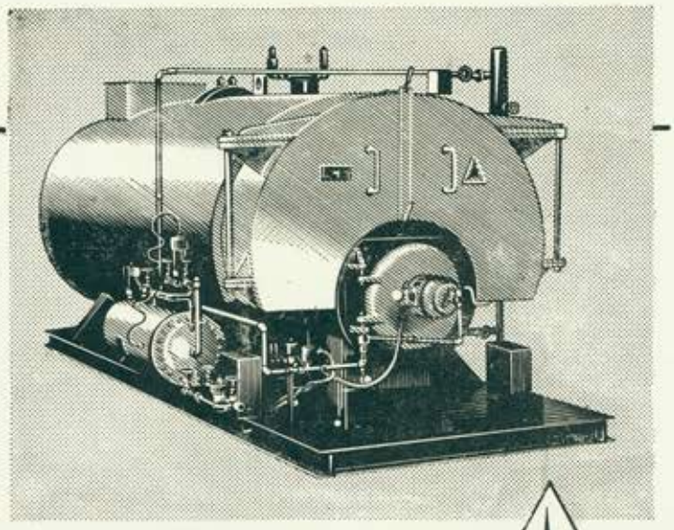
N. B. — Todos os lustres instalados no Hospital Sta. Helena, foram idealizados pelo IPH e fabricados por esta firma.

CALDEIRAS "COMPAC"

Tipo Industrial

NOVO NOME PARA

maior economia!



Solicite a visita de um dos nossos representantes para saber das **características econômicas exclusivas** que apenas as CALDEIRAS COMPAC — Tipo Industrial — podem oferecer.

Nas indústrias de produtos químicos, alimentícios, etc., nas usinas de asfalto, nas laboratórios, hospitais e lavanderias, enfim, aonde se necessite calor ou vapor, as CALDEIRAS COMPAC — tipo industrial — alta pressão, 120 lbs., oferecem maior economia e rendimento, porque possuem estas características exclusivas:

FLEXIBILIDADE DE COMBUSTÃO

A COMPAC, pode queimar qualquer tipo de óleo, desde o Diesel n.º 1 ao Buncker C.

FACILIDADE DE INSTALAÇÃO

A COMPAC é totalmente auto-equipada, o que elimina a construção de bases especiais, montagens e outras despêsas de alvenaria.

MAIS ECONÔMICA

Funcionando automàticamente, a COMPAC dispensa a assistência contínua de operadores especializados, e sua tiragem forçada elimina a necessidade de chaminés dispendiosas.

SEGURANÇA ABSOLUTA

Equipada com contrôles de alta precisão, proporciona perfeita garantia de segurança e funcionamento.

COMPAC
COMPANHIA PAULISTA DE CALDEIRAS

REPRESENTANTES — Rio de Janeiro: Instaladora Geral Rua 1.º de Março, 115
Pôrto Alegre: Morganti & Cia. R. Vol. da Pátria, 910
Curitiba: Dr. Paulo Garfunkel Caixa Postal 2.468

COMPANHIA PAULISTA DE CALDEIRAS "COMPAC"

Rua Bento Freitas, 306 - 4.º andar - sala 44 - Fone 37-9413 - São Paulo

Artes: CPC 987

NOSSO DEPARTAMENTO ELÉTRO-TÉCNICO

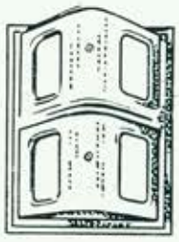
FORNECE E INSTALA:

CENTROS E APARÊLHOS TELEFÔNICOS de todos os tipos e sistêmas.

RELÓGIOS DE CORDA E ELÉTRICOS.

RELÓGIOS "MESTRE E SECUNDÁRIOS".

RELÓGIOS DE PONTO DE CORDA, CORDA AUTOMÁTICA E ELÉTRO-SECUNDÁRIOS, AUTOGRÁFICOS E DE TAREFAS.



RELÓGIOS DE VIGÍA.

SISTEMAS DE ALARME CONTRA INCÊNDIO E CONTRA ROUBO.

SINAIS LUMINÓSOS PARA HOSPITAIS.

INSTALAÇÕES ELÉTRO-ACÚSTICAS.

ANTENAS COLETIVAS PARA TELEVISÃO.

NEO-REX DO BRASIL LTDA.

SÃO PAULO: **RUA JOAQUIM FLORIANO, 737/51 — Caixa Postal, 7221**
Tel.: 8-2126 (Rêde interna) — **End. Telegr.: "NEOREX"**

RIO DE JANEIRO: **AV. RIO BRANCO, 277 — Conj. 1202 — Caixa Postal, 3455**
Tel.: 42-7773 — End. Telegr.: "NEOREX"

SOCIEDADE TÉCNICA EM AR CONDICIONADO

AR CONDICIONADO
EM
SALAS DE OPERAÇÃO
SALAS DE PARTO
BERÇÁRIOS
SALAS PARA PREMATUROS
e demais dependências hospitalares

- Ventilação
- Refrigeração
- Aquecimento
- Umidificação

São Paulo:
Rua Tagipurú, 267/71
Telefone: 52-6874

Rio de Janeiro:
Rua General Caldwell, 171
Telefone: 43-2756

NECROTONCILIN

SINERGIA ANTIBIOTICA
E PROTEÇÃO HEPATICA

LABORATORIO TORRES S.A.
AV. DA LIBERDADE, 834 - SÃO PAULO

LABORATORIO PAULISTA
DE BIOLOGIA S. A.

tem o prazer de anunciar para
Janeiro de 1957
o lançamento de sua nova
especialidade

TAQUICURIN

curarizante de curta duração,
à base de Cloreto de
Succinilcolina na dose de
100 mg em 2 cm³

INDICADO NA:

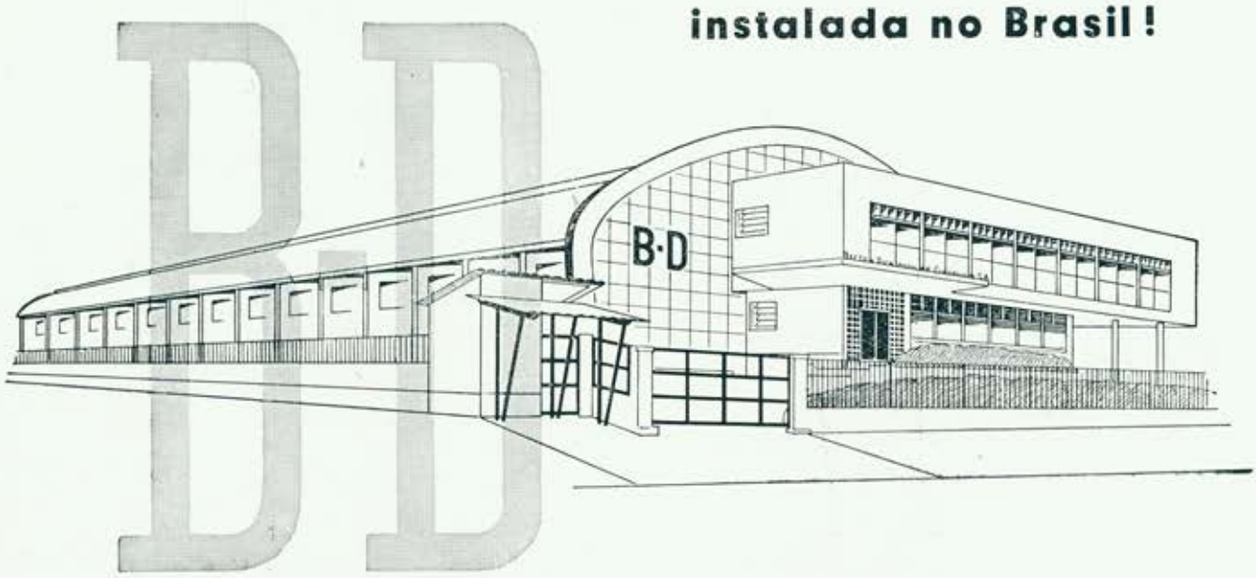
- anestesia como coadjuvante
- intubação endotraqueal
- endoscopia
- reposição de fraturas ou luxações
- mobilização de articulações
- terapêutica pelo eletrochoque

Caixa de 50 ampolas de 2 cm³

Laboratório Paulista de Biologia S. A.

Rua São Luiz, 161 — São Paulo

Indústria de renome mundial instalada no Brasil!



BECTON, DICKINSON AND COMPANY, de Rutherford, New Jersey, EE. UU - organização mundialmente conhecida pela fabricação de seringas, agulhas hipodérmicas, termômetros clínicos, estetoscópios e outros aparelhos cirúrgicos de alta qualidade e precisão - acaba de inaugurar, em Juiz de Fora, moderna e bem instalada fábrica.

Beneficia-se, assim, a indústria brasileira com a conquista de uma tradicional marca que se tornou universalmente famosa pelos elevados padrões técnicos que caracterizam os produtos B-D.

BECTON, DICKINSON AND COMPANY
Servem ao público e à classe médica desde 1897.

Becton, Dickinson Ind. Cirúrgicas S. A.

JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

ESCRITÓRIO DE VENDAS. — RUA 7 DE SETEMBRO, 66 - S/804 — RIO DE JANEIRO

IA-1501

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

TINTAS YPIRANGA

as mais vendidas no Brasil

proporcionaram um fim-de-semana bem divertido

...e economizei na pintura!

...as paredes ficaram lindas!

...e se sujar e se lavar!

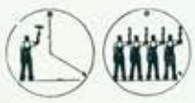
Ela teve uma idéia mandou comprar PAREDEX e 3 Rôlos Ypiranga... e a família se divertiu a valer, pintando tôda a casa, com a maior facilidade! PAREDEX é uma tinta fôsca para interiores, lavável, que não deixa o menor cheiro e seca ràpidamente.

Consulte Edna Sales sôbre seu problema de decoração. Escreva para Caixa Postal 1.170 — Rio de Janeiro.

Um produto das

TINTAS YPIRANGA

As mais ricas variedades de côres



UMA TINTA PARA CADA FIM

Com o Rôlo Ypiranga você poderá pintar a mesma área que exigiria o trabalho de 4 homens. Estôjo completo com bandeja. Rôlo de fêltro fàcilmente substituível.

CONSÊRTO

AFIAÇÃO

CROMEAÇÃO

INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS

Goottfried Richter

Rua 6, N.º 142 — Sumarèzinho

Recados — Fones: 51-9895 e 52-5090

TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTIRILIZAÇÃO

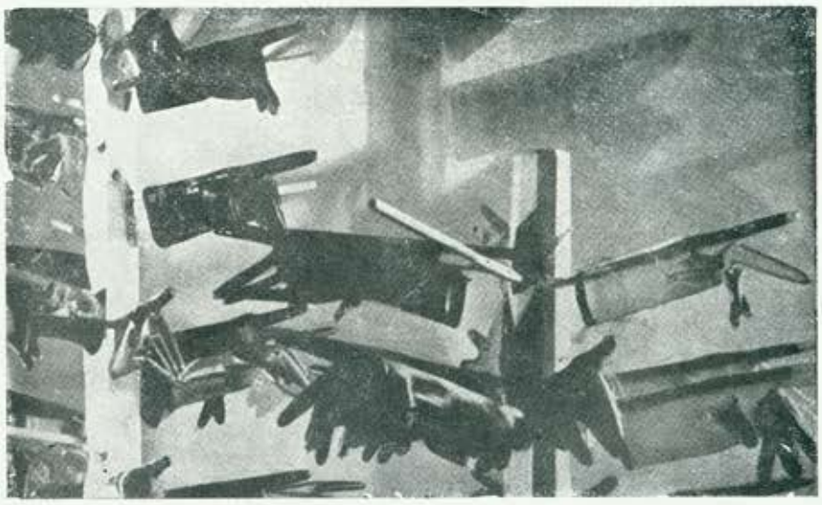
AGORA NO PRELO

Dá de modo simples e prático, os mais completos meios, técnicas e soluções de que a ciência dispõe para a prevenção eficaz e segura, das contaminações em hospitais e laboratórios.

IPH — INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES

Rua Xavier de Toledo, 210 — 6.º andar

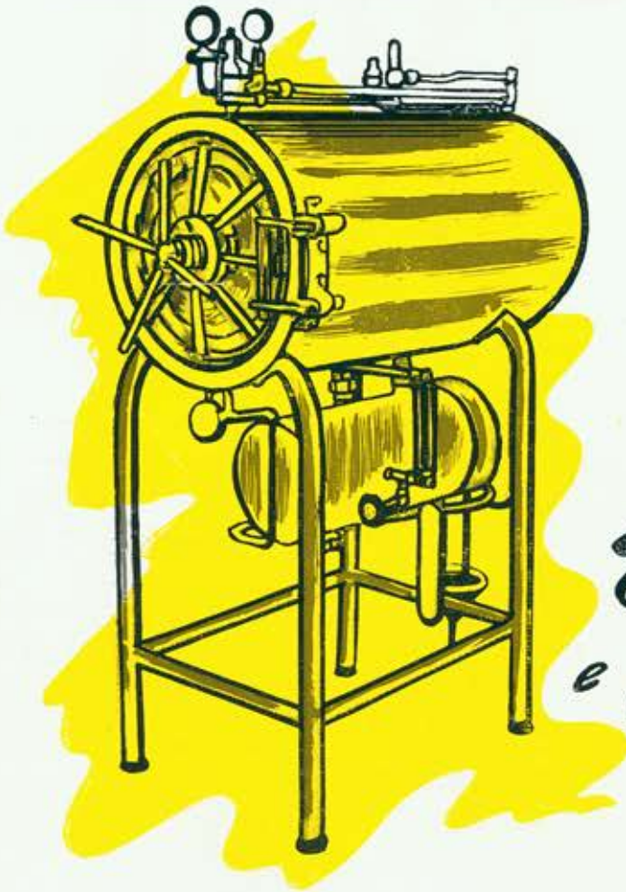
PLANEJAMENTO DE HOSPITAIS



INSTITUTO DE ARQUITÉTOS DO BRASIL
DEPARTAMENTO DE SÃO PAULO

Autoclaves IBACLI

... o sucesso depende da confiança... e a "confiança" está na esterilização.



Eficiência e Segurança

IBACLI S.A.

INDÚSTRIA E COMÉRCIO

INDÚSTRIA BRASILEIRA DE APARELHOS CIENTÍFICOS

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

tem o prazer de apresentar sua Nova e Moderníssima linha de Móveis e Equipamentos Hospitalares

IMEC

Agora fabricado no Brasil, o que de melhor os melhores hospitais do mundo possuem

CAMA IMEC

- rodas de borracha
- batedores de borracha
- banqueta retrátil
- encaixes para 4 suportes de sôro
- alavanca Fowler inquebrável
- linhas modernas
- colorido novo
- facil limpeza
- resistência e durabilidade
- guardas laterais

EM EXPOSIÇÃO:

INDUSTRIA MECANO CIENTÍFICA S. A.

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

WALLIG
WALLIG
METALÚRGICA
WALLIG S.A.
Há 51 anos um símbolo de qualidade.
Fogões domésticos e industriais a gaz, lenha, carvão e óleo - caldeirões - cafeteiras - fervedores de leite - frigideiras - pias - fritadeiras - bifeteiras - máquinas de lavar louça e copos - máquinas de descascar batatas - máquinas de moer carne - máquinas de lavar roupa de diversas capacidades - máquinas centrifugas - secadores de roupa - calandras - caldeiras de baixa e alta pressão - planejamento e execução de instalações completas.
WALLIG

Nossa nova apresentação marca novos progressos na produção de fios cirúrgicos. *

Laboratório CRINO-SÊDA

de Suturas Cirúrgicas S. A.

RUA DR. CLEMENTINO, 200 — SÃO PAULO — BRASIL

Tel. 9-4493 — End. Telegr.: "CRINOSEDA"

símbolo de uma linha

de produtos que acompanha o progresso da cirurgia

* Produtos registrados na Comissão de Similares, circular n.º 34 de 4/12/56 do Ministério da Fazenda.

HOSPITAL DE HOJE

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

Séde e redação: Rua Xavier de Toledo, 210
6.º andar - conjunto 64 - Telefone: 36-3889
São Paulo — Brasil

o

Vol. 5 - 4.º Trimestre 1956

•

Diretor Responsável: **Jarbas Karman;** Redator Chefe: **José Reis;** Diretor: **Alfredo Willer;** Relações Públicas: **Geraldo Prado Guimarães;** Tradução e Relações Internacionais: **Charles Honnold Crispin;** 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).**

C O L A B O R A D O R E S

Secretaria: **Therezinha Sorbille, Ida Rothstein, Rosa Piloliakov, Americo Cagni;** Contabilidade: **Fernando Pereira d Abreu Braga;** Desenhos: **José Alberto Fonseca.**

D I R E I T O S R E S E R V A D O S

Escolas Profissionais Salesianas
Alameda Barão de Piracicaba, 560
Telefone: 51-3128 — São Paulo

Í N D I C E

CAPA

Instituto de Moléstias do Aparelho Digestivo e da Nutrição Prof. E. Vasconcellos, em construção na cidade de São Paulo, Oscar Niemeyer — Arquiteto

ENGLISH SUMMARY

Psychological Care of the Newborn — Noemy da Silveira Rudolfer 1
Clinical Hospital of the Recife University — Mário Russo 2
Electrical Equipmento in Hospitals — Alfredo Willer 2
Other contents of this issue 2

EDITORIAL

Fundos para a Pesquisa Hospitalar — J. Reis 3

ENFERMAGEM

Assistência ao Tuberculoso em Hospital Geral — Eleanor E. Drummond — R. N. 5

PSICOLOGIA HOSPITALAR

Cuidados Psicológicos ao Lactente — Noemy da Silveira Rudolfer 9
Plano Oldham — (continuação) 10
O Papel do Capelão no Hospital — Rev. Edward C. Turner — Tradução Padre Lydio Milani — M.I. 11

PROJETO

Hospital de Clínicas na Cidade Universitária do Recife — Mario Russo 12

TESE

Tese aprovada na V Reunião Plenária da Indústria de Construção Civil do Recife — Florismundo Marques Lins Sobrinho 18

MEDICINA

Desinfecção da pele para campo cirurgico. Desinfetantes químicos e material cirúrgico: estado atual. Desinfecção química da cavidade peritonial contaminada. Valor dos compostos de amônio quaternário — José Finocchiaro 19

NUTRIÇÃO

A função da dietista — Dalva Maria Oliani 21
Processo simples para desinfecção de verduras e legumes — José Sylvio Cimino 22

LABORATÓRIO

Expedição rápida de exames de laboratório — Octavio A. Germek 24

INSTALAÇÕES

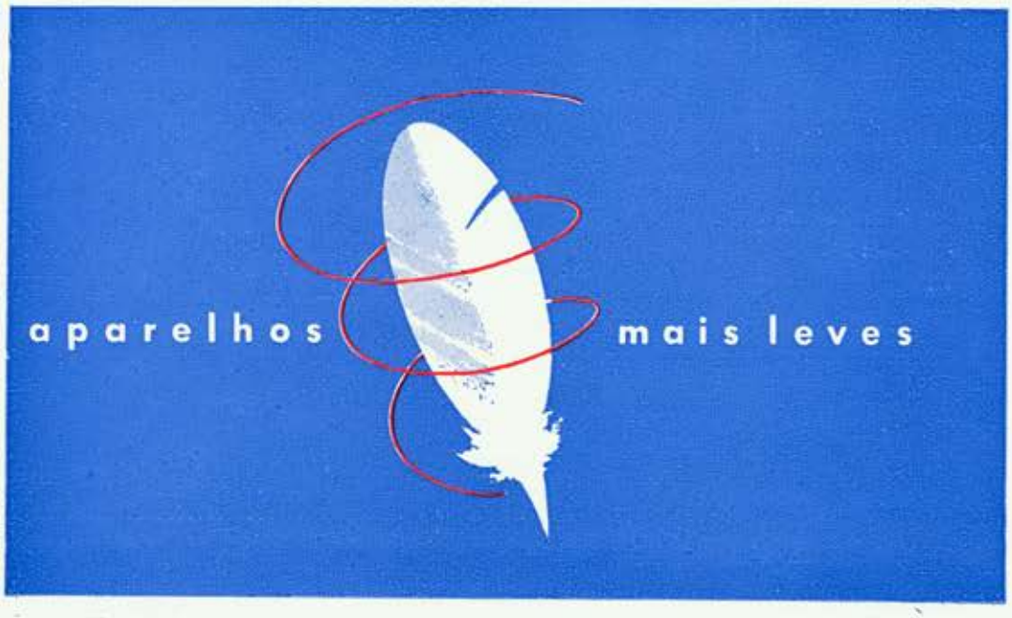
Equipamento elétrico em hospitais — Alfredo Willer 27

FARMÁCIA

Novo processo de administração oral de medicamentos — Efraim Campos .. 35

ESTATÍSTICA

Estatística Econômica, Médico-Social e Cultural das Regiões Ecológicas do Estado de São Paulo — Adriano Taunay Leite Guimarães 36



ATADURAS GESSADAS

"Specialist"

- feitas com gêsso em pasta (não em pó)

É a última palavra em matéria de ataduras gessadas! A pasta de gêsso é cozida por um processo especial sôbre a crinolina cirúrgica! Empregna-se mais gêsso e obtém-se uma atadura de igual espessura de ponta a ponta! Isto possibilita a construção de aparelhos perfeitos, muito resistentes e feitos com um menor número de ataduras! E uma Atadura Gessada "SPECIALIST" alcança completa saturação em apenas 5 segundos!

As Ataduras Gessadas "SPECIALIST" asseguram aparelhos

- **menos volumosos**
- **mais resistentes**
- **mais econômicos**

Fabricadas nos tamanhos:

10 x 3 – 12,5 x 3 – 15 x 3 20 x 4

Johnson & Johnson

BANCO DE SANGUE

Pirogênio — Inimigo n.º 1 dos Bancos de Sangue — Oswaldo Mellone 39

NOTAS DE TÉCNICA

Tabela de dimensões de diversos aparelhos de cozinha 41

NOTÍCIAS DO I P H

X Congresso Internacional de Hospitais, em Lisboa 42
Diretoria do IPH 42
Ano 1956-1957 42
Assembléia Geral Ordinária 42
Campanha de Sangue do Hospital das Clínicas de São Paulo 42

Comissão de Laboratório

Planejamento do laboratório de Análise de um grande hospital — Martinus Pawel 43

Comissão de Terminologia Hospitalar

Organização do Dicionário Luso-Brasileiro de termos hospitalares 47

Comissão de Desinfetantes Químicos

Ata da última reunião 48

Comissão de Estatística

Estudo inicial para estabelecimento de mapa padrão de inquérito hospitalar para análise estatística 48

NOTÍCIAS DO BRASIL

Primeiro Congresso da Associação Médica Brasileira 51
Objetivos, Responsabilidades e Peculiaridades da Assistência Médica Rural; Tipos de Assistência Médica Rural; Assistência curativa; Assistência materno infantil; Assistência hospitalar; Assistência Laboratorial 51
Modalidades de Assistência Médica Rural 51
Condições para promover uma Assistência Médico Rural mais eficiente 51
Diretoria e Comissões do Congresso 52
Temas a serem discutidos 52
Exigências mínimas para um Hospital-Escola 54
VII Mesa-Redonda sôbre problemas médico-administrativos em Campinas .. 54
Hospital-Colonia para recuperação de alcoólatras 54
Construção de Hospital em Brasília 54
Curso normal de administração hospitalar 54
Administração Hospitalar 54
I Curso de Projeto e Organização de Hospitais do Recife 55

PUBLICAÇÕES HOSPITALARES PERIÓDICAS

..... 56

NOTICIÁRIO INTERNACIONAL

Continuação das conclusões do Congressos de Lucerna 57
Seminário Internacional de Arquitetura e de Técnica Hospitalar — Genebra — 1957 58
IV Congresso da Associação de Enfermeiras de Salas de Operação 58

PLANEJAMENTO E CONSTRUÇÃO DE HOSPITAIS GERAIS

Tradução de Jarbas Karman 58
Hospital de 150 leitos (continuação) 29
Hospital de 200 leitos — Hospital para o Distrito Urbano 32
Escola de Enfermagem e Residência 39

Planejamento e Construção

..... 41

O problema 42
O terreno 43
Acessibilidade 43
Serviços Públicos 43
Dados para avaliar e comparar locais destinados a um hospital ou instituição de saúde 44

o médico exige
produtos de absoluta
confiança...

Glicose
Johnson

...impõe-se
pela confiança que inspira!

Solução hipertônica a 25 e 50%
em ampolas de 10 e 20 cm³
Caixas de 5 e 50 ampolas

Johnson & Johnson
AV. DO ESTADO, 5459 - SÃO PAULO

C E Ç Ã O F A R M A C Ê U T I C A

E N G L I S H S U M M A R Y

PSYCHOLOGICAL CARE OF THE NEWBORN — Page 9

Noemy da Silveira Rudolfer

In my opinion, Dr. Margaret Ribble is the person who has most consecrated herself to the study of the psychology of the newborn. Dr. Ribble studied 600 newborns and her conclusions are of the utmost importance to the care given to babies and to the treatment of babies in children's homes and hospitals. She made the following observations. Whenever the delivery is very traumatic for the foetus, the newborns have a tendency to develop neurotic behaviour from birth. Thereby the child assumes states of marasmus, uncontrollable crying, general motor unrest, physiological disturbances, lack of appetite and sleep. The same occurs when the baby is not sufficiently "mothered" which means the absence of affectionate relations between baby and mother. According to the expressions of Margaret Ribble the foetus was like an organ of the maternal organism until the moment of birth. When this intimate union is interrupted by the delivery, mother as well as child must continue in a close communion. The mother needs to do so because it is necessary for her to hold the baby in her arms and to complete herself with the child in the same way as the union between both of them was complete before. It is a necessity for the baby, too, because the child lacks vital autosuffiency and biological and psychological autonomy. The baby is a vitally abandoned creature. Left alone the child would die. In order to secure the survival of the baby, best pediatric and hospital cares alone are therefore insufficient. Today the studies of René Spitz are classical. They dealt with the harmful effects of "hospitalism" on the child. This term expresses: "a vicious condition of the body by prolonged confinement in a hospital or by the morbid atmosphere of a hospital". I shall discuss the pathological aspects of this atmosphere when studying the hospital as an abnormal society, often a pathological one.

In 1760, a Spanish bishop wrote that at the foundling hospital children became increasingly sad until many of them died. Even in the beginning of this century the figures still proved to be alarming in many such institutions. In a children's home in Germany the mortality rate was 71,5% in the first year of life (Apud Spitz). In the States conditions were no better. In 1915, Chapin stated mortality rates of 10 asylums of big American cities. They varied from 31,7% at the end of the first year of life to 75% at the end of the second. In this same year, according to a report of Dr. Knox, 90% of the children in the specialized institutions of Baltimore died before the end of the first year of life. He believed that the other 10% did survive because they had been removed from the hospital environments. On the same occasion, Dr. Shaw called attention to the fact that mortality rate of Randalls Island hospital was 100%! It is possible that the following statement I am going to make be true: Today conditions have improved very much, yet we are not unaware that, even now, in spite of the fact that a greater percentage of survival of children is obtained nowadays in hospitals, children's homes and lying-in hospitals, an "institutional" treatment to which the children are submitted causes disturbances of their personality such as psychotic and neurotic dispositions, mental deliquency and debility. Studies dated as far back as 1933 show how much children under 3 months of age are predisposed to infections on account of this "hospitalism". They illustrate even further how serious psychiatric problems of children older than 8 months are when they are kept in such anomalous surroundings as a children's home or hospital.

All the many studies on the subject prove that these effects which occur in the first year of life are irreversible. Nothing more can correct them. Their deplorable consequence will be the disease of marasmus. Two causes are appointed as responsible for these harmful effects: 1. The lack of mental stimulation which is represented by the highly standardized atmosphere of hospital and children's homes even when hygienic and pediatric cares are perfect; 2. The lack of maternal care. Margaret Ribble gives the example of a child, Bob. In spite of good nourishment and careful attention, the child did not gain weight for two months. With its strange appearance of old age it seemed to be a foetus of seven months. After the child had been submitted to a treatment of tenderness, it improved slowly. The child improved so that it attained normal development at the age of 5 months when it was entrusted to a "volunteer mother" who mothered it.

This example may be mentioned as typical for children bred at first in lying-in hospitals, children's homes or hospitals. That is, in institutions where they are not given maternal or equivalent care, although conditions of sheltering and nursing may be perfect. In his careful research on favorable and unfavorable conditions for infantile development Spitz came to the same conclusion. He compared the rates of development of children bred at home and of those living in institutions such as children's homes and asylums. The first group showed normal development at the end of the first year of life. Those, however, who lived in hospitals etc. presented both physical and mental effects of "hospitalism". His own words are: "Hygiene and precautions against contagion were excellent. In spite of these circumstances, however, after the third month these children were extraordinarily susceptible to infections and diseases of every kind. In the reports of the children, very seldom there was no reference to: otitis, measles, chicken pox, eczemas or intestinal diseases of one kind or another. Figures on general mortality were not given. But during my stay there an epidemic of measles started. In spite of excellent hygienic conditions of the institution and in spite of perfect care and treatment, 23 children under two and a half years old died out of a total number of 88. A comparison of the mortality among 45 children up to one and a half year and that of 43 children from one and a half to two and a half years is remarkable. Generally measles occurred less frequently in the younger group. Nevertheless among the infected children, the mortality of the younger group is greater than that of the older one. In the example of the children in the asylum the mortality of the older ones was much greater. Approximately 13% died of the younger group whereas the mortality of the older one amounted to 40%. The importance of these figures is evident by the following circumstance: mortality by measles only amounted to 0,5% during the first year of life outside the institutions of the community.

Spitz found the same harmful effects on the child in the hospital with regard to the mental development in all aspects: unsufficient speaking, incapacity for walking, for feeding without help and a general incontinence. These results were different from those obtained with children who had been entrusted to maternal care which always proved better. The same results are confirmed when we study the figures obtained by Margaret Ribble in her observation of 600 newborn children There she shows that the part of the mother is indispensable for the physical and psychic balance of the child. "The care given by the mother in maintaining a regular rythm in suckling and elimination, in the movements and general well-being of the child's body, in the basic feelings of orientation and security, all this deriving from the adequate handling and tenderness, is fundamental not only to the emotional and social development of the baby as well as to the physiological control. To repress cruelly the impulses of the baby for obtaining satisfaction generally provokes disorganization and anxiety. It causes states of tension and provokes habits such as: finger sucking, crying constantly, repetitious activities, masturbation. Apparently all these habits are caused in order to alleviate this anxiety and tension in any way".

In the next article I shall discuss more exhaustively the serious contribution of Margaret Ribble's study to the understanding of psychological care for children, also including the consequences which are so important to modern pediatrics.

CLINICAL HOSPITAL OF THE RECIFE UNIVERSITY

page 12

Mário Russo, Architect

Hospital traffic control in the corridors is one of the problems requiring sufficient design foresight to avoid complications which may be difficult to correct later. In actuality, hospitals often have to resort to drastic regulations to avoid the disturbance of hospital services due to visitors obstructing the corridors, even such regulations as curtailing visitors, including close relatives, and stipulating precise visiting schedules. For example, restricting visiting hours to twice a week maximum, and then only in the period of least service activity, allowing the sick person to see his visiting relatives only for a few minutes at a time. Conflicts. misunderstanding and bitterness result from this and similar patterns.

In addition to the hospital services and visitors, let us consider the increase of traffic represented by the influx of students. It is easily seen that the separation of these three types of trafic is a necessity, which once solved can free the hospital operation from serious inconveniences and disturbances.

This problem was studied and a satisfactory solution was found through the vertical separation of the corridor traffic, utilizing the triplex system for the corridors, and the duplex system for the infirmaries and teaching, in such a manner that while separated throughout their length they converge in the end at the infirmary.

In this system, interference, confusion and crossings causing trouble to the hospital service or disturbina to the teaching, will all be avoided, and the patients will not be deprived of the presence of their visitor at any moment.

The independence of the different traffic problems brought beneficial and unforeseen results to the planning, since, free from the hindrance of any other usage, the hospital service trafic solution made the centralization of auxiliary services possible. This permitted the inclusion of certain installations, under feasible economic conditions, which otherwise could not be maintained if due to circulation difficulties it were necessary to multiply and distribute units of doubtful technical efficiency and precarious maintenance in all the infirmaries.

The capacity of the hospital was determined from the aim of offering the instruction of medical and surgical practice This enabled the estimate of a sufficient number of bed units to satisfy the needs of the twenty subjects of the medical course dedicated to the clinics. As the hospital is dedicated to teaching, the number of beds in each clinic should be regulated so as to allow a satisfactory number of observations of varied cases to be made during the school year in each course. This is arranged in such a way that the average stay of the patient becomes the prime factor for the calculation of hospital capacity.

Thus, the infirmary bed was not used as the unit of measurement, but instead the number of observations in the time unit was employed as the model for sizing the infirmaries. Balancing the infirmaries through the system of equal number of monthly observations, it was deduced that the teaching needs would be well atended through the distribution of 436 beds for the various infirmaries of the twenty clinical courses of the Medical College. It is easily understood that the work accomplished in one year by an infirmary with a small numbmer of beds but whose patients require on the average a stay of only a few days, would be equal to the results offered in the same period by an infirmary considerably larger with a different specialty, whose patients require prolonged care for their cure.

However, the instruction will not be restricted to the use of inpatient cases. Besides the infirmaries, outpatient clinics are provided, one for each clinical course, including sufficient installations to treat the sick in the proportion of 80 outpatients for each 20 inpatients.

Architecturally, the Clinical Hospital will be a compromise between the extreme solutions of separated wings and the single block type, maintaining the advantages of both systems without their respective disadvantages.

This architectural structure will cover an area of 11,000 square meters. The length of the largest building, the clinics block, will be 204 meters and will have a height of 40 meters, distributed in eleven floors, of which nine are over a platform. In depth it will reach 180 meters, and the total useful area of all floors will exceed 50,000 square meters, and will require the use of 22,000 cubic meters of concrete.

ELECTRICAL EQUIPMENT IN HOSPITALS

Page 27

Alfredo Willer

No hospital will be well planned unless it is thoroughly equipped electrically.

In order to provide the hospital with the necessary equipment, the designer must know the following:

1. The exact purpose of each fixture;
2. The nature and capacity of the fixtures;
3. The exact location and number of fixtures.

In the present article, which is the first part of a study covering the hospital in its entirety, an attempt was made to give the designer the necessary elements to fulfill the electrical requirements of the Nursing Unit as well as of the Surgical and Obstetrical Departments, which include the following facilities: Nursing Wards and Patients' Rooms, Services and Utilities, Pantry, Nurses' Station, Corridors, Operating Rooms, Delivery Rooms, Recovery Rooms, Labor Rooms, Cystoscopic Room, Central Sterilization, Scrubbing Room.

The following items were discussed: distribution of the lighting fixtures and recommended types of lighting fixtures for each room; place, nature and capacity of the outlets; location of the signaling system, telephones. loudspeakers and all other electrical equipment of a well-equipped hospital.

For ease of reference, the list of equipment required was added to the study of each room.

SOME OTHER CONTENTS OF THIS ISSUE:

— FUNDS FOR HOSPITAL RESEARCH ... 3

— CARE OF THE TUBERCULOUS PATIENT IN THE GENERAL HOSPITAL 5

— THE CHAPLAIN'S ROLES IN THE HOSPITAL 11

— SKIN DESINFECTION FOR SURGERY. CHEMICAL DESINFECTANTS AND SURGICAL INSTRUMENTS: RECENT DEVELOPMENTS. CHEMICAL DESINFECTION OF THE CONTAMINATED PERITONIAL CAVITY. THE VALUE OF QUATERNARY AMONIUM COMPOUNDS 19

— THE FUNCTION OF THE DIETITIAN 21

— SIMPLE METHOD FOR THE DESINFECTION OF VEGETABLES AND CABBAGES 22

— RAPID ISSUING OF LABORATORY TESTS 24

— NEW METHOD FOR ORAL ADMINISTRATION OF DRUGS 35

— PIROGENIUM — ENEMY N.° 1 OF BLOOD BANKS 39

— TABLE OF KITCHEN EQUIPMENT SIZES 41

— PLANNING THE CLINICAL LABORATORY OF A LARGE HOSPITAL 43

EDITORIAL

DR. J. REIS

FUNDOS PARA A PESQUISA HOSPITALAR

Em artigo publicado no último número desta revista, Isadore Rosenfield, conhecido arquiteto consultor hospitalar, referindo-se logo de início ao Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares, e tomando também em consideração as iniciativas do mesmo tipo da Suécia e da Inglaterra, lamenta que nos Estados Unidos ainda se esteja, a tal respeito, no terreno das cogitações. É verdade, salienta êle, que a Associação Norte-Americana de Psiquiatria faz exceção, pois acaba de tomar medidas iniciais neste sentido. Ajunte-se que o Congresso norte-americano, em sua última sessão, autorizou verba de 1.200.000 dólares para pesquisas hospitalares, ao mesmo tempo que a "American Architectural Foundation, Inc.," está levantando fundos para desenvolvimento de pesquisas relativas ao planejamento hospitalar e assuntos correlatos.

Nós, que já possuimos em pleno funcionamento um IPH, com tantos trabalhos de pesquisa original já realizados, como atestam os cinco volumes desta revista, já aparecidos (sabe Deus com que sacrifícios e à custa de quanto idealismo), temos razões de sobra para alegrarmo-nos. O esfôrço feito no Brasil tem muito de pioneirismo, e de bom pioneirismo, uma vez que não se limitou a desfraldar a bandeira da pesquisa hospitalar, conclamando as boas vontades, à espera de que outros a realizassem, mas além de pregar atacou decididamente o problema da investigação, havendo já publicado muitos resultados do mais alto interêsse. Cada número desta revista contém, por isso mesmo, soma cada vez maior de matéria original, da maior utilidade para orientação dos que constróem, planejam e administram hospitais em nosso meio.

Mas pesquisa requer dinheiro. Pode parecer prosáico falar em dinheiro quando ainda há pouco se fazia referência à grande fôrça do idealismo, que anima o IPH e tem permitido o seu desenvolvimento e a conquista, tão honrosa para o Brasil, de uma situação de pioneiro, que os próprios especialistas norte-americanos reconhecem e até invejam. A verdade, porém, é que qualquer pesquisa envolve despesas, que são naturalmente recompensadas de maneira farta pelos próprios resultados da investigação. Para estabelecer as melhores características de uma autoclave, ou um tipo novo de piso condutivo, ou ainda para determinar o fluxo de pessoal em determinada área de hospital, tornam-se precisos uns tantos estudos que exigem o trabalho de especialistas, alguns dêles interessados em problemas médicos, outros em problemas de arquitetura, e ainda outros (para só citar alguns exemplos) interessados nos problemas de "engenharia humana", no estudo dos tempos e movimentos, etc. E depois de feita a pesquisa e conseguidos os resultados, de cuja aplicação decorrem por vêzes tão grandes economias para os que mantêm os hospitais ou para os donos das indústrias que os abastecem e equipam, sem esquecer as indústrias farmacêuticas, surge a necessidade de difundir-lhe os resultados, a fim de que possam beneficiar a todos os interessados. E essa difusão, que se faz especialmente por meio de revistas de alto padrão técnico, como é o caso de "Hospital de Hoje", custa muito caro. Quando o trabalho realizado e em andamento atinge certo volume, já não basta o idealismo de alguns para mantê-lo. O fator material, o apôio financeiro passam a importar grandemente.

As pesquisas realizadas no estrangeiro, em matéria de técnica hospitalar, assentam em sólida base financeira. Recente análise da situação dos hospitais inglêses, comentada por Isadore Rosenfield em seu artigo, teve o apôio da Nuffield Provincial Hospital Trust e da Universidade de Bristol. O excelente estudo sôbre recursos e necessidades hospitalares feito pela Comissão presidida por Thomas S. Gates, para o Comitê de Estudo Hospitalar de Michigan, foi financiado pelo Commonwealth Fund, pela W. K. Kellogg Foundation e pela National Foundation for Infantile Paralysis, sendo o resultado do estudo publicado pela Kellogg Foundation ("Hospital Resources and Needs" 1946). A mesma comissão presidida por Gates (Commission on Hospital Care) publicou depois amplo relatório sôbre a situação hospitalar nos Estados Unidos, livro básico pelas diretrizes técnicas que traça. Além de ter sido apoiada na realização de seu estudo por várias associações, encontrou na boa vontade do Commonwealth Fund a possibilidade de publicar sob forma de livro o relatório que elaborou ("Hospital Care in the United States", 1947).

Dos Estados Unidos anunciam que o Public Health Service fêz nove dotações num total de mais de 360.000 dólares para pesquisa e demonstração sôbre serviços e administração hospitalares, destinadas a várias universidades e a algumas associações profissionais.

Em nosso país o Govêrno Federal nomeou comissão para elaborar anteprojeto de lei orgânica de assistência médico-hospitalar para o Brasil. A comissão, em exíguo prazo, procedeu ao levantamento da situação atual, o qual se ressente naturalmente da escassez de tempo com que contaram seus autores (40 dias), mas não deixa de representar meritório esfôrço que vem mais uma vez demonstrar a gravidade do problema hospitalar em nosso meio. Chama-se por leis orgânicas que disciplinem a instalação e a fiscalização dos hospitais no país, mas não se pode esquecer que nenhuma lei poderá dar resultados úteis se não contar com sólida base de pesquisa para apoiar o planejamento hospitalar, seja no sentido da construção das unidades, de seu equipamento e da definição de sua natureza, seja no sentido do estabelecimento de planos gerais de construção de hospitais tendo em vista as necessidades assistenciais, preventivas e curativas, de todo o país ou de suas regiões.

É por êsse trabalho de pesquisa básica, objetiva, feita sôbre a realidade de nossas condições, que se bate o IPH. Mais do que isto, é nesse trabalho que se empenha decididamente o IPH. Nessa tarefa deve êle ser amparado, tanto pela indústria particular quanto pelo Govêrno. E se já podia esperar tal amparo em seus primeiros tempos, tendo em vista a utilidade da missão que se propunha desempenhar, com muito maior autoridade pode agora reclamar tal auxílio tendo em vista o que efetivamente já realizou e que se acha nítida e incontestàvelmente documentado nos cinco números de "Hospital de Hoje".

Fundos para a pesquisa hospitalar! É êste o grito que lança nêste número "Hospital de Hoje", certo de que não faltarão ouvidos capazes de ouvi-lo e propagá-lo.

ASSISTÊNCIA AO TUBERCULOSO EM HOSPITAL GERAL

ELEANOR E. DRUMMOND, R. N.

1 — A enfermeira recebe a comunicação do resultado da abreugrafia, 24 horas após a admissão do paciente. Ela dirige-se à Rouparia, onde apanha uma sacola com os artigos necessários para o uso imediato, na unidade de isolamento.

Há ocasiões em que hospitais, grandes ou pequenos, especializados ou gerais, se vêm obrigados a cuidar de paciente com tuberculose pulmonar ativa. O verdadeiro diagnóstico do paciente pode ser desconhecido na época da admissão.

Quanto mais tempo o fator desconhecido persistir, tanto mais aumentará o perigo para o pessoal do hospital.

A projeção de filmes do tipo abreugrafia tem contribuido vitalmente para os programas de pesquisa de "casos" nos hospitais. Quando o filme revela o caso ou a suspeita, o desafio à enfermagem é evidente.

Poderá o paciente tuberculoso ser tratado na enfermaria geral? Onde quer que o paciente esteja localizado, haverá medidas de segurança para o pessoal? Estará o pessoal preparado para tomar essas precauções? Compreendem êles, e estão atentos para o procedimento correto? Está o pessoal preparado para reduzir ao mínimo o trauma emocional, que o paciente experimenta por ocasião do diagnóstico? Sente-se o pessoal responsável por êste paciente? Êstes são os principais pontos que desafiam as enfermeiras dum hospital geral, quando se defrontam com a necessidade de cuidar de um paciente tuberculoso.

O "Los Angeles County General Hospital" enfrentou êste desafio. O que realizou pode ser aplicado a outros hospitais com os mesmos bons resultados.

Todos os pacientes, excetuando-se os casos graves de emergência, passam por uma triagem feita com radiografia toráxica de 70 mm por ocasião da admissão. (Os casos de emergência passam pelo Raio X mais tarde).

Mesmo os pacientes que não podem ficar em pé passam pelo Raio X, acomodados em padiolas, especiais para êsse fim. O serviço de Abreugrafia funciona dia e noite e revela o estado do novo paciente, dentro de 24 horas. Quando possível, o paciente com tuberculose pulmonar ativa é transferido para o Hospital de Tuberculosos, nas proximidades.

Se a condição original, que determinou a hospitalização, for mais premente, o paciente fica no hospital geral. Enquanto estiver na enfermaria do hospital geral, êle deve receber os cuidados dentro de uma técnica de isolamento, prática e eficiente.

Uma simplificação da técnica foi necessária, como uma ajuda para evitar o medo que o pessoal muitas vêzes demonstra ao tratar um paciente tuberculoso.

O paciente já sofreu um trauma emocional severo ao conhecer o diagnóstico. Portanto, é muito importante que as atitudes e ações do pessoal não aumentem êsse trauma.

Formou-se um comitê de enfermeiras-chefes e instrutoras, de áreas representativas para desenvolver a nova técnica. Depois de esquematizar o processo, considerando os recursos físicos e organização do pessoal, o comitê apresentou o primeiro rascunho do processo durante a reunião mensal das enfermeiras-chefes, para sugestões.

Tôdas as sugestões, que obedeciam os princípios básicos da técnica utilizada para doenças contagiosas, foram incorporadas ao processo.

O comitê, então, recomendou à Administração que esta técnica fosse adotada em tôdas as enfermarias do hospital geral, como norma para todo o pessoal do hospital. Foi concedida aprovação.

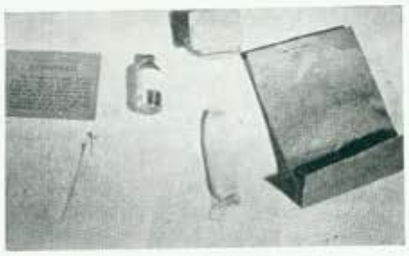
O próximo passo, foi a sua publicação e inclusão em todos os manuais de técnica de enfermagem do hospital. Uma vez que há centenas de enfermeiras, foram estabelecidos planos para apresentar a nova técnica da maneira mais rápida e eficiente. A enfermeira do Hospital de Tuberculosos realçou o valor de uma apresentação pictórica para a nova técnica. Com a ajuda e fundos do "Health educator" do Hospital, e da Associação Local de Tuberculose e Saúde, foram tiradas fotografias.

Estas foram primeiramente exibidas às enfermeiras supervisoras de todos os serviços. Foram então realizadas reuniões no auditório do Hospital para todo o corpo de enfermeiras, às quais cada turno assistiu durante as horas de serviço. O turno da noite assistiu ao seu programa nas primeiras horas da manhã. Decorreram sòmente 3 semanas para que todo o pessoal de enfermagem, em número superior a 800, assistisse ao programa de uma hora.

Para início de programa, foi exibido o filme da Associação de Tuberculose e Saúde. Isto proporcionou "O lado de dentro da história", permitindo boa recordação para o pessoal sôbre o que é a tuberculose, os tratamentos básicos e problemas de saúde pública, relacionados à doença. A técnica foi elucidada através das fotografias, relacionando as mesmas ao processo de 4 páginas agora contido no manual. Foi dado bastante tempo para perguntas e explicações de detalhes.

Todo êste projeto, desde o começo até a apresentação da técnica terminada, constituiu uma experiência de completa cooperação entre serviço de enfermagem e educação de enfermagem.

Tradução autorizada: Gentileza de Hospital Topics — Setembro 1956.



2 — O conteúdo da sacola é: lenços de papel, escarradeira com respectivo revestimento de papel, loção para mãos, e máscara de papel. A enfermeira ensina, em seguida, ao paciente como usar êste material simples. O paciente pode fazer muito para a proteção dos outros. É importante obter cedo o interêsse do paciente e desenvolver boa relação enfermeira-paciente.

A máscara de papel é usada pelo paciente durante cuidados de enfermagem prolongados ou quando êle estiver sendo transportado para outro lugar. Os lenços de papel são alfinetados na cama e servem para cobrir o nariz e boca ao espirrar e tossir. A loção para as mãos contém 50% de alcool isopropílico e deve ser aplicada pelo paciente após usar os lenços de papel, pois é efetiva contra o bacilo da tuberculose.

O saco de papel é alfinetado ao colchão para servir de receptáculo para lenços usados e demais materiais.

3 — A enfermeira coloca o aviso no quarto ocupado pelo doente.

7 — A enfermeira lava as mãos antes de por a roupa de proteção.

4 — O quarto deverá ser privativo, com banheiro e água corrente, sempre que possível. Na mesa à direita estão mais lenços de papel, sacos de papel, máscaras de papel, serragem para a escarradeira e um termômetro. Na pia, encontram-se toalhas de papel, sabão em barra, pauzinho de laranjeira, e loção para as mãos do pessoal. É essencial que o quarto não esteja atulhado.

8 — Ela apanha a máscara com a pinça. As pinças são usadas como precaução extra, para evitar que mãos sujas entrem no tambor de máscaras limpas, não obstante o pessoal ser instruído a lavar as mãos antes de vestir a roupa de proteção.

5 — Os artigos à mão ajudam o paciente a proteger os outros. Os lenços e o saco para depósito devem estar bem perto do paciente. A loção para as mãos, escarradeira e máscara de papel estão na mesa de cabeceira.

6 — A mesa fora do quarto é para a roupa de proteção, usada pelo pessoal. Há aventais, máscaras de gaze autoclavadas e pinças limpas.

9 — Quando o avental é colocado, as tiras da cintura são atravessadas nas costas e amarradas na frente.

10 — A enfermeira usa a roupa de proteção e máscara junto ao leito, no caso de contato direto e prolongado com o paciente, não sendo necessários para sòmente servir a dieta ou administrar medicamentos via bucal. A capacidade de discernimento deverá ser desenvolvida entre o pessoal. Nenhuma norma poderá responder a tôdas as questões. A capa inteiriça usada em alguns hospitais de tuberculosos não o é no "Los Angeles Country General Hospital" pois o contato não é limitado aos pacientes tuberculosos. A touca é removida para simplificar a colocação da máscara de gaze.

11 — Ao remover o avental, as tiras da cintura são desamarradas. Após lavar as mãos, é retirada a máscara e o avental. Ênfase particular é dada à lavagem das mãos, e isto pode ser feito apenas com sabão e água corrente, **nunca** numa bacia para mãos. Para outra técnica de lavar-mãos recomendada para a prevenção de infecção cruzada nas enfermarias, ler "Scrubbing with phisoderm as Applied to a Maternity Hospital", por Reid, Walter e Buck, "Surgery, Gynecology and Obstetrics". Na mesa estão os artigos para serem retirados do quarto do paciente e desinfetados. O hospital usa pratos de papel em tôdas as enfermarias; êstes são embrulhados e colocados no saco de papel. Os restos de comida sólidos são embrulhados e colocados no saco. Os restos líquidos são despejados na toilete. Os outros conteúdos são os lenços de papel e a escarradeira embrulhada. A extremidade do saco de papel é também torcida para evitar que o conteúdo se esparrame. Os outros artigos são levados e prontos para serem autoclavados.

12 — O próximo passo é descartar-se do avental e máscara.

13 — A enfermeira leva os artigos para a autoclave da Sala de Tratamento da Unidade. Ela usa um protetor de papel para abrir a porta porque suas mãos não estão limpas.

14 — O material usado alijável é descartado. O pessoal é ensinado a dispôr do material da maneira mais segura e rápida. O que pode ser queimado é queimado. Os objetos reutilizáveis são submetidos a esterilização final. (Vapor saturado é disponível em tôdas as enfermarias no Los Angeles Country. Água fervendo poderia ser usada na falta do vapor). Os artigos termolabeis e os não contaminados com sangue ou pelos lenços de papel, são desinfetados com álcool a 70% ou amoryl a 2%.

15 — A enfermeira lava as mãos novamente antes de lidar com outros pacientes, e depois de lidar com os artigos contaminados. A frequente lavagem das mãos é a pedra básica da boa técnica de doenças contagiosas e sua eficiência é aumentada pelo uso repetido de detergentes, contendo hexaclorofenol.

16 — Nas áreas onde não existem quartos privativos, o paciente é isolado por biombo. Isto serve para lembrar o pessoal e o paciente da necessidade de precauções. A educação do paciente para proteger os outros é um meio efetivo para limitar a dispersão das bactérias. Deve ser observado o espaço mínimo de 1.80 m entre pacientes. A enfermeira continua com seu uniforme mesmo fóra da unidade.

17 — No serviço de pediatria, o paciente é muito pequeno ainda para ser instruido como proteger outros. Outrossim, a segurança do paciente exige que nenhum objeto seja deixado junto à cama. Outras medidas adicionais serão necessárias para enfermarias de detentos e unidades de psicopatas. É importante considerar primeiro os princípios básicos da técnica de moléstias contagiosas para depois adaptá-los ao ambiente físico e práticas usuais do hospital. Quando uma técnica é desenvolvida ou mudada, pronto adestramento do pessoal é necessário. Supervisão contínua é essencial para assegurar boa assistência ao paciente e segurança a todo pessoal. Boa assistência naturalmente requer amplos cuidados de enfermagem e aceitação do paciente com sua moléstia contagiosa e problemas que a ela se associam.

AO I P H

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

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

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

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

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

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 Centro Cirúrgico	[ ]	**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** .....

PROF. NOEMY DA SILVEIRA RUDOLFER

CUIDADOS PSICOLÓGICOS AO LACTENTE

Quem mais se tem ocupado da psicologia de recém-nascidos é, a meu ver, a Dra. Margaret Ribble. M. Ribble estudou 600 recém -nascidos e suas conclusões são de importância capital não só no tocante à maneira mais frutífera de cuidar de criancinhas como, mesmo, ao tratamento que se deve dispensar a lactentes nas creches e hospitais. Observou ela que, quando o parto foi muito traumatizante para o feto, o recém-nascido propende a desenvolver, desde o nascimento, comportamentos neurotiformes, sob a forma de estados de marasmo, de chôro incontrolável, de inquietação motora geral, de perturbações fisiológicas, de inapetência, insônia. O mesmo se dá se a criancinha não fôr suficientemente "maternizada". Isto quer dizer, se ela não mantiver bôas relações com a mãe. Até o momento de nascer, o feto era, na expressão de Margaret Ribble — como que um órgão do organismo materno. Rompendo-se essa íntima simbiose, com o parto, tanto a mãe como o filho precisam continuar em estreita comunhão. Aquela, pela necessidade que tem de conter o filho nos braços para completar-se nêle, como completa foi antes a união entre ambos. E êste, porque ainda não está preparado para a auto-suficiência vital e para autonomia biológica e psicológica. É um ser vitalmente desamparado. Deixado a si mesmo, morrerá. Não bastam, porém, os melhores cuidados pediátricos e hospitalares para garantia de sua sobrevivência. São hoje clássicos, os estudos que René Spitz realizou sôbre os danosos efeitos do "hospitalismo" no tocante à criancinha. O termo designa "uma condição viciada do corpo pelo confinamento prolongado em hospital ou pela mórbida condição da atmosfera de um hospital". Sôbre os aspectos patológicos de tal atmosfera, falarei muito pròximamente aqui quando estudar o hospital como uma sociedade anormal, muitas vêzes patológica.

Em 1760, escrevia um bispo espanhol que, na Casa de Expostos, a criança vai ficando triste até o ponto de muitas delas morrerem em virtude dessa tristeza. E tais cifras se apresentam ainda assustadoras no início do século em muitas instituições congêneres. Numa delas, na Alemanha, um asilo, a taxa de mortalidade era nada menos que de 71,5%, no primeiro ano de vida. (Apud Spitz). As coisas não iam melhor nos Estados Unidos, onde Chapin enumerava taxas de mortalidade que variavam entre 31,7% no fim do primeiro ano de vida, para 75% no fim do segundo, em dez asilos de grandes cidades norte-americanas, em 1915 (1). Nêsse mesmo ano, o Dr. Knox de Baltimore relatava que, nas instituições especializadas da cidade, 90% das criancinhas morriam até o fim do primeiro ano de vida. Êle acreditava que as 10% restantes sobreviviam porque eram retiradas do ambiente hospitalar. Nessa mesma ocasião, o Dr. Shaw chamava a atenção para o fato de que o índice de mortalidade no Randalls Island Hospital era de 100%! É bem provável que a afirmação que vou fazer em seguida seja verdadeira: hoje, as condições melhoraram muito, entretanto, não ignoramos que mesmo que possamos hoje garantir maior índice de sobrevivência de crianças em hospitais, creches e maternidades, o tratamento institucional a que são submetidas as conduz a distúrbios de personalidade, tais como disposições psicóticas, neuróticas, de delinquência e de debilidade mental. São estudos que datam de 1933 (1) que mostram quão predispostas a infecções são as criancinhas abaixo de três mêses de idade por efeito do "hospitalismo" e quão severos são os problemas psiquiátricos das de mais de oito meses, quando mantidas num clima tão anômalo quanto o de uma creche ou de um hospital. Os inúmeros estudos realizados provam que tais efeitos, quando sucedidos no primeiro ano de vida, são irreversíveis: nada mais poderá corrigí-los. E a **enfermidade do marasmo** será a consequência lamentável. Duas causas são relatadas como as que determinam efeitos tão danosos: primeiro, a falta de estimulação mental oferecida pela atmosfera altamente estandardizada de hospitais e creches, mesmo quando os cuidados higiênicos e pediátricos são perfeitos; segundo, a ausência do cuidado materno. Margaret Ribble apresenta o caso de uma criança, Bob, que, mau grado a cuidadosa atenção e a bôa alimentação que lhe eram administradas na maternidade em que permanecia sem a mãe, manteve dois mêses o mesmo pêso. Parecia um feto de sete mêses, com sua estranha aparência de velhice. Submetido então a um tratamento de carinho, melhorou lentamente, melhora que se acentuou tanto que chegou a desenvolvimento normal aos cinco mêses, quando foi entregue aos cuidados de uma "mãe voluntária" que o "maternizou".

Êste caso convem ser citado como o típico de criancinhas cujo primeiro desenvolvimento ocorra em maternidades, creches ou hospitais em que, ainda que sejam perfeitas as condições de abrigo e hospitalização, elas não recebam cuidados maternos ou equivalentes. Isso mesmo verificou Spitz em sua cuidadosa investigação sôbre as condições favoráveis e desfavoráveis ao desenvolvimento infantil, quando comparava os quocientes de desenvolvimento de criancinhas criadas em lares e daquelas que viviam em instituições como creches e asilos. Enquanto as primeiras se apresentavam com desenvolvimento normal no fim do primeiro ano de vida, as hospitalizadas ou obrigadas em asilos apresentavam os efeitos do "hospitalismo", tanto física como mentalmente. São suas palavras: "A despeito do fato de que eram impecáveis a higiêne e as precauções contra contágio, essas crianças mostravam, a partir do terceiro mês, extrema suscetibilidade a infecções e enfermidades de qualquer espécie. Era muito raro que uma criança não apresentasse em sua história de vida referência a otite média, sarampo, catapora, eczema ou doenças intestinais de uma ou outra espécie. Não se forneceram dados sôbre a mortalidade geral. Mas durante minha permanência houve uma epidemia de sarampo e apesar

das excelentes condições higiênicas da instituição e dos perfeitos cuidados no tratamento, das 88 crianças de menos de dois anos e meio, 23 morreram. É notável comparar a mortalidade entre as 45 crianças até um ano e meio e a das 43 crianças de um ano e meio a dois e meio: geralmente, a **incidência** de sarampo é mais baixa no grupo mais jovem, mas entre os infectados a mortalidade é maior entre os mais jovens que entre os mais velhos; no caso das crianças asiladas, a mortalidade foi muito maior entre as mais velhinhas. No grupo mais jovem, morreram aproximadamente 13%; no mais velho, 40%. A significância dêstes números se torna aparente quando verificamos que a mortalidade por efeito de sarampo durante o primeiro ano de vida, na comunidade em questão, fora da instituição, foi de menos de meio por cento (0,5%).

Os mesmos efeitos danosos, na criança asilada, Spitz verificou no tocante ao desenvolvimento mental, em tôdas as esferas: linguagem deficiente, incapacidade de andar, incapacidade de alimentar-se só, geral incontinência. Tais resultados contrastavam singularmente com os de crianças entregues ao cuidado materno, sempre superiores.

E tais resultados se confirmam quando se estudam aqueles obtidos por Margaret Ribble em seu estudo dos 600 recém-nascidos (2) onde ela mostra que é insubstituivel o papel da mãe para equilíbrio psíquico e físico da criancinha. "O papel da mãe em manter um rítmo ordenado no sugar, em eliminar, no movimento e confôrto geral do corpo, nos sentimentos básicos de orientação e segurança, tudo isso decorrente do manuseamento e acarinhamento adequados, é fundamental tanto para o desenvolvimento emocional e social (das criancinhas) como para o contrôle fisiológico. A repressão cruel dos impulsos de obtenção de prazer por parte do bebé produz regularmente desorganização e ansiedade ou estados de tensão com a formação consequente de tais hábitos como sugar o dedo, chôro persistente, atividades repetitivas, masturbação, tudo isso, na aparência, para aliviar esta ansiedade e esta tensão de alguma maneira".

No artigo seguinte, tratarei mais detidamente da séria contribuição que Margaret Ribble veiu trazer com seu estudo à compreensão do cuidado psicológico de criancinhas, inclusive com consequências tão importantes para a moderna pediatria.

BIBLIOGRAFIA CITADA:

1) SPITZ, RENÉ — Hospitalism. The Psychoanalytic Study of the Child, vol. I, pág. 53. New York: International Universities Press, 1945.

2) RIBBLE, MARGARET — Infantile Experience in Relation to Personality Development. In Personality and the Behavior Disorders, ed. por J. McV. Hunt, New York: The Ronald Press Co 1944, Vol. II, pág. 621.

3) RIBBLE, MARGARET — Derechos del Niño (trad.) Buenos Aires. Editorial Nova, 1954. Pp 198.

"DAY HOSPITAL" E O TRATAMENTO MODERNO DAS DOENÇAS MENTAIS

Continuação do número anterior.

O PLANO OLDHAM

Em Oldham, Lancashire, cuja população é de 120.340 habitantes, isto tem sido conseguido. O Comitê de Saúde e o Comitê de Administração, que controlam o Centro de Psiquiatria em Oldham, e o "District General Hospital" concordaram com um plano de coordenação, que vigora desde 1950.

A equipe de assistentes sociais no departamento de sanidade mental, que está sob o contrôle do Medical Office of Health, realiza, também, o trabalho social relacionado com pacientes de Oldham, admitidos ao centro de psiquiatria. A equipe compreende um psicanalista e visitadores sociais especializados, que agem, também, como funcionários devidamente autorizados. O psiquiatra-consultor realiza uma conferência semanal com êstes funcionários, e ai são discutidos os problemas e iniciado o trabalho. O Comitê Hospitalar criou e ampliou a clínica de visitas de psiquiatria e selecionou casos, que podem ser admitidos ao Centro Day Hospital.

Um visitador social fica de plantão durante as 24 horas do dia, e atende imediatamente a qualquer chamado que receba, e que pode vir de um clínico geral, de um policial, de vizinhos ou parentes. O doente é visitado e o problema avaliado. Êste pode ser resolvido por simples conselho ou por referência a outro departamento. Se não fôr necessária ação imediata, o caso é então relatado ao psiquiatra-consultor na conferência semanal. Êle pode aconselhar sôbre a entrada do doente no hospital, o comparecimento à clínica de visita, ou solicitar mais informações relacionadas ao mesmo. Pode achar necessário visitá-lo em seu lar, quando estiver acompanhado pelo visitador social de doenças mentais. O clínico do doente é sempre mantido informado e é êle quem dá o consentimento para qualquer tratamento sugerido. Os casos de pacientes, que receberam alta, são, também, discutidos nesta conferência. Em muitos dêsses casos, o relatório do psicanalista é muito valioso, especialmente se for necessário à mudança de emprêgo.

Quando se verifica um caso urgente, deve ser tratada, então, a remoção do doente para um hospital, mas isto só será feito como último recurso. Se o paciente puder expressar vontade de ser tratado, êle é admitido como um doente voluntário mas, caso contrário deve ser então internado por ordem do visitador social, que age, então, na qualidade de funcionário devidamente autorizado.

Existe ainda cooperação quando da visita do psicanalista e do assistente social à clínica de visitas e ao centro de psiquiatria, e fazem terapia em grupo ou ocupacional.

O Plano Oldham resultou num número reduzido de entradas em hospitais, na alta mais cedo e na eliminação da lista de espera. Verifica-se uma rápida substituição de pacientes e o problema da longa permanência foi reduzido a um mínimo. Registram-se economias, quando o número de pessoal não é duplicado.

O doente mental não pertence mais à legião perdida. O estigma relacionado ao distúrbio mental está ràpidamente desaparecendo. Os pacientes estão procurando tratamento mais cedo e o número dos que entram para o hospital como "voluntários" tem aumentado consideràvelmente e pouquíssimos necessitam de "mandado".

Há ainda campo para progresso ulterior. As disposições para "assistência a domicílio" exigem expansão e coordenação. Quando isto for conseguido, todos se beneficiarão, mas o maior beneficiado será o paciente.

O PAPEL DO CAPELÃO NO HOSPITAL

REV. EDWARD C. TURNER
TRADUÇÃO PE. LYDIO MILANI M. I.

O homem é fundamentalmente religioso, quer êle seja cônscio do fato, quer não. O indivíduo que se julga auto-suficiente, ao passar longas horas de inatividade num leito de hospital, será levado a pensar em muitas coisas, que foram deixadas à parte durante os atarefados dias de sua vida normal. No hospital êle descobrirá, quiçá pela primeira vez, que há problemas que não pode resolver sòzinho. O medo, a incerteza, o ambiente estranho que o cerca e a inatividade trazem-lhe ao espírito êstes problemas.

ORIENTAÇÃO E ASSISTÊNCIA RELIGIOSA

O principal escopo do capelão, numa equipe de saúde, é levar tranquilidade ao doente aflito, acalmar o que tem medo, dar confiança ao tímido, afeição compreensiva ao que necessita de amizade.

Como o Capelão desempenhará o seu mìnistério junto ao doente? Deveria estabelecer-se que o capelão faz parte do pessoal hospitalar, e como tal dependeria ùnicamente do administrador. Se os diretores do hospital julgarem que o capelão faz parte da equipe de saúde permanente, então êles deveriam elevar a sua posição, fazendo-o oficialmente membro do pessoal hospitalar.

O capelão procura aproximar-se de cada doente durante os dois primeros dias de hospitalização. Investiga, mediante o registro de internação, qual a religião do paciente, qual o nome do seu ministro religioso, se êste mora numa comunidade próxima e se sabe ou não da internação do enfermo. Na sua primeira breve visita, o capelão apresenta-se e pergunta ao paciente se há necessidade de ajudá-lo em alguma coisa, e na mesma ocasião lhe diz que o incluirá nas suas orações. Mesmo o doente que não reza há muitos anos não se recusará a uma breve oração como, o Pae Nosso.

Se os médicos e enfermeiros têm confiança no capelão como indivíduo, êles o farão ciente de certas particularidades dos doentes, que poderão ajudá-lo no seu ministério. Será de grande valia auxiliar o capelão, informando-o das dificuldades físicas do doente e da sua vida familiar; assim poderá guiar mais fàcilmente o enfermo com relação a tais problemas.

Todo o indivíduo gosta de manifestar o que sente. Conversando com o capelão, o paciente pode aliviar-se de tensões e sentimentos, que estariam interferindo no seu restabelecimento físico. É dever do capelão, no caso, ser bom ouvinte e tentar responder aos problemas do paciente.

A maioria das pessôas necessita de alguém a quem confiar os próprios aborrecimentos. Para o Católico Romano, não há nisto dificuldade, porque já está acostumado a fazer uso dos sacramentos da Confissão e da Sagrada Comunhão. Para o paciente Protestante o problema é diverso. Se êle não tem o pastor para ajudá-lo, o capelão será o seu confidente. Êle assegura ao paciente que pode descarregar-se de todos os seus temores e omissões dos seus deveres para com Deus através do seu ministério. O capelão compreensivo quer ajudar o enfermo como êle mesmo gostaria de ser ajudado. O que o doente lhe confia não será dito à ninguém. A confissão pode ser feita da maneira mais simples com o capelão, que dará a absolvição e a bênção de Deus.

O capelão insiste para que os pacientes de outras seitas religiosas solicitem os próprios ministros para os respectivos ofícios religiosos. Por causa das diversas crenças, o capelão não pode fazer um convite geral a todos a fim de assegurar-se a responsabilidade na administração dos Sacramentos.

RESPONDER QUESTÕES REFERENTES AO HOSPITAL

Um outro dever do capelão é responder às perguntas que os pacientes habitualmente não teriam coragem de fazer aos médicos e enfermeiros como, por exemplo, acerca do sofrimento no tratamento, dos casos de morte e do custo da hospitalização. Os doentes, às vêzes, preocupam-se muito com a conta e o capelão pode esclarecê-los, explicando-lhes o grande número de pessôas que é necessário para dirigir um hospital bem aparelhado, como é caro o equipamento e quanto encareceu o preço dos alimentos. Se o capelão fôr membro da equipe hospitalar, poderá responder a tais questões em geral, sem muitos detalhes.

SELECIONAR MATERIAL DE LEITURA

O capelão deve ser o censor da literatura religiosa, que é distribuida no hospital. Parte dela, indiscutìvelmente, é desaconselhável aos doentes.

AJUDAR A FAMÍLIA

O capelão poderia, também, ajudar a família, no que fôr necessário para o funeral. Deve ser compreensivo, não porém sentimental. Muitas vêzes estive com famílias, que sabiam que o desenlace de um dos seus entes queridos seria inevitável, mas não tinham coragem para enfrentar a situação sòzinhos.

Em última análise, o capelão é o oficial das relações públicas do hospital. Nos tempos atuais, em que há inversão de valores e malbarato de fôrças, faz-se necessário o trabalho em equipe, caso contrário nenhuma pessôa ou grupo poderá servir o homem em tôdas as suas necessidades.

B. N. S. Hospitals, Novembro 1953.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA CIDADE UNIVERSITÁRIA DO RECIFE

MÁRIO RUSSO, Arquiteto

O planejamento do Hospital de Clínicas da Cidade Universitária do Recife requereu um estudo prévio considerável, pela finalidade especial que se tem em vista. Era necessária a definição exata das funções a serem preenchidas pelo mesmo, integrando-se no conjunto destinado ao ensino médico. Por êsse motivo, seu plano deveria, ao contrário do que poderia parecer, divergir do que caracteriza o padrão normal de um Hospital Geral, que realiza a assistência ao enfermo, pela assistência apenas. No Hospital de Clínicas, além do interêsse representado pela assistência, acrescenta-se a ministração do ensino, que, devendo ser feita da melhor forma, terá que sê-lo sem acarretar restrições à primeira, mesmo porque, a própria qualidade superior da assistência ministrada, representa em si, uma necessidade de ensino.

A natureza das dificuldades, que foram resolvidas, pode ser bem entendida, considerando-se uma simples particularidade de técnica de construção. É sabido que uma das dificuldades de um hospital consiste na regularização do transito em seus corredores, acontecendo que a falta de previsão adequada no planejamento pode acarretar entraves dificilmente removíveis. Em muitos casos, para evitar a perturbação dos serviços, pela obstrução dos corredores, por parte de visitantes, tem-se chegado a recorrer a regulamentos draconianos, constrangedores, até mesmo pouco humanos, como seja a proibição de visitantes, mesmo parentes próximos, prescrevendo-se horários, destinando-se um, quando muito dois dias na semana, quando, e sòmente em horas de menor atividade dos serviços, pode o enfermo se avistar por breves minutos, com os seus. Dêsse e de semelhantes regimes decorrem, com frequência, incompreensões, amarguras, quando não conflitos.

Se, agora, considerarmos, além dos serviços e visitantes, o acréscimo de tráfego representado pelo afluxo de estudantes, torna-se fácil perceber que a separação dêstes três tipos de trânsito apresentou-se como uma necessidade, e que, sem solução, o funcionamento do Hospital jamais poderia se fazer isento de graves inconvenientes e perturbações.

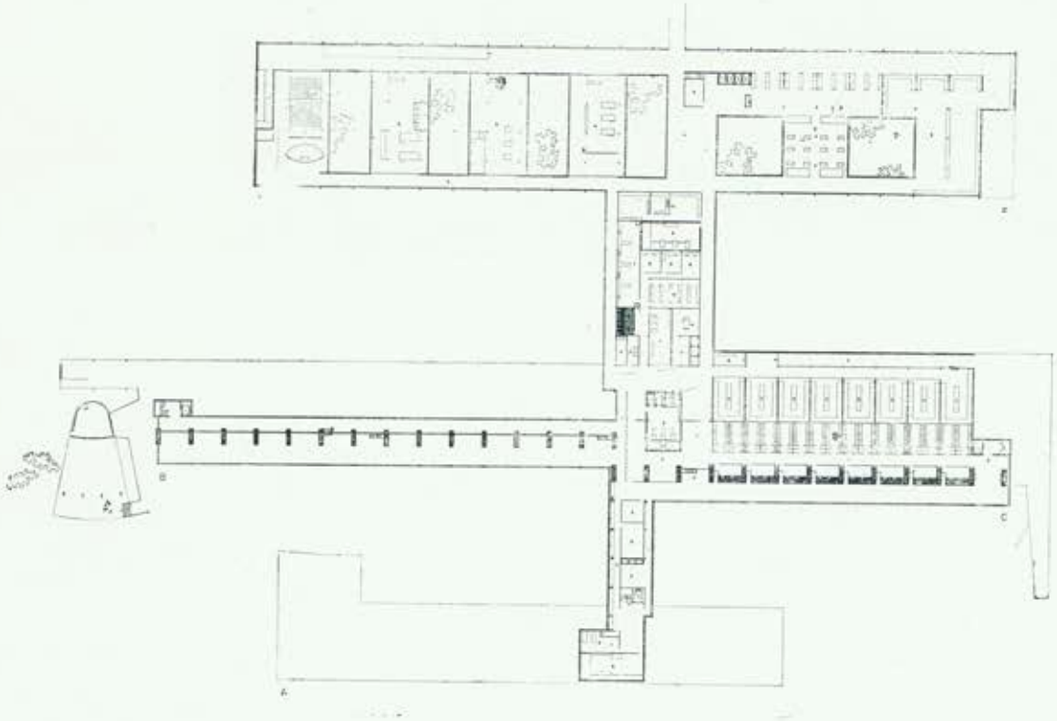
Foi estudado o problema e encontrou-se uma solução satisfatória, mediante a separação vertical dos tráfegos, pela utilização do sistema triplice para os corredores, e duplex para as enfermarias e ensino, de maneira que, separados em todo o percurso, confluem em seu termo à enfermaria.

Desta maneira, nunca haverá mistura, confusão ou interferência, prejudiciais ao serviço, perturbadoras do ensino, nem os pacientes serão privados do confôrto da presença dos seus a qualquer hora.

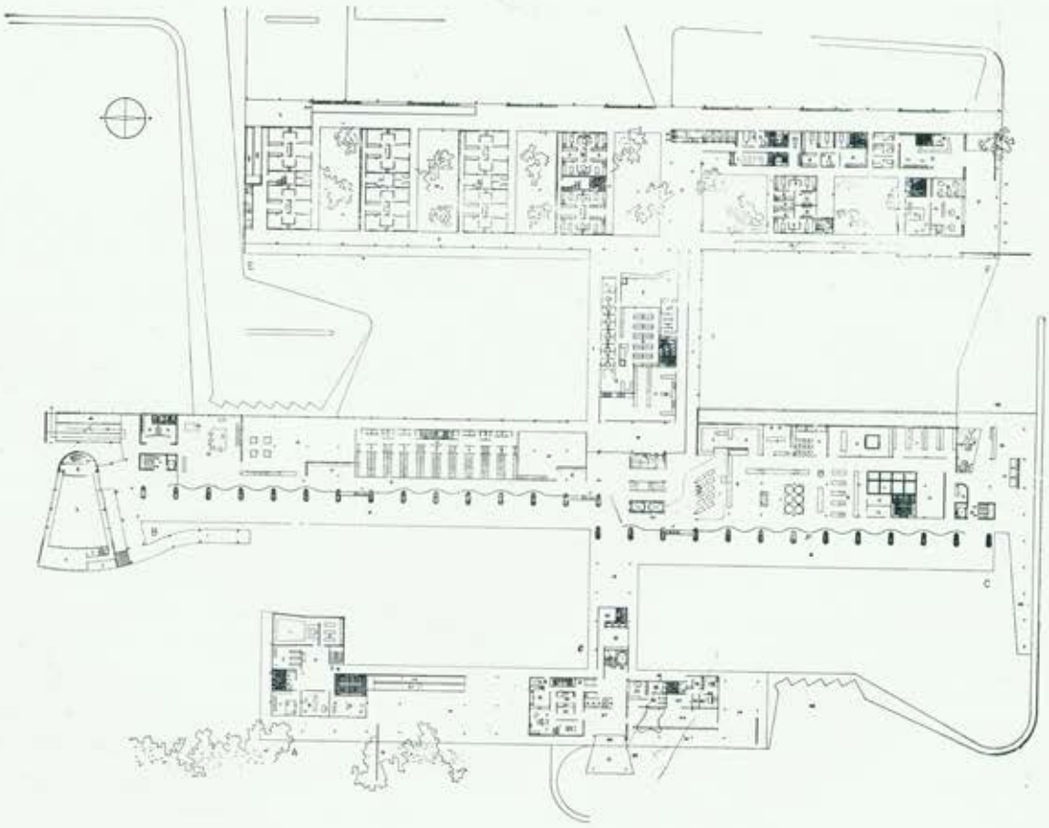
A independência dos tráfegos trouxe desde logo consequências imprevistas e benéficas para o planejamento, visto que, libertado de qualquer estôrvo de outra serventia, o trânsito de serviço tornou possível a centralização dos serviços auxiliares, permitindo a previsão, em condições econômicas viáveis, de instalações que jamais poderiam ser mantidas, se, pela dificuldade da circulação, houvesse necessidade de distribuir-se e multiplicar-se, em tôdas as enfermarias, unidades de duvidosa eficiência técnica e manutenção.

A finalidade representada pela ministração do ensino da prática médica e cirúrgica condicionou a capacidade do Hospital, permitindo a previsão de um número adequado de leitos, atendendo-se às necessidades das vinte cátedras do curso médico, dedicadas às clínicas. Sendo o hospital destinado ao ensino, o número de leitos em cada clínica deve ser regulado de maneira a permitir a realização de um número satisfatório de observações de casos variados, durante o ano letivo, em cada disciplina, de modo que a permanência média do paciente, em cada especialidade, assume a função de fator principal para o cálculo da capacidade. Desta forma, não foi o leito na enfermaria tomado como unidade de medida, mas o número de observações na unidade de tempo é que serviu de módulo para o proporcionamento das enfermarias. Igualando-se, assim, as enfermarias no critério de número igual de observações por mês, deduziu-se que as necessidades do ensino ficaram largamente atendidas, pela distribuição de 436 leitos pelas diversas enfermarias das 20 cadeiras de clínica, da Faculdade de Medicina. Compreende-se fàcilmente que o trabalho realizado em um ano, por uma enfermaria com pequeno número de leitos, mas cujos pacientes requeiram em média uma permanência de poucos dias, será igual ao prestado no mesmo tempo por uma enfermaria bem maior,

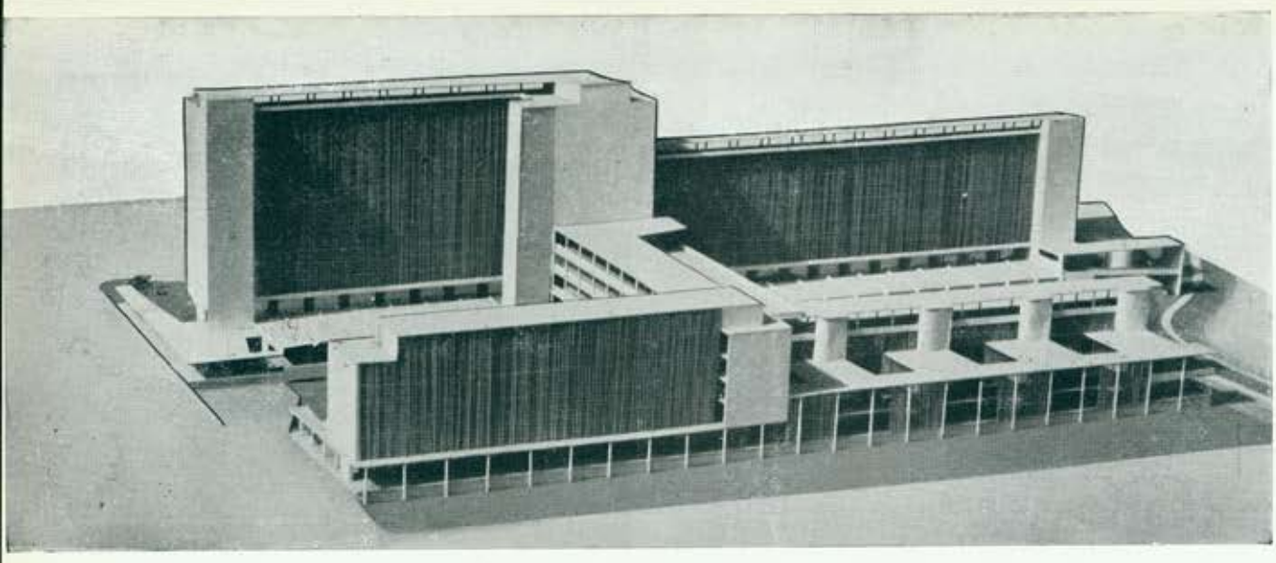
PROJETO

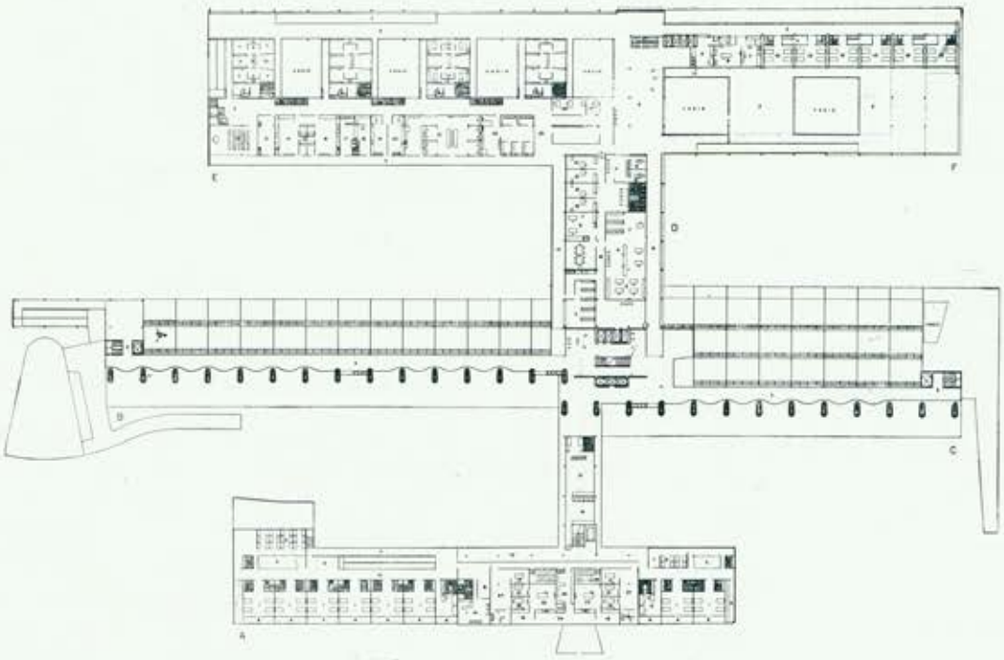


SUBSOLO



1.º PAVIMENTO





2.º PAVIMENTO

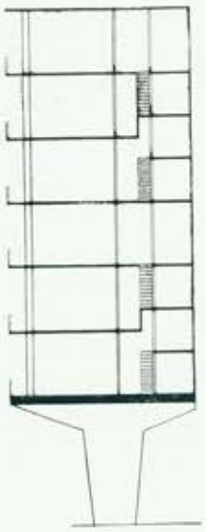
de outra especialidade, cujos pacientes necessitem internamento prolongado para atingirem a cura. Mas o ensino não ficará restrito à utilização dos casos internados. Além das enfermarias, foram previstos ambulatórios em número correspondente ao das clínicas, sendo previstas instalações tais, que poderão ser atendidos enfêrmos na proporção de 80 de ambulatório, para cada 20 pacientes internados.

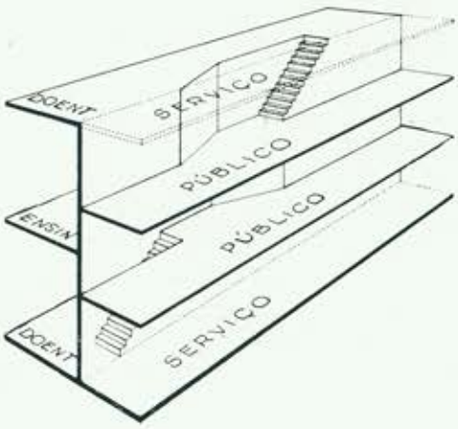
Os ambulatórios, para onde serão os enfermos encaminhados pelo serviço de triagem, serão também manancial, onde cada professor fará a escolha dos casos que requeiram internamento para que possam receber os tratamentos apropriados.

Um serviço recebeu tratamento especialmente carinhoso. Trata-se da Maternidade. Cogitou-se, por motivo de óbvia conveniência, destacá-la do conjunto das outras enfermarias, dotá-la de serviços próprios de triagem, ambulatórios, enfermarias, centro operatório, independentes e afastados dos demais, de maneira a subtrair a gestante e a puérpera, que de fato não são enfermas, à influência depressora da proximidade dos que padecem dos mais diversos males.

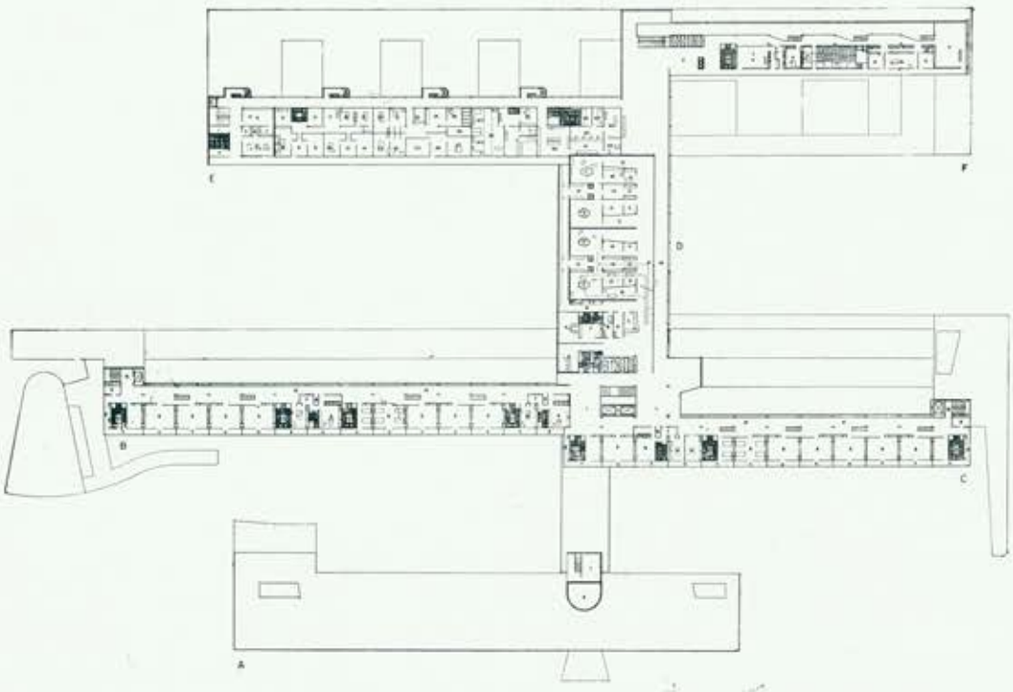
Não foi esquecida a necessidade de um serviço de Pronto Socorro, também destacado do conjunto principal, que preencherá a lacuna deixada pelas enfermarias e ambulatórios, onde normalmente não poderiam ser atendidos os casos de tratamento de urgência, tanto de clínica, como de cirurgia e traumatologia.

Os serviços auxiliares abragem secções técnicas e gerais. As primeiras compreenderão: serviços de fisioterapia, hidroterapia, roentgenografia, endoscopia peroral, eletrocardiografia e eletro encefalografia, curieterapia, centro cirúrgico, anestesiologia, laboratórios e microscopia. As segundas, além da triagem, abrangem o serviço de admissão ao internamento, administração geral, abastecimento e intendência, arquivos, almoxarifado geral, oficinas, serviço mortuário, transporte e ambulâncias, farmácia, serviço social, assistência dentária, conservação e reparos, refeitório e enfermagem, portaria e informações, comunicação interna, auditórios, lavandaria e vigilância.





ESQUEMA DO SISTEMA DE CORREDORES



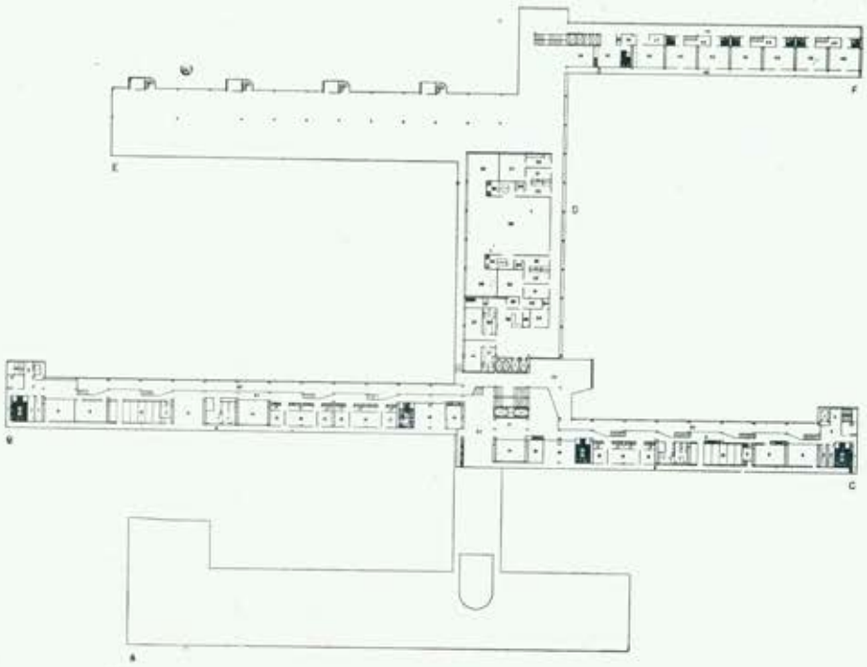
3.º PAVIMENTO

Arquitetônicamente, o Hospital de Clínicas será um compromisso entre as soluções extremas de pavilhões isolados e tipo monobloco, mantendo, assim, as vantagens de ambos os sistemas, sem as respectivas inconveniências. Em primeiro plano, ficará a Maternidade, diretamente accessível a partir da futura 4.ª perimetral. Logo após ficará o grande bloco das enfermarias médicas e cirúrgicas, que se erguerão sôbre uma plataforma sôbre colunatas, à altura de 7 metros do solo.

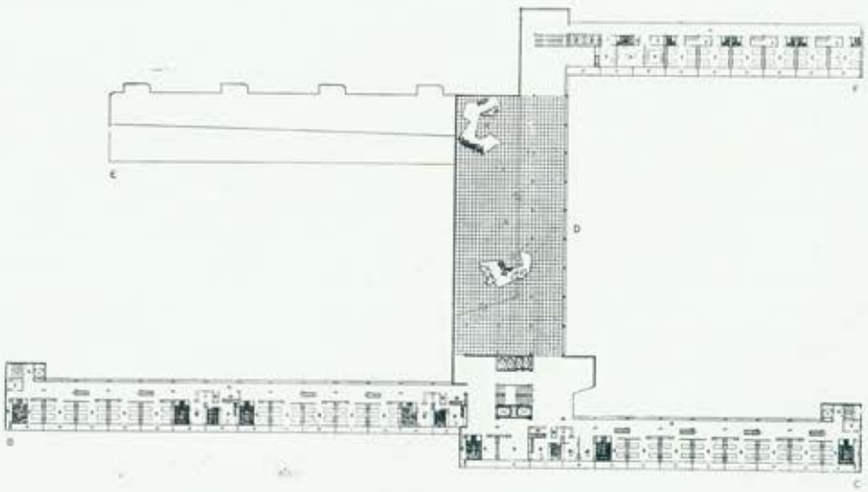
Sob a plataforma, ladeando as colunatas, localizar-se-ão os serviços de abastecimento, intendência e almoxarifado. O bloco das clínicas será composto de andares de enfermarias, tendo intercalados andares destinados às aulas, fazendo-se as comunicações, mediante corredores autônomos e escadas de acesso. No eixo vertical do bloco, localizar-se-à o sistema de elevadores e escadaria, dispostos de modo a determinar a separação do trânsito de visitantes daquele destinado ao serviço. Perpendicularmente ao bloco das clínicas, situa-se uma estrutura de menor altura, onde serão localizados, no andar térreo, a triagem, admissão de internados, serviço social e farmácia. No primeiro andar, ficarão a administração geral e arquivos. O terceiro e quarto andares abrigarão o centro cirúrgico e secção de anestesiologia. Localizado em seguida, perpendicularmente ao conjunto descrito, paralelo ao bloco das clínicas, ficará novo conjunto, abrangendo o bloco de enfermarias de isolamento, seguido pela série de ambulatórios, sôbre os quais localizam-se os demais serviços técnicos e laboratórios. Em último plano, ficará o conjunto onde funcionará o serviço de Pronto Socorro, garage de ambulâncias, lavandaria.

No sub-solo, debaixo do bloco das clínicas, administração e do de serviços técnicos, serão acomodados o serviço funerário, necroscopia, cremação, oficinas e comunicação subterrânea com o pavilhão anatômico da Faculdade de Medicina.

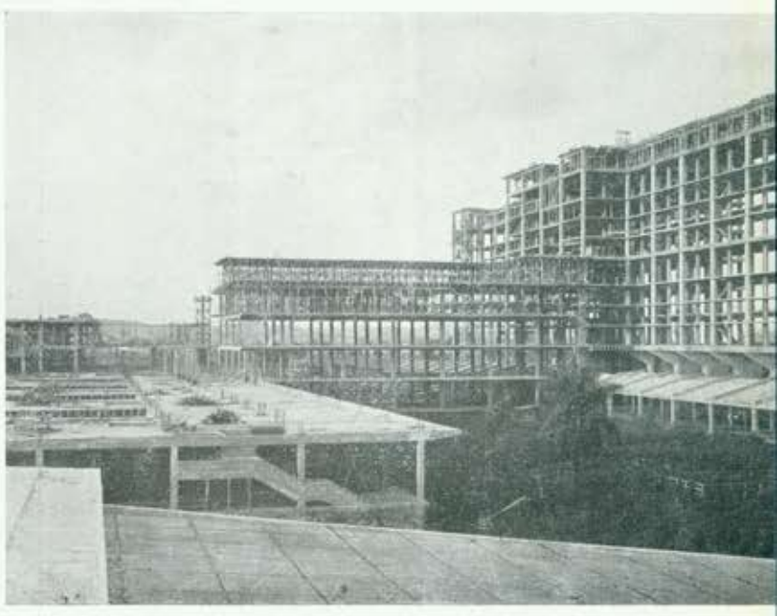
Êste complexo arquitetônico cobrirá uma área de 11.000 m². O comprimento da estrutura maior, o bloco das clínicas, será de 204 metros e terá a altura de 40 metros, distribuidos em onze andares, sendo 9 sôbre a plataforma. Em profundidade, atingirá um total de 180 metros, e a superfície útil total, de todos os pavimentos e dependências, excederá o valor de 50.000 m², e exigirá o emprêgo de 22.000 m³ de concreto.



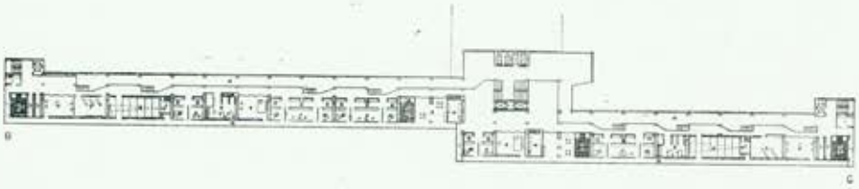
4.º PAVIMENTO



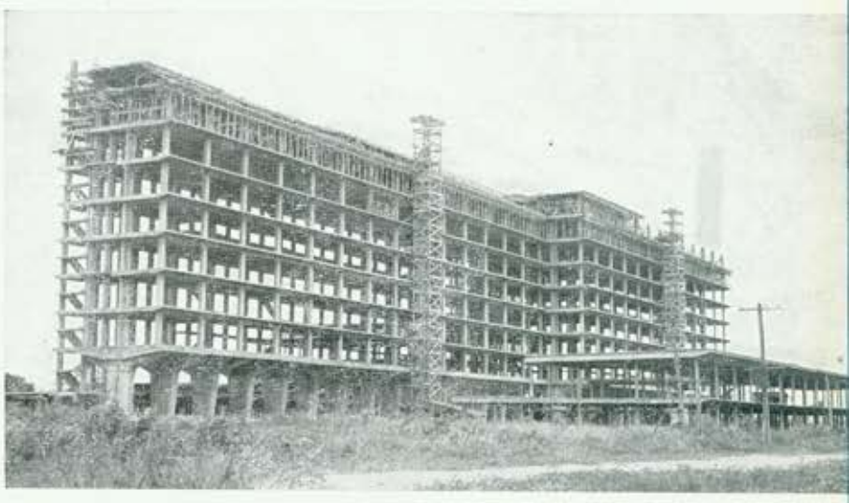
5.º PAVIMENTO



6.º, 8.º e 9.º PAVIMENTO



7.º PAVIMENTO



TÉSE APROVADA NA V REUNIÃO PLENÁRIA DA INDÚSTRIA DE CONSTRUÇÃO CIVIL REALIZADA NO RECIFE DE 20 A 25 DE SETEMBRO DE 1956 E APRESENTADA PELO

ARQUITETO FLORISMUNDO MARQUES LINS SOBRINHO

Tratando-se de organismo independente, vivo, e construido para o futuro, com a finalidade de dar assistência aos que estão necessitados de cura de males do corpo e da mente, e fornecendo os meios para o equilíbrio do fator SAÚDE-SOCIEDADE, em face dos estudos realizados em vários hospitais do Brasil e do estrangeiro, e das experiências adquiridas nos êrros cometidos, nos estabelecimentos hospitalares ora em funcionamento, e:

1) Considerando a complexidade dos problemas, frequentemente insolúveis, resultante da insuficiência e deficiência de materiais e dados técnicos concretos, pois a maioria dêles são empíricos e convencionais.

2) Considerando que muitos dos dados técnicos e materiais são ainda de procedência estrangeira, e consequentemente não adaptados aos nossos meios.

3) Considerando que, num hospital, só uma equipe treinada e especialisada poderá dar soluções honestas (resultado alcançado mais uma vez no Brasil, no "Curso de Projeto e Organisação de Hospitais", realizado em Julho de 56 em Recife, promovido pelo Instituto de Arquitetos do Brasil — Departamento de Pernambuco).

4) Considerando que essa equipe deve ser composta principalmente dos seguintes técnicos, entre outros: Consultor Hospitalar, Arquiteto, Administrador de Hospitais, Engenheiros especialistas em hidráulico-sanitária, eletricidade, instalação de máquinas, estruturas, Construtor, e Industriais.

5) Considerando que êstes técnicos devem apresentar seus projetos completos, com todos os minimos detalhes possiveis, o que acarretaria a maior responsabilidade individual.

6) Considerando que muitos hospitais são postos em concorrência para construção, sem estarem devidamente planejados, resultando disso hospitais inoperantes, como existem muitos em nosso País.

7) Considerando que êsses hospitais inoperantes acarretam prejuizos, não só para o Govêrno ou Instituições, como para todos nós que, dia mais dia menos, teremos que a êles recorrer.

8) Sugerimos à V Reunião Plenária da Indústria da Construção Civil, que recomende aos construtores não assumirem a responsabilidade de um problema tão complexo, sem a orientação direta da equipe de técnicos especialisados, acima citada, pois isto acarretaria prejuizos incalculáveis ao bom conceito do profissional construtor, por tempo indeterminado.

As causas disto seriam a impossibilidade total de o construtor realizar sòzinho uma obra de tal envergadura, acarretando, assim, a construção de hospitais que, antes de inaugurados, já são totalmente obsoletos, trazendo graves prejuizos para a economia nacional e privada e dificultando o desenvolvimento MÉDICO-CIENTÍFICO.

Sugerimos ainda recomendar seja rejeitada tôda construção hospitalar que não esteja devidamente estudada e detalhada nos minimos pontos, esclarecendo aos Proprietários a impossibilidade da construção em tal situação e a economia que adviria do estudo especializado, uma vez que teriamos um Hospital que funcionaria sempre, e perfeitamente bem.

Foi aprovada a seguinte emenda às conclusões da Tese:

Que se recomende às firmas encarregadas de construções de Hospitais, Instituições, Proprietários, a conveniência de se cercarem de uma equipe composta de Consultor Hospitalar, Administrador de Hospitais, Arquiteto e Construtor, quando da construção de Hospitais.

DR. JOSÉ FINOCCHIARO

DESINFECÇÃO DA PELE PARA CAMPO CIRÚRGICO* DISINFETANTES QUÍMICOS E MATERIAL CIRÚRGICO: ESTADO ATUAL** DESINFECÇÃO QUÍMICA DA CAVIDADE PERITONIAL CONTAMINADA. VALOR DOS COMPOSTOS DE AMÔNIO QUARTENÁRIO ***

I

A luta contra a infecção é uma das tarefas mais árduas e importantes do médico.

Para o cirurgião, representa papel de vulto excepcional a desinfecção da pele para as intervenções cirúrgicas.

Muitas são as substâncias indicadas para êsse fim: iodo, compostos de mercúrio, compostos de amônio quaternário, álcool etílico, etc. Entretanto, os tipos de soluções recomendadas são objeto de controvérsias.

Para dirimir as dúvidas existentes, o **Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares (IPH)** constituiu a Comissão de Desinfetantes Químicos, à qual pertencemos, para rever e dar normas definitivas ao problema dos desinfetantes e de cujos trabalhos apresentamos os primeiros resultados.

Qual é o antisséptico ideal? Segundo Moynihan, o antisséptico ideal deve ser barato, abundante, simples em sua aplicação, não irritante, capaz de penetrar na pele até determinada profundidade, eficás para matar em pouco tempo todos os micróbios encontrados sôbre a pele ou no seu interior e sem ação sôbre a cicatrização da lesão, para que se faça rápida e limpa.

As substâncias que mais se enquadram dentro dêste conceito são as já citadas: iodo, compostos de mercúrio, etc.

Em nosso meio já foi feito em 1949 importante pesquisa por Salomão A. Chaib e Humberto Cerrutti (Principais antissépticos cirúrgicos — Rev. do Hosp. N. Senhora Aparecida — vol. II — n.º 4), de cujas conclusões é imprescindível referir o seguinte: 1.º) a pesquisa de germe nas regiões cobertas e descobertas da pele, em condições naturais de contaminação, foi 100% positiva; 2.º) na pele humana, o efeito bactericida dos agentes antissépticos foi o seguinte na ordem de maior eficiência: tintura de iodo a 5% (76,5%), mertiolato (47,0%), metafen (35,2%), álcool a 70° (35,2%), água, sabão e escova (23,5%) e mercúrio cromo a 2% (5,8%).

Em nosso trabalho, procuramos inicialmente rever o valor do iodo. Esta substância apresenta efeito diferente, conforme a solução e a concentração. Nosso método de estudo consistiu no seguinte: 1.º) doentes internados no Hospital Coração de Jesus e região escolhida: parede anterior do abdome; 2.º) culturas feitas no Laboratório Paulista de Biologia sob supervisão do Dr. Roberto Pasqualin; 3.º) lavagem da pele com água e sabão de côco durante 8 minutos; 4.º) secagem da pele com gaze esterilizada; 5.º) esfrega da pele com a solução de iodo a estudar, durante 2 minutos; 6.º) escarificação da pele com lâmina de bisturi esterilizada em calor sêco, 160°, 1 hora; 7.º) semeadura da lâmina em caldo glicosado.

Usando solução alcoólica de iodo (iodo sublimado 2 g e álcool a 96% Gay-Lussac ou 42° Cartier) a 2%, as culturas se mostraram estéreis em 100% de casos. Usando solução aquosa de iodo (iodo sublimado 2 g, iodeto de potássio 10 g, e álcool a 96% G. L.) a porcentagem de esterilização baixou a 80%. Desta forma, quanto ao iodo, a solução ideal é aquela alcoólica a 2%.

Para manter estável a solução, recomenda-se acrescentar iodato de potássio a 0,1%.

Entretanto, dado seu efeito irritante considerável, o iodo não pode ser usado sôbre as mucosas (boca, vagina) nem sôbre regiões cutâneas de estrutura mais delicada (rosto, pescoço, escroto). Já vimos que Chaib e Cerrutti demonstram que os compostos de mercúrio (nitromersol-metafen; timerosal-mertiolato) não permitem obter mais de 50% de esterilização. Veja-se como é sério o problema: em cada duas operações, onde tenhamos usado um dêstes compostos, uma apresenta a superfície operatória contaminada! Se for usado mercúrio-cromo, há contaminação em 98% de casos!

Recentemente, surgiram desinfetantes de poder germicida apreciável, representados pelos compostos de amônio quaternário.

Em nosso meio, se encontra para uso o brometo de cetiltrimetilamônio (Cetavlon — Imperial Chemical Ltd. — Inglaterra — fabricado pela Cia. Imperial de Indústrias Químicas do Brasil). Para a pele se usa o Cetavlon tintura a 0,5% em álcool a 70%.

Estudamos o valor do Cetavlon-tintura, usando o mesmo método. A porcentagem de esterilização das superfícies cutâneas foi 70%. O resultado é melhor do que aquele obtido com os compostos de mercúrio. Ainda, porém, não é o ideal. É preciso melhorar os resultados; talvez a porcentagem de esterilização seja maior, utilizando solução a 1% ou em maior concentração ainda ou com maior tempo de esfrega, o que é objeto de novos estudos em andamento por nossa parte.

Mais recentemente surgiu novo germicida poderoso: o hexaclorofeno, do qual iniciamos o estudo, conforme comunicaremos oportunamente.

II

A esterilização perfeita do material cirúrgico se obtém pelo calor sêco a 160° — 1 hora.

O calor, entretanto, tem o inconveniente de alterar ràpidamente o fio das lâminas de bisturi e outros instrumentos cortantes (tesouras, formões, etc.).

Para obviar êste inconveniente têm-se procurado soluções nas quais se possam imergir os instrumentos cirúrgicos cortantes, obtendo sua esterilização.

Por outro lado, há intervenções, principalmente no tubo digestivo, onde se veri-

---

* e ** — Comunicações feitas ao VIII Congresso Médico do Triângulo Mineiro e do Brasil Central (Uberaba — 1956) em colaboração com Drs. Roberto Pasqualin e Carlos Frederico Cardarelli.

*** — Comunicação feita ao IV Congresso Brasileiro de Proctologia e da XII Reunião anual da Soc. Bras. de Proctologia (Rio de Janeiro — 1956) em colaboração com os Drs. Roberto Pasqualin e Carlos Frederico Cardarelli.

fica contaminação do instrumental, durante o ato cirúrgico (gastrectomia, colectomias, etc.) sendo necessário um meio para esterilizá-los novamente, durante a operação, a fim de prosseguir com a mesma.

A solução ideal para êste caso é o uso dos esterilizadores de alta velocidade (High speed), usados correntemente nos hospitais americanos, mas que ainda não existem em nosso meio. Por outro lado, para funcionar os esterilizadores de alta velocidade, é necessária a instalação de vapor central.

Na falta dêste recurso, é necessário recorrer a substâncias químicas, que permitam rápida esterilização do instrumental.

O germicida ideal, o iodo, não pode ser usado dado sua grande reatividade química, em relação a certos metais. Pode ser usado para vidros, por exemplo, termômetros e pode ser usado como esterilizante de emergência. Nunca, como esterilizante de rotina, pois estragará ràpidamente o instrumental.

Os compostos inorgânicos de mercúrio (bicloreto de mercúrio — cloreto mercúrico) atacam fàcilmente os metais. Além disso, sua ação bactericida é completamente contestada.

Os compostos orgânicos (metaphen — mertiolato) não são usados, dado sua discreta potência bactericida. Na revisão * magnífica sôbre desinfetantes químicos, feita por **Hercules Vieira Campos,** e apresentada à **Comissão de Desinfetantes Químicos do IPH,** ficou esclarecido que o efeito germicida do metafen é discreto e que aquele do mertiolato, pràticamente "insignificante". Possuem, entretanto, efeito bacteriostático apreciável.

O fenol foi igualmente afastado das cogitações da Comissão de Desinfetantes Químicos, em virtude de seu odor desagradável, propriedades cáusticas e sobretudo por seu poder antissético fraco.

Surgem então os compostos de amônio quaternário. Deve-se observar, a propósito dêstes compostos, que possuem, também, propriedades detergentes, o que é importante para sua penetração mais fácil entre os ramos do instrumental cirúrgico.

Em nosso meio, pode obter-se no comércio o brometo de cetiltrimetilamônio (Cetavlon) concentrado a 20%. Pode-se obter, em caráter particular, o cloreto de benzalcônio (Zephiran-Winthrop).

Para o instrumental, o Cetavlon deve ser usado em solução aquosa a 1%, e o Zephiran em solução a 1%. Em ambas as soluções, deve acrescentar-se nitrito de sódio na proporção de 0,5% para prevenir seu ataque aos metais.

Inicialmente, procuramos determinar se êstes sais quaternários de amônio possuem ação esporicida, dado controvérsias existentes na literatura, sôbre êste item.

Lâminas contaminadas de bisturí foram imersas durante 3 horas nas soluções referidas. Retiradas da solução germicida, as lâminas eram lavadas com solução fisiológica. Enxutas com gaze esterilizada, eram semeadas em caldo glicosado. O meio era repicado em meios sólidos após 24 ou 48 horas — em um tubo de caldo Tarozzi para anaeróbios. Não houve desenvolvimento de germes em 100% dos casos.

Passamos depois a determinar o efeito germicida.

Lâminas contaminadas, após imersão durante 15 minutos em Cetavlon ou Zephiran, seguiam o mesmo método de pesquisa acima descrito. Foi verificado efeito germicida em 100% dos casos.

Baixamos o tempo de imersão em solução germicida para 5 minutos. Com Cetavlon, ainda obtivemos resultados negativos em 100% dos casos, enquanto que, com Zephiran, êste limite baixou para 60%. 40% dos tubos de cultura apresentaram desenvolvimento de germes.

No comércio, existe um produto, constituido por diversos ingredientes, chamado germicida Bard-Parker, de procedência americana, com a seguinte fórmula:

Isopropanol	65,26%
Metanol	2,75%
Formaldeido	8,00%
Sal sódico de bis (2-hydroxy - 3,5,6 - tricloro fenil) metano	0,50%
Água	23,49%

É fabricado por Parker, White & Heyl e distribuido por Barros, Iskin & Cia. Ltda.

Fizemos igualmente uma série de observações com êste produto, tendo verificado que se obtém, com o mesmo, esterilização em 5 minutos e efeito esporicida em 3 horas.

Como conclusão, para esterilização química do material cortante (bisturís, lâminas, tesouras) podem ser usadas as seguintes soluções:

a) Bard-Parker

b) Cetavlon a 1% com nitrito de sódio a 0,5%

O material pode ser imerso em cubas esmaltadas cobertas e retirado no dia seguinte para as intervenções, ou pelo menos, 3 horas depois da imersão.

Para desinfetar o material durante as intervenções, onde há contaminação do mesmo pela abertura de vísceras ocas, deve-se usar o Cetavlon a 1%. Não se pode usar, nesta eventualidade, a solução Bard-Parker, porque os vapores de formol, que se desprendem da solução, não permitem que a mesma fique em bacias descobertas. O Cetavlon entretanto, é inodoro. Depois de 5 minutos de imersão o material usado durante a operação (tesouras, volvas, bisturís, pinças, etc.) pode ser novamente usado, dado o poder germicida da solução em 5 minutos. Não há necessidade de juntar nitrito de sódio nesta solução, pois, sendo a imersão dos ferros de poucos minutos, não há perigo de ação sôbre o metal. Acrescente-se o fato que o Cetavlon tem poder detergente, o que facilitará a limpeza e esterilização do instrumento nêle imerso.

III

Um dos problemas ainda muito sérios para o cirurgião, é a contaminação das cavidades do organismo (pleura, peritônio, etc.).

Esta contaminação se verifica pela ruptura de vísceras ôcas (úlceras perfuradas, perfurações tíficas), por traumatismos (contusões abdominais com dilaceração de vísceras, ferimentos por bala ou arma branca) ou por necessidade de técnica cirúrgica (ressecções gástricas, intestinais, etc.).

O uso de sulfas ou de penicilina derramados no interior dessas cavidades foi abandonado, dado os inconvenientes que apresentaram e dado sua pequena eficácia.

Ao percorrermos a literatura sôbre os sais de amônio quaternário, encontramos referência (**Lucio Carvalho Lima — Relatório à Comissão de Desinfetantes Químicos do IPH**) que nos despertou a atenção. Diz Carvalho Lima que coelhos suportam 1,2 ml/kg de pêso corporal, via subcutânea ou intra-peritonial, de cloreto de benzalcônio.

Tivemos então a idéia de usar soluções de sais de amônio quaternário para desinfecção das cavidades peritonial ou pleural.

Inicialmente, usamos a solução a 0,5% de Cetavlon, para desinfecção das bordas intestinais, nas suturas gastro-intestinais ou intestinais. Não encontramos nenhum inconveniente, quanto à tolerância de organismo nem quanto à cicatrização das feridas operatórias.

No caso de contaminação da cavidade peritonial, empregamos o seguinte método: derramamos no interior da cavidade 300 a 500 cc de Cetavlon a 0,5%; deixamos esta solução no interior da cavidade durante 5 minutos; aspiramos; derramamos na cavidade 300 a 500 cc de solução fisiológica estéril; aspiramos.

Nossa experiência com êste método já ultrapassa 100 casos. Usamos correntemente esta modalidade de desinfecção da cavidade abdominal nas gastrectomias, nas ressecções intestinais, nas ressecções sigmoido-retais por megacolo, nas histerectomias totais, enfim, em qualquer eventualidade onde haja a possibilidade de contaminação da cavidade peritonial. Não observamos nenhum fenômeno tóxico por parte do doente e nenhum inconveniente na cicatrização das feridas operatórias.

---

* À disposição dos interessados no Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares, Rua Xavier de Toledo, 210 - 6.º anda - conjunto 64.

SEJA UM REPRESENTANTE DO BRASIL

NO

X CONGRESSO INTERNACIONAL DE HOSPITAIS

A realizar-se em Lisboa de 3 a 7 de junho próximo

•

ATENDA AO GENTIL CONVITE FEITO PELOS NOSSOS IRMÃOS DE PORTUGAL:

"Os confrades do Brasil, mais do que congressistas, serão pessoas da família, que, juntamente com os patrícios portuguêses, farão as honras da casa aos visitantes estrangeiros".

"Aos congressistas brasileiros foi aberta a exceção de, ao invés de se inscreverem na séde da Federação Internacional de Hospitais, em Londres, o fazerem, tal como os portuguêses, diretamente em Lisboa".

PROGRAMA E DETALHES DA VIAGEM, NO VERSO

X CONGRESSO INTERNACIONAL DE HOSPITAIS

LISBOA — PORTUGAL DE 3 A 7 DE JUNHO DE 1957

ORGANIZADO PELA INTERNACIONAL HOSPITAL FEDERATION

PROGRAMA CIENTÍFICO DO CONGRESSO

1 — Cooperação Internacional para o desenvolvimento dos Hospitais.
2 — O Hospital do Futuro.
3 — O Paciente e suas necessidades.
4 — Planejamento dos Hospitais para as necessidades do futuro.
5 — Organização e Direção de serviços Hospitalares para futuras necessidades.
6 — Grande exposição documental, comercial e industrial de todos os materiais e produtos usados em Hospitais.

VIAGEM COM INÍCIO EM: SÃO PAULO, RIO DE JANEIRO, PÔRTO ALEGRE, RECIFE.

IDA E VOLTA pelos confortáveis aviões da Panair do Brasil.
PARTIDA ..... 30 de maio de 1957.
REGRESSO ..... 1.º de julho de 1957.
DURAÇÃO TOTAL DA VIAGEM ..... 33 dias.

PERCURSO NA EUROPA: — LISBOA - FÁTIMA (Portugal) — MADRID - TOLEDO - BURGOS - SAN SEBASTIAN (Espanha) — BORDEAUX - POITIERS - PARIS AVALION (França) — GENEBRA - ZURICH (Suiça) — MILÃO - VENEZA - FLORENÇA - ROMA (Itália).

TRANSPORTE NA EUROPA - Parte do percurso será feito por Auto Pullman de luxo.

PREÇO — TUDO INCLUSO, por pessoa (à vista) ..... Cr$ 106.000,00

FACILIDADE DE PAGAMENTO (plano em várias prestações).

O PREÇO COMPREENDE:

a) Tôdas as passagens, quer sejam de avião, navio, ônibus ou trem.
b) Acomodações em Hotéis categorizados.
c) Refeições completas durante tôda a viagem.
d) Excursões locais conforme consta do programa discriminado.
e) Serviço de guia-intérprete que acompanhará o grupo (desde o Brasil).
f) Gorgetas e taxas.

INFORMAÇÕES

IPH — INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES
Rua Xavier de Toledo, 210 — 6.º andar
conjunto 64 — Tel. 36-3889
São Paulo

CENTRO LATINO AMERICANO DE TURISMO
Rua Barão de Itapetininga, 124
12.º andar — Tel. 33-9539
São Paulo

A FUNÇÃO DA DIETISTA

DALVA MARIA OLIANI *

Constituem as dietistas — técnicas em alimentação — um grupo ainda pouco conhecido entre nós; afora alguns hospitais e casas de saude particulares ou não, e uma ou outra indústria, geralmente de superintendência estrangeira, não se requisita e quase mesmo não se considera necessária a presença de uma dietista ou a criação de um serviço dietético.

Entretanto, pouco a pouco, em conjunto ou isoladamente, vamos nós executando nosso trabalho, ampliando e estendendo nossos conhecimentos, aplicando-o em benefício da saúde de nosso povo.

E' a alimentação, condição essencial de vida. Segundo o grande cientista Milton Rosenau — a saúde e a eficiência do homem dependem mais, talvez, do alimento ingerido que de qualquer outro fator isolado como sono, ambiente, repouso físico. Fundamentam-se as necessidades alimentares do homem em quatro pequenas regras ou leis de nutrição: lei da quantidade, lei da qualidade, lei da harmonia e lei da adequação, que significam: o homem deve receber todos os tipos de alimentos, em quantidades suficientes, (de acôrdo com as necessidades de cada um) devidamente combinados entre si, e em forma adequada ao organismo que os recebe.

Sabemos perfeitamente que êsses alimentos são as proteinas, gorduras, hidrocarbonados, sais minerais, vitaminas e água, todos devendo ser introduzidos em nosso organismo pelas vias normais da alimentação, e ainda o oxigênio, que se introduz no organismo humano através do aparelho respiratório. Pois bem, vejamos agora: como se alimenta nossa gente? Recebe ela os princípios imediatos (proteinas, gorduras e hidratos de carbono) nas quantidades que lhe são necessárias? Existem, na sua ração diária, os sais minerais, nas quotas que lhes são devidas? Estão as vitaminas presentes em sua dieta nas taxas que seu organismo exige? Infelizmente, para tôdas estas perguntas a resposta é — não ! Nem siquer no total calórico a ração do brasileiro corresponde às suas reais necessidades.

Somos um povo mal nutrido; somos um povo doentio, enfraquecido, cansado, desestimulado, pouco produtivo porque somos mal alimentados. As carências protêicas, vitamínicas e minerais campeiam entre nós, reproduzindo-se em todos os seus graus e em tôdas as suas formas. Diz Pedro Escudero que a alimentação normal permite perpetuar, por várias gerações, os caracteres do indivíduo e da espécie, e acredita que a alimentação anormal destróe certos característicos do indivíduo. Se assim é, justifica-se, entre nós, a proliferação do que Lobato chamou "a raça dos Jecas-tatús".

Entre nós é muito baixo o padrão de vida; os alimentos considerados de vital importância, ricas fontes de proteinas animais, vitaminas lipossolúveis, gorduras fosforadas, como as carnes, leite, queijo, ovos e manteiga são os mais custosos e inaccessíveis à maior parte de nossa população. E' grande, entre nós, a incidência de moléstias infecciosas como a tuberculose, e a morbilidade a mortalidade infantis acusam cifras sòmente comparáveis às cifras de nações de nível inferior.

Embora as moléstias carenciais entre nós não assumam proporções agigantadas ou assustadoras, a verdade, entretanto, é que vivemos permanentemente em condições de carência, tanto de vitaminas e minerais como de proteinas; os resfriados e gripes de frequência alarmante, as "dores pelo corpo", cansaço e pêso nos membros inferiores, inchaço dos pés e tornozelos, a pele grossa e áspera de nossos escolares, as "boqueiras" etc., são manifestações patentes de estados carenciais frustos.

O brasileiro não sabe comer; levanta-se cedo, toma o café magro da manhã e espera, às vêzes, cinco a seis horas, antes de almoçar, o que significa, pràticamente, jejum desde a véspera. Almoça, então, "de marmita", isto é, comida feita no dia anterior, quase sempre começando a azedar, ou come lanche no bar da esquina. Depois, disso, só mesmo o jantar, seis a oito horas depois, se não levarmos em conta os cafèzinhos ou as pinguinhas para enganar o estômago... Alguém nos dirá, entretanto, que o brasileiro sempre viveu assim e continúa vivendo; concordemos o esclareçamos: o brasileiro sempre viveu e continua vivendo mal, tão mal, que sua miséria e ignorância são já cantadas em versos de sambas pelos próprios brasileiros:

"No rosto a marca da fome,
seu corpo franzino
a miséria consome...
Êle se chama:
Joaquim... de nada!"
.....

Alguns anos atrás, um dos Departamentos de Agricultura dos Estados Unidos, lançou três perguntas cujas respostas e conclusões permitiriam ao norte americano viver sadia, completa e eficientemente, às custas de um regime alimentar capaz de conceder-lhe o mais alto ideal de vida que cada indivíduo é capaz de atingir. Ei-las: 1.ª — De que necessitamos para sermos bem alimentados? 2.ª — Recebemos o que necessitamos? 3.ª — Se não o recebemos, que fazer?

Eis aí três questões que representam de forma simples, mas profunda, o problema alimentar do homem e bem precisamente, o do homem brasileiro. Meditemos nelas e procuremos respondê-las, não apenas com palavras, mas com ações.

Cabe às dietistas ou nutricionistas — técnicas em alimentação — sem dúvida alguma, grande parte da tarefa; não é possível mais ignorar a importância da alimentação na saúde pública, não é mais possível negar o valor do alimento como preventivo e curativo de doenças.

Agora que um grupo de estudiosos e idealistas se reuniu para nos dar melhores hospitais, que proporcionem melhores tratamentos e curas positivas, unamo-nos a êles para dar ao nosso povo maior defesa e garantias contra doenças. E para isso, permiti que vos diga: falta alguém entre nós; falta alguém em nossas escolas, em nossas oficinas, em nossas fábricas, em nossos hospitais. — Falta a dietista, a técnica em alimentação, a pessoa capaz, porque bem preparada, de atender às necessidades alimentares tanto dos sãos como dos enfermos sob tratamento médico. Falta a dietista onde funciona o leigo: falta a técnica onde age o acaso, falta a ciência onde reina o empirismo. Deixae que executem sua parte da tarefa: permití que se coloquem entre o médico e o doente; entre o operário e a marmita, entre o escolar e a merenda.

(*) Prof. do Curso de Formação de Dietistas da Secretaria de Educação.

PROCESSO SIMPLES PARA DESINFECÇÃO DE VERDURAS E LEGUMES

DR. JOSÉ SYLVIO CIMINO

Propomo-nos dar, resumidamente e com palavras simples, uma maneira prática e eficiente de como eliminar ou, pelo menos, diminuir consideràvelmente o perigo de incidência de infecção causada pela ingestão de verduras e legumes crús ou cozidos.

Êsse assunto é de extraordinária importância não só para Hospital ou Casa de Saúde, como também para Hotel ou mesmo para domicílio, onde êsse problema se nos afigura permanentemente difícil, mormente quando o volume ou quantidade de alimento é considerável.

Verdade é que várias medidas já foram sugeridas, dentre as quais destacamos o uso de lâmpadas ultra-violetas, irradiações de material radiativo, soluções de permanganato, de peridrol etc. Contudo, a não consagração popular diz bem da dificuldade ou falta de praticidade ou mesmo inconveniências dessas medidas, a ponto de cairem em completo abandono.

Por outro lado nossas autoridades sanitárias têm encarado com severidade êsse caso, desencadeando constantes campanhas contra chacareiros e horticultores ignorantes e inescrupulosos, que se utilizam de águas altamente poluidas de rios, riachos, poços e açudes para irrigarem suas verduras e legumes.

Essas campanhas junto aos focos de infestação, se bem que recomendáveis e imprescindíveis sob o ponto de vista educacional, são na verdade, ao nosso modo de vêr, apenas medidas complementares e de valor prático mediato.

O que devemos fazer, isso sim, é precavermo-nos na fase final de preparo dêsses alimentos, empregando meios cuja técnica esteja à altura de quaisquer pessôas e instituições.

Recomendamos, pois, dentre os processos mais conhecidos, aquele que, além de ser barato e eficiente, é inócuo nas condições de utilização e não requer aparelhamento complexo ou especial algum.

Trata-se da cloração

Como sabemos, o cloro é empregado como desinfetante e desodorizante desde quasi sua descoberta (Scheele — 1774). Em 1792, apareceu a Água de Javel à base de hipoclorito e em 1854 a Comissão Real Ingleza recomendou o emprêgo dêsse compôsto para desodorização dos esgôtos.

Foi no entanto na Bélgica, em Middlekerke, que pela 1.ª vez no mundo se iniciou, em caráter permanente, a cloração dágua. O autor dessa inovação foi Dr. Duyk que, talvez baseado nos sucessos das experiências numa epidemia de Febre tifóide em Maidstone na Inglaterra, resolvera também fazer uso de hipocloritos para desinfecção contínua da água destinada ao abastecimento público.

Hoje essa prática está difundida nos centros civilizados, constituindo na verdade um grande fatôr na prevenção de epidemias.

A cloração da água é feita empregando-se:

a) Cloro (Cl_2) elemento

b) Cloraminas ($NH_3 + HOCl = NH_2Cl + H_2O$)

c) Hipocloritos Ca (OCl)

a) O Cl_2 é encontrado no comércio em tubos (torpedos); seu manejo não muito fácil é perigoso, razão pela qual, para o fim que nos propusemos, desaconselhamos seu emprêgo, nos estabelecimentos enumerados acima.

b) As cloraminas resultam da combinação do HOCl (ácido hipocloroso) com NH_3 (amonia) e de acôrdo com o pH do meio podem-se formar: a monocloramina, a dicloramina e o tricloreto de nitrogênio.

As cloraminas encerram seu poder oxidante em função do ácido hipocloroso, sendo de notar que na prática são usadas quasi que ùnicamente as mono e dicloraminas. Sua ação desinfetante é mais lenta e menos profunda que a do ácido hipocloroso. Seu manejo é simples e não apresenta perigo, advindo daí sua difusão nos meios médico-sanitários.

c) Os hipocloritos respondem pelo radical — (OC1). No comércio, os de sal de cálcio são encontrados com o nome de "Cloreto de Cal". Há outros hipocloritos tais como o "Hipercloron", "H.T.H." "Clor-

pactin", variando seu teôr de Cl, de acôrdo com a fórmula e pureza dêsses sais.

$$Cl_2 + H_2O \rightleftarrows HOCl + HCl$$

Pela equação acima vê-se que é ao ácido hipocloroso que se deve, em última análise, a ação desinfetante dêsse elemento.

Por sua vez, o ácido hipocloroso sofre uma dissociação reversível e instantânea nágua como segue:

$$H + OCl \rightleftarrows HOCl$$

A expressão de seu equilíbrio pode ser representada pela equação:

$$\frac{(H^+)\ (OCl^-)}{HOCl} = K$$

Sendo K uma constante, percebe-se que as quantidades de ácido hipocloroso e hipoclorito presentes numa solução de cloro livre estão em função do pH do meio. Aumentando-se ou diminuindo-se a concentração hidrogeniontica, poder-se-á diminuir ou aumentar a quantidade de cloro, ou, em outras palavras, quanto mais se acidificar o meio, maior será o teôr de Cl_2 ou compôstos clorados e vice-versa.

De todos os compôstos clorados, opinamos pelos hipocloritos, em vista da facilidade de serem encontrados no comércio, de seu fácil manejo e de sua completa inocuidade nas condições normais de trabalho.

Isso posto, como desinfetarmos verduras e legumes?

Preliminarmente, propomos a construção de um lavabo ou tanque de aço inoxidável, brasilite ou de cimento, dotado de duas divisões com dimensões de acôrdo com a necessidade do volume daqueles alimentos.

Numa das divisões, cuja cubagem é conhecida, dissolver ou suspender o hipoclorito com água acidulada com vinagre (ácido acético) — pêso do hipoclorito mais idêntico volume de ácido — ou limão (ácido cítrico) ou mesmo muriático (ácido cloridrico) e mergulhar as verduras e legumes, durante 20 a 30 minutos. Após êsse tempo, passar as verduras e legumes para outro tanque, a fim de enxaguá-las e pô-las em condições de consumo.

Devemos ter em mente que, apesar de o cloro começar agir eficientemente nas concentrações de 0,5 mg a 1,5 mg por milhão, no nosso caso, aconselhamos aumentar essa concentração para 20 mg a 30 mg a fim de não só assegurarmos a profundeza da desinfecção do meio por aquele elemento, como abreviarmos o tempo de contato da droga com os alimentos.

O cálculo que deveremos fazer é em relação à riqueza do CLORO do compôsto que fôr empregado. Seu doseamento, como veremos adiante, é fácil. Geralmente os próprios fornecedores já informam o teôr ou riqueza dêsse elemento, tornando-se assim muito simples o cálculo percentual.

EXEMPLO:

Suponhamos que o compôsto de cloro a ser utilizado possúa uma concentração de 60% dêsse elemento e que queiramos clorar, 50 mg por milhão o volume dágua, contendo alimento, dum tanque de 0,70 × 0,80 × 0,50 de dimensões (280 litros), o cálculo é como segue:

280 litros × 50 mg/l = 14.000 mg
60 : 100 : : 14.000 : x = 23.300 mg ou
23,38 g

Como vemos, necessitamos de apenas 23,30 g de hipoclorito a 60% para obtermos a desinfecção daquele volume dágua ou alimento nêle contido.

Estabelecida a quantidade a ser adicionada à água, fácil se torna, pela rotina diária, o uso dos hipocloritos. Adiantamos, ainda, que êsse composto, no teor empregado, não comunica sabor nem odor desagradáveis aos alimentos, assegurando sua completa integridade no tocante à sua coloração, composição de vitaminas, sais minerais, assim como ao seu valor nutritivo.

Quando a percentagem de cloro não estiver explícita nos rótulos, torna-se necessário dosear aquele elemento, cousa aliás fácil. Dentre os vários métodos de doseamento, devemos destacar, pela sua simplicidade e precisão, o da Farmacopéia Brasileira que é como segue:

"Em um balão jugulado de 500 cm^3, de rolha esmerilhada, introduza 5 g de hipoclorito de cálcio, exatamente pesados em frasco fechado, junte água até completar os 500 cm^3, arrolhe o balão, agite bem e depois deixe o produto em repouso durante 10 minutos; agite bem, tome 50 cm^3 de soluto turvo juntelhes um soluto de 1 g de iodêto de potássio em 20 cm^3 de água, 2 cm^3 de ácido acético e doseie o iodo libertado por meio de soluto deci-normal de tio-sulfato de sódio, empregando o soluto de amilo como indicador; para descorar o líquido devem ser necessários, no mínimo, 42,3 cm^3 de soluto deci-normal de tio-sulfato de sódio o que corresponde a um mínimo de 30 por cento de cloro ativo (Cl) no produto doseado. (1 cm^3 de soluto deci-normal de tio-sulfato de sódio = 0,0035457 g de cloro ativo (Cl) 1g. de hipoclorito de cálcio comercial corresponde, ao mínimo, a 84,6 cm^3 de soluto deci-normal de tio-sulfato de sódio").

COOPERE COM O IPH NA FORMAÇÃO DE TÉCNICOS HOSPITALARES

LABORATÓRIO

EXPEDIÇÃO RÁPIDA DE EXAMES DE LABORATÓRIO

DR. OTÁVIO A. GERMEK

Fig. 3 — Início de uma "série" de dosagens de uréia no sangue: pipetagem inicial (15 amostras).

Um requisito de importância a ser satisfeito pelo Laboratório Clínico hospitalar é o do fornecimento dos resultados dos exames de laboratório no prazo menor possível após a entrega da requisição ou do material correspondente. Quanto menor o tempo decorrido entre a solicitação do exame e o recebimento do resultado, tanto mais rápidas serão tomadas as providências que dependam do prévio conhecimento de informes laboratoriais. A rápida execução do serviço que cabe ao laboratório repercute diretamente não só na redução do tempo de hospitalização (diminuição do custo por indivíduo atendido), como também na melhoria da qualidade do serviço prestado ao doente.

Um laboratório bem organizado tem, além de elevado padrão técnico dos exames executados, um sistema eficiente de confecção e entrega dos resultados, o qual é planejado de tal modo que o tempo que decorre, entre a entrega do material para exame e recebimento do resultado, depende quasi que exclusivamente do necessário para a realização do exame. Para tanto é imprescindível que o tempo gasto na transcrição, conferência e distribuição dos resultados seja o mínimo compatível com um serviço perfeito. Nesta fase é que o sistema de expedição de resultados apresentado nêste trabalho efetua grande economia de tempo, com um mínimo de despeza, como veremos adiante.

É óbvio que o adequado desenvolvimento de uma rotina técnica laboratorial econômica impõe certas restrições à rapidêz de execução dos exames, motivadas pela necessidade de adoção de métodos de **produção em massa ou em série,** os quais consistem da reunião de número suficiente de exames de mesmo tipo para que, executados simultâneamente, permitam o rendimento máximo do trabalho do pessoal técnico. Dêsse modo, a técnica de feitura dos exames se automatiza pela repetição, tantas vêzes quantas são as amostras analisadas, das operações necessárias em uma análise isolada. Frequentemente certas esperas são pràticamente eliminadas, porque os tempos correspondentes às mesmas são gastos na repetição das operações nas amostras seguintes.

Com a reunião e execução dos exames de um mesmo tipo simultâneamente alcança-se maior rendimento do pessoal técnico, conseguindo-se maior produção com menor pessoal. Quando o tempo total é dividido pelo número de exames realizados, obtem-se um tempo muitas vêzes menor que o necessário para a execução individual de um exame. No conjunto há, pois, redução de tempo gasto na execução.

Por outro lado, o trabalho de rotina, com métodos de produção **em massa,** impõe a observância de horário para o início da execução dos vários tipos de exames solicitados. Com essa conduta, os exames que chegam ao laboratório com grande antecipação sôbre o horário estabelecido para o início de sua execução sofrerão grande atrazo, o qual vai se tornando cada vez menor à medida que se consideram os exames que chegam com menor antecipação. Êste atrazo só pode ser eliminado, iniciando-se a execução do exame à medida que os materiais correspondentes vão chegando ao laboratório: em outras palavras, adotando a realização individual. Entretanto, as vantagens que proporciona a execução simultânea dos exames são de tal monta que, na generalidade dos casos, nunca se deve empregar a realização individual, a não ser de exames raramente solicitados, que são feitos nas sobras de tempo que aparecem na execução da rotina.

Com efeito, se imaginarmos dois laboratórios com idênticos quadros de pessoal igualmente habilitado, um adotando exclusivamente o sistema de produção **em massa,** o outro o da execução **individual** dos exames à medida que chegam ao laboratório, é evidente que devemos esperar do primeiro uma capacidade de produção muito maior do que do segundo.

Convém notar que o atrazo introduzido com a adoção de uma rotina sistemática, que permita a execução dos exames de mesmo tipo, simultâneamente, não ultrapassará de 24 horas se a rotina de execução é realizada apenas uma vez por dia (note-se que 24 horas é o máximo de atrazo, a média sendo só de poucas horas, particularmente se o início da rotina suceder imediatamente o horário de entrada do maior número de exames). Com exames freqüentemente solicitados pode-se adotar, quando justificados, vários ciclos diários de execução, com maior redução de tempo de espera.

(*) Médico-Chefe do Laboratório Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo.
Médico-Chefe da Secção de Bioquímica Clínica do Laboratório Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo.

O tempo de espera para início da rotina de produção **em massa,** na generalidade dos casos, não é prejudicial. Casos há, entretanto, os quais felizmente constituem a minoria, em que mesmo o atrazo de horas não pode ser tolerado, porque do conhecimento dos informes laboratoriais dependem decisões diagnósticas e terapêuticas inadiáveis, envolvendo risco para a vida do paciente. Incluem-se aqui, os exames chamados "URGENTES", os quais, evidentemente, não podem ser incluidos na rotina habitual de produção em massa (a não ser que sua chegada coincida com o horário de início da mesma), devendo ser executados individualmente. Assim sendo, êsses exames consomem maior tempo do pessoal técnico por exame e, por outro lado, são um fator de desorganização da rotina. Em outras palavras, são exames muito mais dispendiosos.

Nessas condições, é de suma importância a exata conceituação dos exames URGENTES e a estrita observância da mesma nos serviços laboratoriais hospitalares. A responsabilidade pela decisão de se um exame deve ou não ser considerado urgente cabe, evidentemente, ao facultativo que cuida do doente, por ser quem está melhor informado dos problemas ligados ao paciente e, conseqüentemente, de suas reais necessidades. No que tange ao laboratório, êste só poderá exercer uma função fiscalizadora, acompanhada de um programa educativo no sentido de fazer com que os médicos só utilizem o recurso da urgência quando realmente necessário, não o empregando indiscriminadamente, incluindo casos em que certa demora no recebimento dos resultados pode ser tolerado. O uso abusivo de exames urgentes determina séria sobrecarga dos serviços laboratoriais com prejuizos para o restante das atividades rotineiras do laboratório.

Do que ficou dito é evidente a necessidade da execução de uma minoria de exames em caráter individual, ao lado da grande maioria de exames que é realizada com os processos de produção em massa. Para os exames urgentes a demora será, pràticamente, apenas a da execução, desde que a espera para o início do exame e fornecimento do resultado é reduzidíssima. Para os demais exames, ao tempo que leva a feitura, somam-se os tempos de espera para o seu enquadramento no horário da rotina de execução, mais o de transcrição, conferência e distribuição dos resultados. Êstes exames só podem ter seu andamento acelerado pela alteração da rotina, realizando vários ciclos de execução diários (o que só é exequível com os exames mais frequentemente solicitados) ou, então, pela adoção de métodos mais rápidos da execução que não tragam abaixamento do padrão técnico (por exemplo, na dosagem de sódio e de potássio, o emprêgo da fotometria de chama em substituição aos métodos químicos de dosagem veio acelerar, consideràvelmente, o processo).

É evidente que, à demora obrigatória de execução imposta por uma rotina lógica e econômica de produção em série, não devem ser acrescidas esperas devidas ao inadequado planejamento da parte burocrática. Terminado o exame, o resultado deve ser levado ao conhecimento do médico requisitante sem mais delongas. Uma falha grave da parte burocrática ocorreu no Laboratório Central do Hospital das Clínicas há alguns anos e a solução adotada, que resolveu de maneira definitiva e satisfatória o problema, merece ser divulgada, sendo o objetivo principal dêste trabalho.

Por insuficiência de pessoal de escritório encarregado da datilografia dos resultados, aconteceu o que se poderia fàcilmente prever, ou seja, grande acúmulo de exames concluidos, aguardando, para sua expedição, apenas a datilografia. Êste atrazo chegou a atingir, em certas ocasiões, para mais de uma semana, situação

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO

Nome: ..... Registro: .....
Idade: ..... Sexo: ..... Côr: .....
Indicação do Dr. ..... Data: .....
..... Clínica: ..... Leito: ..... Quarto: ..... Amb. ☐
Material: .....
Natureza do exame: .....
Dados clínicos: .....

Recebi o resultado em .../.../.....
às ..... horas .....
.....
ASSINATURA

.....
ASSINATURA
Material colhido em ...../...../.....
às ..... horas.

ROGA-SE NÃO ESCREVER NESTA PARTE E NEM NO VERSO. ESSAS PARTES DESTINAM-SE A USO DO LABORATÓRIO.

RECEBIMENTO DA REQUISIÇÃO

COLHEITA DO MATERIAL

CONCLUSÃO DO EXAME

EXAME COPIADO

ARQUIVAMENTO DA REQUISIÇÃO

DATA HORA RUBRICA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

RESULTADO DE EXAMES DE LABORATÓRIO

Nome ..... Registro .....
Serviço ..... Ambulatório

C — 005

DOSAGEM DAS BILIRRUBINAS NO SORO

RESULTADO

Bilirrubina direta imediata	mg/100 ml
Bilirrubina direta total	mg/100 ml
Bilirrubina indireta	mg/100 ml
Bilirrubina total	mg/100 ml

Método de MALLOY-EVELYN, com dosagem de bilirrubina de reação direta imediada de um minuto (WATSON), com leitura espectro fotométrica

C — 023

DOSAGEM DE URÉIA NO SANGUE

RESULTADO

mg por 100 ml de sangue
Método de GENTZKOW (hidrólise para urease) com Leitura espectrofotométrica

C — 022

DOSAGEM DE GLICOSE NO SANGUE

RESULTADO

mg por 100 ml de sangue
Método de FOLIN-WU, com leitura espectrofotométrica

essa que, evidentemente, era extremamente danosa para o nosocômio. Em conseqüência do considerável aumento do prazo para a entrega dos resultados, cresceram desmesuradamente os pedidos de exames "urgentes", com sobrecarga do pessoal técnico.

Tal situação requeria providências inadiáveis e a mais aparente seria a admissão de mais alguns auxiliares de escritório. Entretanto, os recursos orçamentários da ocasião não permitiam essa solução.

Afastada essa possibilidade, nossa atenção voltou-se para os modos através dos quais poderia ser efetuada uma simplificação da transcrição dos resultados, com conseqüente diminuição do trabalho que tal parte das atividades do laboratório consumia.

Uma primeira idéia foi a do preparo de impressos adequados para a requisição e resultado, um modêlo para cada tipo de exame, a serem preenchidos em parte pelo médico requisitante (identificação do paciente), o restante sendo preenchido pelo laboratório. Tratando-se de impressos especiais para cada tipo de exame, o trabalho do laboratório seria extremamente simplificado, pois apenas haveria necessidade de preencher os espaços em claro com os dados numéricos ou poucos dizeres, o que poderia ser feito, nas mais das vêzes a mão, pelo próprio técnico, ao concluir o exame. Entretanto, grande inconveniente surgiria dessa modalidade, porque exigiria grande multiplicidade de impressos nas enfermarias e ambulatórios, sendo essa idéia, portanto, posta de lado.

A solução que se mostrou propícia foi a de aumentar o tamanho dos impressos até então utilizados, com a inclusão de uma parte destinada à expedição dos resultados, destacável por linha picotada. Nesta parte adicional foram impressos apenas os dizeres correspondentes à identificação do paciente, a ser preenchida também pelo médico requisitante. Êste novo modêlo de impresso se acha reproduzido na fig. 1 (o impresso antigo consistia apenas da parte que fica acima da linha picotada). Dêsse modo, haverá necessidade de um único modêlo de impresso à disposição do médico.

Correndo o preenchimento dos dados de identificação do paciente no resultado por parte dos médicos, há apreciável economia de tempo, desde que o tempo consumido pela datilógrafa, ao transcrever a identificação do paciente no resultado, não é apenas o necessário para **escrever** o nome do paciente, mas principalmente o requerido para **decifrá-lo.** O desleixo dos médicos pela caligrafia é notório, sendo até objeto de várias anedotas. Poucos se dão ao trabalho de preencher os dados da requisição com letra perfeitamente legível, muito menos em letra de fôrma, como é sugerido no próprio impresso.

Fig. 5 — Fase final: carimbagem das requisições para a transcrição dos resultados.

Outro recurso foi também adotado para acelerar ainda mais o andamento da transcrição do resultado. Sendo os mesmos representados, por uma parte variável e outra fixa, esta geralmente com muito mais dizeres que aquela, a confecção de carimbos de borracha com a parte fixa dos dizeres do resultado, permitiu maior rapidês na transcrição. Na fig. 2 se acham reunidos alguns exemplos típicos de carimbos utilizados. O próprio técnico carimbará a parte correspondende ao resultado, completando os dizeres do carimbo com o resultado do exame. Êste preenchimento é feito à mão.

No caso de resultados cujo preenchimento corresponda a variedade não muito extensa de nomes científicos (como é o caso de resultados de exames parasitológicos), foram feitos carimbos com os dizeres correspondentes.

Quando o exame admite 2 ou 3 alternativas de resultado, usam-se carimbos já incluindo essas alternativas (por exemplo, na sorologia de sífilis, em que as possibilidades são positivo, negativo e duvidoso).

Já nos casos em que os resultados têm a parte variável extensa (exames de urina, bacterioscopia, etc.), continua sendo feita a transcrição datilográfica.

O conjunto de fotografias reunidas nêste trabalho (fig. 3 e seguintes), exemplifica a norma de andamento de uma rotina de exames.

A adoção de novo sistema de transcrição de resultados soluciona definitiva e economicamente o problema assinalado, razão por que sugerimos seu emprêgo em outros laboratórios hospitalares que têm a seu cargo uma pesada rotina que deve ser vencida com um mínimo de custo.

Como estágio posterior, para melhoria do sistema de transcrição, estamos presentemente estudando a possibilidade de substituir os carimbos de borracha por matrizes metálicas de uma máquina de endereçar, nas quais a impressão é feita através de fita do tipo utilizado nas máquinas de escrever (mas de maior largura). Dêsse modo será melhorado o aspecto dos resultados, com aumento da legibilidade dos dizeres.

Fig. 4 — Outra fase da "série" anterior: filtração.

CONSULTE O IPH PARA A SOLUÇÃO DE SEUS PROBLEMAS HOSPITALARES

EQUIPAMENTO ELETRICO EM HOSPITAIS

ENG. ALFREDO WILLER

O presente estudo visa preencher uma lacuna, que existe sôbre o assunto, na nossa literatura especializada.

São conhecidos os efeitos nocivos da iluminação deficiente sôbre as pessôas e especialmente sôbre as pessôas doentes.

Por êste motivo, ao se tratar de um hospital, o problema da boa iluminação adquire uma importância primordial. Um hospital não poderá ser bem planejado se não fôr bem equipado elètricamente. A boa iluminação é apenas um dos requisitos nêste sentido, pois igualmente importante é a localização certa de tomadas, telefones, sinalização, etc.

Nas páginas que se seguem procurou-se apresentar, de forma sintética, um esquema das exigências elétricas de um hospital, sala por sala. A fim de facilitar a visão de conjunto, acrescentou-se ao estudo de cada sala uma relação dos aparelhos nela requeridos.

I — UNIDADE DE ENFERMAGEM

ENFERMARIAS E QUARTOS

A questão da adequada iluminação das enfermarias e dos quartos de pacientes tem suscitado controvérsias. Uns preconizam luz indireta no teto; outros, luz indireta combinada com luz de leitura, acima de cabeceira do doente. Sejam quais forem as opiniões, uma coisa parece hoje certa: a condenação do uso de pontos de luz direta, no teto, para enfermarias e quartos.

Além do defeito principal de deslumbrar a vista dos pacientes, êste sistema ainda apresenta outras desvantagens: má distribuição de luz, receptáculo de pó, etc.

Uma enfermaria ou quarto bem iluminados exigem duas espécies de luz: uma geral, difusa, de 50 lux aproximadamente e outra local, de 300 lux aproximadamente, para leitura e exame.

A luz geral, indireta, poderá provir de um aparelho no teto, do tipo concha ou calha (fig. 1); ou ainda de uma arandela localizada acima da cabeceira do leito. Êste último sistema, além de dar uma luz mais suave, parece mais racional. A fig. 2 mostra um dêstes aparelhos, que combina a luz indireta com a de leitura. Cada tulipa pode ser acionada separadamente, havendo ainda um interruptor na entrada do quarto, que também controla a luz indireta. O I.P.H. introduziu entre nós uma arandela dêste tipo, a qual já está sendo fabricada por duas firmas de São Paulo. Sua primeira aplicação teve lugar no Hospital Santa Helena de Goiânia. Merece ainda menção especial o sistema de iluminação experimentado no hospital de Larkfield, na Inglaterra (fig. 3).

Quando se trata de quartos para mais de um leito, é preciso instalar a luz de leitura de tal forma, que seus raios não venham a incomodar os outros pacientes. Por êste motivo, não se deve colocar o aparelho demasiadamente alto; uma boa altura é a de 2 metros. Alturas menores não são convenientes, devido ao incômodo causado ao paciente, pelo calor da lâmpada. Todos os quartos e enfermarias deverão possuir um sistema de luz noturna. Atualmente, usa-se mais o tipo de rodapé, munido de veneziana. Deve ser instalado a 45 cm do piso, fora das vistas do paciente e em lugar desobstruido. Recomenda-se que o interruptor, que aciona esta luz, seja silencioso, de mercúrio; a enfermeira poderá, assim, inspecionar o quarto sem acordar o doente. Quando o interruptor não é dêsse tipo, é aconselhável colocá-lo fora do quarto, no ves-

tíbulo ou corredor. É de boa praxe localizar o interruptor da luz noturna 30 cm acima dos outros interruptores, a fim de facilitar sua distinção. É igualmente recomendável que todos os demais interruptores também sejam do tipo silencioso.

Deverá haver duas tomadas ao lado da cama, a 1,20 m do piso, juntamente com o botão de chamada luminosa, cuja provisão é de importância fundamental. Essas tomadas destinam-se para: cobertor elétrico, cama com sistema de levantamento elétrico, lâmpada de exame portátil, aparelho de barbear, tenda de oxigênio, etc. O sistema de chamada luminosa mais empregado é o que utiliza um botão de chamada conectado a sinais luminosos e auditivos no Posto de Enfermeira, na Sala de Serviço e Copa, além da luz acima da porta do quarto, indicativa da procedência da chamada. O botão, que é acionado por um cordão de puxar, poderá ser de uso individual, ou servir para duas camas ao mesmo tempo. Nêste último caso, terá que ser localizado convenientemente de permeio às mesmas e provido de cordão duplo. Um sistema mais completo e, ao mesmo tempo, mais caro, é o da intercomunicação por meio de microfones e alto-falantes. Êste sistema permite ao paciente comunicar-se com a enfermeira, sem que a mesma tenha que abandonar o posto.

É interessante prevêr ainda uma tomada especial, na parede oposta à cama, para possibilitar o emprêgo de acessórios, tais como: aparelho de raio X portátil, aparelhos de terapia e outros. Esta tomada deverá ter uma capacidade de 30 ampêres e deverá pertencer a um circuito independente, no máximo com duas tomadas.

Igualmente recomendável é a instalação de um sistema de alto-falantes, com volume controlado, ou provido de fone de travesseiro, para música suave, e de uma tomada para telefone. Um complemento interessante seria a instalação de persianas movidas elètricamente, com contrôle junto à cama. A rápida difusão, nos últimos anos, da televisão, entre nós, faz prevêr para um futuro próximo, a inclusão da mesma, no equipamento dos quartos de pacientes. Seria, portanto, justificado prover uma tomada para antena de televisão, em cada quarto.

O problema da iluminação dos banheiros poderá ser resolvido satisfatòriamente com uma ou duas arandelas acima do lavatório. É interessante colocar uma tomada, para aparelho de barbear elétrico, ao lado do espêlho. Mesmo quando o hospital possuir sistema de água quente nos quartos, é sempre recomendável prover uma tomada de 220 volts, para chuveiro elétrico.

RESUMO

Iluminamento: geral, 50 lux
leitura e exame, 300 lux

1 arandela dupla, tipo IPH, acima de cada cama, a 2 m do piso.

1 luz de rodapé, a 45 cm do piso

2 tomadas ao lado de cada cama, a 1,20 m do piso

1 tomada baixa para 30 ampêres, na parede oposta à cama

1 botão de chamada luminosa, ao lado de cada cama, com cordão simples ou entre duas camas, com cordão duplo.

Banheiro:

1 ou 2 arandelas acima do lavatório

1 tomada ao lado do espêlho

1 tomada de 220 volts, para chuveiro

OPCIONAL:

Tomada para telefone

Sistema de alto-falantes para música

Persianas movidas elètricamente

Cama com sistema de levantamento elétrico

Antena para televisão

Sistema de interfones.

SERVIÇOS E UTILIDADES

Como área de trabalho, esta sala exige um nível de 200 lux, aproximadamente.

As tomadas serão localizadas acima das mesas de trabalho. Haverá uma, no mínimo, na parte suja, e 3 na parte limpa, sendo uma de 220 volts, com entrada diferente das de 110 volts.

Haverá, também, um quadro de chamada luminosa-auditiva, colocado em local fàcilmente visível pela enfermeira.

Figura 1 — Quarto de paciente com aparelho de luz indireta e lâmpada de leitura.

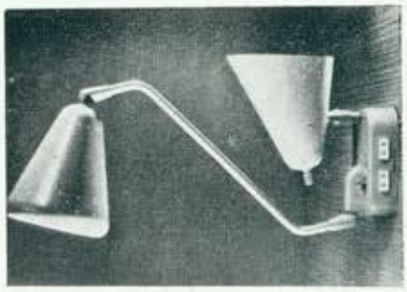


Figura 2 — Aparelho para quarto de paciente, combinando luz indireta com luz de leitura.

RESUMO

Iluminamento: 200 lux

Luz fluorescente, tipo industrial, no teto (fig. 4)

1 tomada de 110 volts, no mínimo, na secção suja

2 tomadas de 110 volts, no mínimo, na secção limpa

1 tomada de 220 volts, com entrada diferente, na secção limpa

1 luz de chamada com cigarra

COPA DO ANDAR

Nos hospitais em que o serviço de distribuição de comida é centralizado, a copa, normalmente, é relativamente pequena; nêste caso, um ponto no teto, com aparelho de luz incandescente ou fluorescente, será satisfatório.

As copas de serviço descentralizado são maiores, podendo requerer dois pontos de luz.

Haverá uma tomada para geladeira, outra para o aquecedor de chapa e mais três, agrupadas acima da mesa, para outros aparelhos, tais como liquidificador, extrator de suco, torrador de pão, etc.

É interessante instalar, na pia, um triturador de lixo. A tomada para êste localiza-se abaixo do tampo da mesa, junto à pia.

Nos hospitais em que os pratos são lavados nas copas dos andares, será necessário prover um circuito de 220 volts, para a máquina de lavar pratos.

É interessante prover uma tomada para telefone, para ligação interna com a cozinha.

RESUMO

Iluminamento: 200 lux

1 ponto de luz no teto, fluorescente ou incandescente

Tomadas:

1 para geladeira

1 de 220 volts para aquecedor de chapa, acima da mesa

3 de uso variado, acima da mesa

Quadro de chamada luminosa com cigarra, a 1,70 m do piso

Telefone de parede

OPCIONAL:

Tomada para triturador de lixo, sob a pia

Tomada de 220 volts, para máquina de lavar pratos.

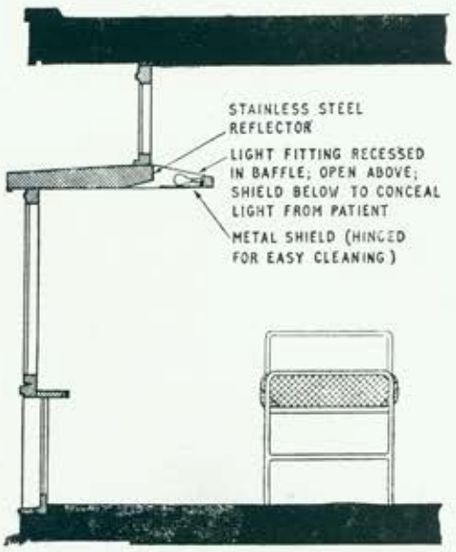


Figura 3 — Detalhe do sistema de iluminação das enfermarias no Hospital de Larkfield, Inglaterra.

POSTO DE ENFERMEIRA

Os pontos de luz acima da área de trabalho deverão fornecer 200 a 300 lux sôbre esta. A mesa da enfermeira deverá possuir iluminação própria, proveniente de uma lâmpada de mesa ou de um refletor colocado acima da mesma, na parede. Esta luz permitirá à enfermeira desempenhar suas funções durante a noite sem que a luz possa, eventualmente, incomodar os pacientes dos quartos vizinhos (fig. 5).

Acima da mesa de trabalho haverá 2 a 3 tomadas, para uso variado. O luz do armário para narcóticos deverá ser provida de interruptor tipo "pega ladrão".

O interruptor que aciona a luz noturna dos corredores deverá ficar no posto ou junto ao mesmo.

O quadro de chamada luminosa deverá ser colocado em lugar fàcilmente visível pela enfermeira; no caso de haver sistema de interfones, para comunicação com os quartos de pacientes, êste será localizado na escrivaninha ou junto à mesma.

No caso do hospital ser equipado com sistema de alto-falantes para música, o posto de enfermeira poderá ser escolhido para a localização do contrôle do sistema amplificador com rádio e toca-discos.

RESUMO

Iluminamento: 200 a 300 lux (na área de trabalho)

Pontos de luz acima da área de trabalho, na parede (incandescente) ou no teto (fluorescente)

Lâmpada de mesa ou refletor de parede, acima da escrivaninha

2 a 3 tomadas, sôbre a mesa de trabalho

1 tomada junto à escrivaninha

Telefone

OPCIONAL:

Sistema de interfones

Sistema de alto-falantes para música

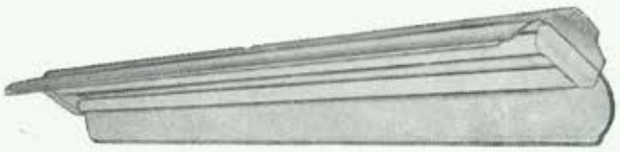


Figura 4 — Aparelho de luz fluorescente, tipo industrial.

CORREDORES

A iluminação requerida é da ordem de 50 lux. O espaçamento dos pontos será de 5 m aproximadamente. Os sistemas de iluminação aqui utilizados variam em função do preço e das exigências estéticas.

Um tipo muito usado é o dos aparelhos embutidos no fôrro, o qual ainda apresenta a vantagem de não possuir superfícies retentoras de pó.

Todavia, a iluminação conseguida por êste não é uniforme, produzindo ainda no teto desagradável efeito de claro-escuro, muito contrastado. Isto evita-se, utilizando globos incandescentes semi-embutidos (fig. 6) que distribuem parte da luz também sôbre o teto, dando maior uniformidade à iluminação.

Quando as portas dos quartos forem munidas de visores, a luz do corredor poderá chegar a incidir sôbre a vista dos pacientes. Êste inconveniente poderá ser afastado, colocando as luzes do corredor nas paredes, entre as portas dos quartos.

A luz noturna poderá ser incorporada aos aparelhos de iluminação geral. Êste sistema, embora mais econômico, poderá vir a incomodar os pacientes pela sua demasiada claridade. Um tipo mais eficiente é o da luz de rodapé, idêntico ao mencionado no capitulo dedicado aos quartos. Os pontos, cujo espaçamento deverá ser de 6 m aproximadamente, são colocados a 45 cm do piso, de um lado e de outro do corredor, alternadamente. Quando forem providos de venezianas, estas deverão ser pintadas de verde ou azul claro, para evitar ofuscamento.

Os corredores das Unidades de Enfermagem deverão ser providos de tomadas para aparelho portátil de raio X. Estas tomadas, ligadas a um circuito especial e com capacidade para 30 ampères, deverão ser colocadas a intervalos de 12 m, aproximadamente. Elas servirão, igualmente, para a conexão de carros térmicos, no caso de se utilizar êste sistema de distribuição de comida.

RESUMO

Iluminamento: 50 lux
Pontos no teto, espaçados de 5 m, aproximadamente
Luz de rodapé, cada 6 m, a 45 cm do piso
Tomadas de 30 ampères, cada 12 m.

II — CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

SALAS DE OPERAÇÃO

A iluminação aqui exigida é de duas espécies: de trabalho e geral.

A luz de trabalho serve para iluminar o campo operatório, possibilitando ao cirurgião uma visibilidade perfeita, sem ofuscamento nem sombras, mesmo nas incisões e cavidades mais profundas.

As lâmpadas utilizadas para êste fim dividem-se em dois grupos: as de teto e as móveis.

As lâmpadas de teto são geralmente em número de seis, dispostas em forma de estrêla, acima da mesa de operação (fig. 7). Os refletores, embutidos no teto, e providos de lâmpadas incandescentes especiais concentram os feixes luminosos sôbre a mesa de operação. Como esta luz vem de tôdas as direções, não há formação de sombras. Os refletores podem ser ligados individualmente, dando flexibilidade ao sistema.

As lâmpadas de teto têm a vantagem de serem menos quentes do que os refletores móveis, devido à maior distância do plano de trabalho. São mais higiênicas, pois não oferecem superfícies acumuladoras de pó.

Por outro lado, sua vida é curta e o rendimento baixo. A tabela seguinte permite comparação entre o rendimento dos diversos sistemas de luz cirúrgica:

TIPO DE APARELHO	WATTAGEM	Iluminamento em lux, no plano de trabalho	Lux por Watt no plano de trabalho
Móvel em 2 planos	350	15.000	43
Móvel em 1 plano	400	18.000	45
De teto (fixo)	2.700	12.000	4,4

Outra desvantagem da luz fixa é o seu limitado raio de ação, privando assim a mesa de operação da possibilidade de se deslocar pela sala.

As lâmpadas móveis apresentam-se em grande variedade de modêlos; quanto à suspensão, o tipo mais prático é o que permite mobilidade em dois planos, aumentando assim o raio de ação da lâmpada. A maioria dos refletores emprega vidro absorvente de raios infravermelhos para reduzir o calor gerado pelas lâmpadas.

Alguns tipos reunem várias fontes de luz num único refletor (fig. 8); outros empregam uma só lâmpada, cuja luz é concentrada por uma grande superfície refletora côncava (fig. 9) ou ainda por meio de espêlhos multidirecionais (fig. 10).

O nível de iluminamento, no centro do campo operatório, deve ser de 18000 lux, no mínimo; o cone luminoso fornecido pela lâmpada deve produzir, sôbre a mesa, um campo iluminado de 20 cm de diâmetro no mínimo, no qual a intensidade média é de 9000 lux, decrescendo do centro para a periferia.

Como a coloração dos tecidos é fator importante durante a operação, é necessário que a luz cirúrgica obedeça a um determinado critério de côr. A temperatura cromática, em graus Kelvin,

Figura 6 — Aparelho para luz incandescente semi-embutido no fôrro.

Figura 5 — Posto de enfermeira com iluminação geral fornecida por aparelhos no teto, e mesas iluminadas por refletores contínuos de luz fluorescente.

ideal para trabalhos de cirurgia, está compreendida entre 3.500° a 4.500° K.

A luz geral serve para os trabalhos de preparação da sala e serviços de rotina, fora do campo operatório pròpriamente dito. O nível de iluminamento recomendado para estas tarefas é de 300 a 500 lux.

Os aparelhos de iluminação deverão ser, de preferência, embutidos no fôrro, a fim de evitar o acúmulo de pó.

É indispensável prover uma luz de emergência para o caso de interrupção da corrente. Para êste fim, a lâmpada cirúrgica deverá estar conectada com uma segunda fonte de energia, que será ligada automàticamente no momento em que falhar a fonte principal. Quando não se dispõe de gerador auxiliar, será necessário recorrer ao uso de baterias, que deverão ser mantidas em permanente prontidão. O IPH introduziu um modêlo de lâmpada cirúrgica que possibilita o uso tanto da corrente de 110 volts como o de baterias de 12 volts; para isso as lâmpadas foram dotadas de bulbo com dois filamentos para 12 volts, sendo um alimentado pela corrente comum, transformada para esta voltagem, e outro, ligado à bateria. Evita-se assim o uso de focos especiais de emergência, caros e que ocupam espaço.

Para completar a iluminação do campo operatório usa-se, em certos casos, uma lâmpada portátil, que geralmente vem provida de baterias para uso como iluminação de emergência.

Convém ainda mencionar o emprêgo de lâmpadas germicidas, geradoras de raios ultra-violetas. Os resultados conseguidos são, no entanto, bastante duvidosos, devido ao tempo exíguo dado aos raios ultra-violetas para exterminar os germes em movimento. Sistemas mais eficientes, como o emprêgo do vapor glicólico, estão em estudo.

Tomadas, lâmpadas e interruptores, na sala de operação, deverão ser à prova de explosão. As tomadas dêste tipo, além de convenientemente blindadas, possuem um dispositivo de retenção do pino, sendo necessário um movimento de rotação para soltá-lo. Isto impede que o pino possa ser arrancado abruptamente da tomada, produzindo faisca. Quando não se dispõe de tomadas dêste tipo, o perigo de explosão poderá ser afastado, instalando simplesmente as tomadas a 1,5 m de altura, acima do piso, altura esta jamais atingida pelos gases explosivos utilizados em anestesia.

Colocando os interruptores igualmente a esta altura, poderá ser dispensado o uso de interruptores à prova de explosão.

Os focos instalados a mais de 1,5 m de altura dispensam proteção contra explosões; todavia, o foco portátil e de emergência necessitará de dispositivo protetor. Da mesma forma, as lâmpadas cirúrgicas móveis, cuja suspensão permita posições abaixo de 1,5 m de altura, deverão ser à prova de explosão.

Deverá haver, no mínimo, 3 tomadas, duas das quais com capacidade para 1500 W, localizadas convenientemente. Recomenda-se agrupá-las na parede do lado de menor tráfego, a fim de reduzir as possibilidades de tropeço em fios. O canto da sala de operação, à direita do anestesista, é o que melhor satisfaz estas condições. Os aparelhos elétricos utilizados comumente em cirurgia, e que justificam a existência destas tomadas, são: bisturí elétrico, aparelho de cauterização, aparelho de raios X portátil, aparelhamento para neurocirurgia, etc. A luz de testa, usada por muitos cirurgiões, também necessita de uma tomada.

O aparelho de sucção à prova de explosão faz parte do equipamento permanente da sala de operações, quando não se dispõe de sistema de sucção centralizado. Portanto, deve-se prever um ponto para a sua ligação; o Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos recomenda localizá-lo sob o negatoscópio.

Convém, ainda, mencionar o emprêgo da televisão nas salas de operação, principalmente para fins de ensino. O Architectural Record de Fevereiro de 1953 traz um exemplo. O aparelho de televisão é instalado no meio de 4 lâmpadas cirúrgicas especiais e controlado por um técnico, duma cabine contígua. Poder-se-ia levantar a questão do possível efeito inibidor de tal sistema sôbre os operadores.

Portas automáticas, acionadas por meio de célula fotoelétrica ou por interruptor de pé, constituem equipamento oneroso, e por isso, pouco empregado; suas vantagens, porém, são apreciáveis.

Completa a instalação elétrica um botão de chamada luminosa ligado ao posto de enfermeira e acionável pelo pé e um negatoscópio embutido na parede em frente ao cirurgião.

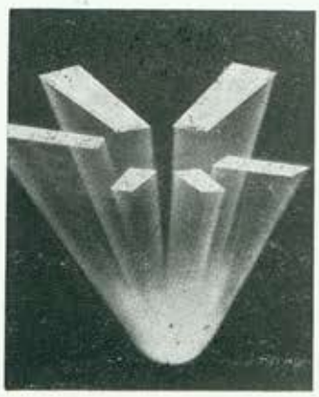


Figura 7 — Iluminação do campo cirúrgico por lâmpadas embutidas no fôrro.

Figura 8 — Foco cirúrgico móvel, reunindo várias lâmpadas num só refletor.

Figura 9 — Foco cirúrgico com refletor parabólico fornecendo luz multidirecional.

Figura 10 — Iluminação do campo cirúrgico por uma única fonte luminosa cuja luz é concentrada por meio de espelhos.

RESUMO

Iluminamento: geral 300 a 500 lux
trabalho 12.000 a 18.000 lux

Luz de trabalho:

lâmpada cirúrgica

— de teto: 6 unidades

— móvel: 1 ou 2 unidades

ligadas a um circuito de emergência

1 lâmpada portátil com circuito de emergência

Luz geral:

2 a 4 pontos, no teto, aparelhos embutidos, fluorescentes ou incandescentes

Tomadas:

no mínimo 3 de 1.500 W, agrupadas no canto à direita do anestesista, à prova de explosão, ou localizadas a 1,5 m do piso

1 ou 2 pontos para negatoscópio, a 1,80 m do piso, aproximadamente

Ponto para aparelho de sucção, sob o negatoscópio

1 ou 2 relógios elétricos

OPCIONAL:

Portas automáticas, com contrôle de pé ou de célula fotoelétrica

Televisão para transmissão de operações às salas de aula.

SALA DE PARTO

O problema aqui é semelhante ao da sala de operação. A lâmpada de trabalho utilizada difere da cirúrgica por ser mais fraca; uma iluminação de 2000 lux no plano da mesa é perfeitamente satisfatório. Além disso, o trabalho do obstétra não exige muita mobilidade de foco, permitindo, portanto, sistema de suspensão mais simples. Uma lâmpada portátil, com dispositivo de emergência, faz parte do equipamento obrigatório desta sala.

A iluminação geral poderá ser fornecida por lâmpadas incandescentes ou fluorescentes, de preferência embutidas no fôrro (fig. 11).

Tôdas as tomadas e aparelhos localizados a menos de 1,5 m de altura deverão ser à prova de explosão.

Figura 11 — Exemplo de iluminação geral adequada para sala de partos, fornecida por lâmpadas fluorescentes embutidas no fôrro.

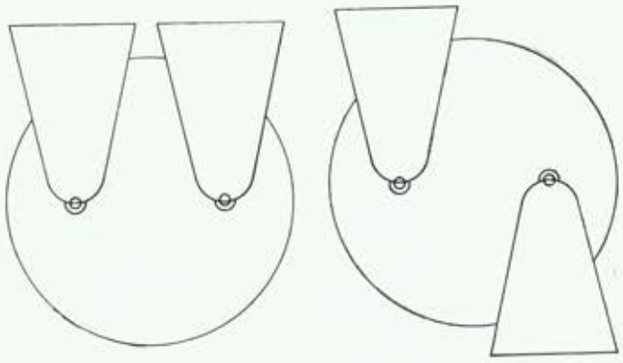


Figura 12 — Arandela dupla, para iluminação geral e de exame, na sala de recuperação. A posição 1 é para uso corrente; a posição 2, para exames.

O problema do número e da localização das tomadas torna-se mais complexo, nesta sala, devido à multiplicidade de aparelhos a ligar. A função da sala de parto exige uma tomada para ressuscitador e para incubadora; a melhor localização destas seria nas paredes laterais, em relação à mesa. Muitos obstetras costumam utilizar um ou dois focos portáteis, para completar ou substituir a luz da lâmpada obstétrica. Torna-se, portanto, necessário prover uma tomada na parede mais próxima ao pé da mesa.

Finalmente, com o uso da anestesia em obstetrícia, haverá necessidade de uma tomada para o aparelho correspondente. A localisação na parede atrás do anestesista é a mais indicada.

Como na sala de operação, há também, nesta sala, necessidade de um aparelho de sucção ou de uma tomada para vácuo.

RESUMO

Iluminamento: trabalho, 200 lux
geral, 200 a 500 lux

Luz de trabalho:

1 lâmpada obstétrica, acima da mesa, ligada a um circuito de emergência

Luz geral:

2 a 4 pontos, no teto, aparelhos embutidos, fluorescentes ou incandescentes

Tomadas:

1 no canto à direita do anestesista

1 em cada parede restante, à prova de explosão, ou localizadas a 1,5 m do piso

1 ponto para negatoscópio, na parede, a 1,80 m aproximadamente

1 ponto para aparelho de sucção, abaixo do negatoscópio

1 botão de chamada auditivo-luminosa para o posto de enfermeira

1 relógio elétrico

SALA DE RECUPERAÇÃO

Os tipos de iluminação aqui requeridos são: geral, de exame e de trabalho, na parte dedicada aos serviços. A luz geral deve ser tal que não incomode os pacientes, portanto indireta e pro-

veniente de fontes fora das vistas dos pacientes. Um sistema bastante bom e barato é o da dupla arandela colocada na parede acima da cabeceira do doente.

Consiste em duas tulipas providas de articulações, o que permite o uso alternado como luz indireta e luz de exame (fig. 12).

Outra possibilidade é a utilização de uma lâmpada de exame portátil. Haverá uma tomada ao lado de cada cama. A existência de luz de rodapé é indispensável. O Posto para a enfermeira, no caso de possuir uma mesa, deverá ser provido de luz de leitura; em todo o caso haverá uma estação de chamada luminosa e um relógio.

A secção de serviços deverá ter iluminação capaz de produzir 150 a 200 lux sôbre o plano de trabalho; haverá no mínimo 2 tomadas acima do balcão.

Se esta sala servir também de sala de anestesia, todos os aparelhos e tomadas, localizados a menos de 1,5 m do piso, deverão ser à prova de explosão.

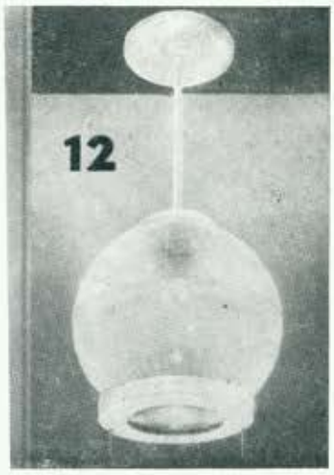


Figura 13 — Exemplo de luz para exame, fixa no teto.

RESUMO

Iluminamento: geral, 100 a 150 lux

1 arandela dupla, com tulipas móveis, acima de cada leito a 2 m do piso

1 tomada ao lado de cada leito, à prova de explosão ou a 1,5 m de altura

No posto de enfermeira e serviços:

1 tomada

1 lâmpada de mesa para luz de leitura

1 chamada luminosa

1 relógio elétrico na secção de serviços

1 ponto de luz acima da mesa de trabalho

2 tomadas de luz acima da mesa de trabalho.

SALA DE TRABALHO DE PARTO

O sistema elétrico é o mesmo do de um quarto de paciente. Pode-se, no entanto, completar o sistema de chamada, instalando um botão de chamada de emergência, conectado a uma cigarra no posto de enfermeira.

SALA DE TRABALHO DE PARTO EQUIPADA PARA PARTOS DE EMERGÊNCIA

Além do equipamento da sala de trabalho de parto, esta sala deverá dispor de iluminação geral igual à duma sala de partos. Como a luz indireta, proposta para a sala de trabalho de parto, não seria aqui suficiente, ela poderá ser completada com 2 pontos no teto, com interruptor independente, e que só seriam usados por ocasião de partos.

A luz de trabalho é fornecida por uma lâmpada obstétrica portátil, ligada a um circuito de emergência e que é capaz de fornecer um iluminamento de 2000 lux.

Também nêste ambiente, tôdas as tomadas e aparelhos abaixo de 1,5 m deverão ser à prova de explosão.

Figura 14 — Lâmpada de exame portátil, para uso manual ou com suporte.

RESUMO

Iluminamento: geral, 300 lux

de trabalho, 2000 lux

Luz geral:

1 arandela dupla acima da cama, a 2 m do piso (tipo igual aos quartos de pacientes)

2 pontos no teto, para luz incandescente, de preferência embutidos

Luz de trabalho:

1 lâmpada obstétrica portátil, com conexão ao circuito de emergência

Tomadas:

3 ao lado da cama, a 1,5 m do piso, sendo 2 de 400 e 1 de 1.500 W

1 botão de chamada luminosa

1 luz do rodapé

SALA DE CISTOSCOPIA

As exigências desta sala são semelhantes às da Sala de Operações: apenas a lâmpada cirúrgica poderá ser substituida por um aparelho menor, para luz incandescente, fixo no teto. A figura 13 mostra um dêstes aparelhos. Esta luz poderá ser completada por uma lâmpada de exame portátil (fig. 14).

Entre as tomadas figurará uma de 1000 W especial para o aparelho de cauterização. O aparelho de raio X portátil é de uso corrente nesta sala.

RESUMO

Iluminamento: geral, 300 a 500 lux

Luz geral:

2 pontos, no teto, de preferência embutidos, incandescentes ou fluorescentes

Luz de trabalho:

1 lâmpada de exame, fixa no teto

1 lâmpada de exame portátil

Tomadas:

2 de 1500 W

1 de 100 W, para cauterização

Tôdas as tomadas à prova de explosão ou localizadas a 1,5 m do piso

1 ponto para negatoscópio, a 1,80 m de altura, aproximadamente

CÂMARA ESCURA DA SALA DE CISTOSCOPIA

Esta sala, por ser pequena, ficará perfeitamente iluminada por um ponto no teto, (luz branca). Haverá ainda três lâmpadas vermelhas, de trabalho, uma no teto e duas na parede, sendo uma acima da mesa de trabalho e a outra, nas proximidades do tanque de revelação. Como a bôa ventilação dêste recinto é indispensável, convém prever uma tomada para exaustor.

RESUMO

1 ponto no teto com luz branca

1 ponto acima da mesa de trabalho com luz vermelha

1 ponto no teto com luz vermelha

1 ponto com luz vermelha junto ao tanque de revelação

1 tomada para exaustor.

CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO

A iluminação geral aqui requerida é a de uma sala de trabalho comum, portanto 150 a 300 lux. Os pontos deverão ser localizados no teto, acima e ao longo das mesas, a fim de evitar formação de sombras. Poderão ser usados aparelhos de luz fluorescente, tipo industrial (fig. 4), ou globos para luz incandescente. O espaçamento dos pontos deverá ser de 2 m aproximadamente (para um pé direito de 3 m e paredes claras). A localização das tomadas deverá ser precedida de um estudo detalhado da disposição dos diversos aparelhos, tais como lavador e afiador de agulhas, destilador de água, lavador e entalcador de luvas, lavador e esterilizador de instrumentos, estufa, etc. No caso de se pretender empregar autoclaves com vapor produzido por aquecimento elétrico, estas deverão ser localizadas antes de traçar o esquema de eletricidade. Além das tomadas especiais para aparelhos específicos, haverá tomadas comuns, ao longo das mesas, a 1,50 m do piso, espaçadas de 3 em 3 metros, aproximadamente.

Haverá um telefone interno e chamada luminosa, na parede junto à mesa da Supervisora.

RESUMO

Iluminamento: geral, 150 a 300 lux

Pontos no teto, acima das mesas, espaçadas de 2 em 2 metros.

Luz fluorescente, tipo industrial, ou incandescente (globo).

Tomadas:

Comuns, cada 3 metros, ao longo das mesas de trabalho, a 1,50 m do piso

Especiais:

1 para estufa (de 2.700 W a 12.000 W)

Outras, conforme necessidade

Chamada luminosa e telefone, junto à mesa da Supervisora

ESCOVAÇÃO

Iluminamento: 200 lux

1 ponto para cada par de lavatórios, acima dos mesmos, na parede ou no teto

SUB-ESTERILIZAÇÃO

Iluminamento: 200 a 300 lux

1 ponto, no teto

1 tomada acima da mesa

Nota: Esta sala é indicada para a localização do aparelho de sucção, nos sistemas de sucção semi-centralizados. No caso de se cogitar da instalação dêste aparelho, deve ser previsto um ponto para o mesmo.

No caso de se pretender instalar uma autoclave com vapor produzido elètricamente, será necessário prover um circuito especial para o mesmo.

Idem, com relação à estufa.

(Continúa)

BIBLIOGRAFIA

IES Lighting Handbook,
Illuminating Engineering Society — New York — 1952

General Electric Hospital Handbook — 1949

Architect's Guide to Hospital Lighting
Holophane Co. Inc. — New York — 1949

Westinghouse Co.: Hospital Electrical Planning

Isadore Rosenfield: Hospitals — Integrated Design
Reinhold Publishing Co.

Design and Construction of General Hospitals
U. S. Department of Health, Education and Welfare — Dodge Corp. — 1953

Planejamento de Hospitais — I.A.B. São Paulo 1954

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?

NOVO MÉTODO DE ADMINISTRAÇÃO ORAL DE MEDICAMENTOS

DR. EFRAIM CAMPOS

Na era nebulosa da medicina, em que esta se confundia com as demais ciências, criou-se um têrmo que permanece até hoje, em relação ao uso dos medicamentos: de uso interno e de uso externo. O uso interno se refere a tôdas as substâncias ingeridas com o fim de curar ou apenas aliviar o sofrimento do homem.

Inicialmente eram tisanas, infusões, tinturas, comprimidos, pílulas, e, numa fase mais adiantada, as cápsulas.

Estas, como diz a própria etimologia latina, significam "pequenas caixas", constituidas numa base de gelatina e que foi, durante muito tempo, a forma mais aceita pela farmácia para a administração de medicamentos de cheiro ou gôsto desagradáveis, assim como de pós ou de substâncias oleosas nauseantes.

São de três tipos:

1.º **Cápsulas moles:** são as maiores, preparadas com uma solução de glicerina solidificada pela gelatina, à qual se dá, por meio de moldes apropriados, a forma de cápsulas ôcas: enche-se com o medicamento e fecha-se com gelatina. Encerram mais ou menos 40% de seu pêso de princípio ativo. Preparam-se, assim, cápsulas de óleo de ricino, extrato etéreo de feto macho, ditas cápsulas de Gréguy, quando a êste extrato é adicionado o calomelano.

2.º **Cápsulas duras redondas:** (por pressão) ou pérolas são preparadas, dispondo-se entre duas fôlhas de gelatinas amolecidas pelo calor, a substância ativa em camada fina. Máquinas especializadas cortam a gelatina e fecham, nas cápsulas formadas, o produto medicamentoso. Encerram 50% de seu pêso de éter, essência de terebentina, eucalipto ou creosoto. Fazem-se, também, cápsulas de terpina, saes de quinino, etc.

3.º **Cápsulas duras cilíndricas:** são constituidas por dois tubos que se encaixam um dentro do outro e formadas por uma mistura de gelatina e glútem. Pode-se incluir, em caso de necessidade, substâncias sólidas ou líquidas (essência de quenopódio).

As cápsulas preparadas com gelatina coagulada pelo formol (glutal) resistem à digestão gástrica e são atacadas pelo suco pancreático. As cápsulas são ingeridas com um pouco dágua.

A produção industrial conseguiu, intensificando os processos de aperfeiçoamento, obter os medicamentos em forma de micrograânulos, envolvidos por substâncias inertes, do ponto de vista farmacológico, mas cuja desintegração entérica se fazia em tempo variável. Combinando uma grande quantidade dêsses micrograânulados, poder-se-á obter uma ação constante de um medicamento, por uma única dose, sem ser preciso repeti-la 4 a 8 vêzes por dia. Isso particularmente aplica-se no uso da reserpina, anfetaminas, barbitúricos e anti-histamínicos. Podemos ver, pelo gráfico anexo, fig. 1, que, com o uso da anfetamina em doses fracionadas: 1 — 4 — 8 — 12 horas, os níveis cairam no fim de cada horário parcelado; na fig. 2 vê-se que, com micrograânulos de absorção variável, se tem um nível sanguíneo regular e constante, com uma única dose do medicamento.

À medida que os micrograânulos são desintegrados, êles são absorvidos e mantêm o nível sempre constante. Tomam-se de preferência dentro de cápsulas duras cilíndricas. Os micrograânulos são produzidos pela indústria farmacêutica em côres variadas, cada uma com um tempo certo de desintegração.

De posse disso, o farmacêutico do hospital apenas tem necessidade de receita do médico, com a dose que o paciente vai tomar em 24 horas.

Isto pode parecer à primeira vista uma filigrana de pouco interêsse, mas se formos pensar em alguns problemas, o caso muda muito de figura:

1.º — Economia de tempo para a enfermeira que administra o medicamento.

2.º — Economia de tempo para os responsáveis pelas farmácias hospitalares, que controlam tôda saída de barbitúricos.

3.º — Estado psicológico do doente, que não é lembrado a todo momento sôbre seu estado mórbido.

Estudos feitos por Gooby e Turnbull, com a administração de feno-barbital a pessôas internadas e obrigadas a tomar comprimidos várias vêzes ao dia, conduziram a conclusões muito satisfatórias, relativas ao tempo economizado pelas enfermeiras. Êles verificaram que o tempo tomado no "Pennsylvania Hospital" para uma enfermeira administrar um comprimido de feno-barbital era em média de 4,89 minutos. (Preencher a fórmula da medicação, dose prescrita, médico responsável, retirada na farmácia; lembrando-se que a fiscalização americana de barbitúricos é rigorosa). — Essa dose precisa, em geral, ser repetida 3 a 4 vêzes por dia. Se, numa enfermaria de 40 leitos, existe de 8 a 12 pacientes, tomando barbitúricos, "a grosso modo" vê-se quanto tempo é economizado, usando-se cápsulas, contendo micrograânulos de barbitúricos, com tempo retardado de absorção.

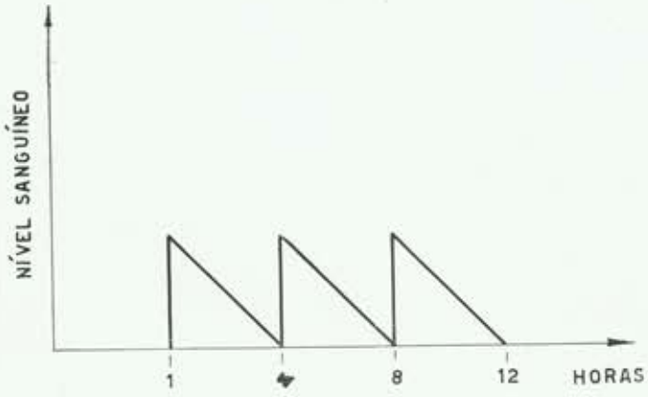


Fig. 1

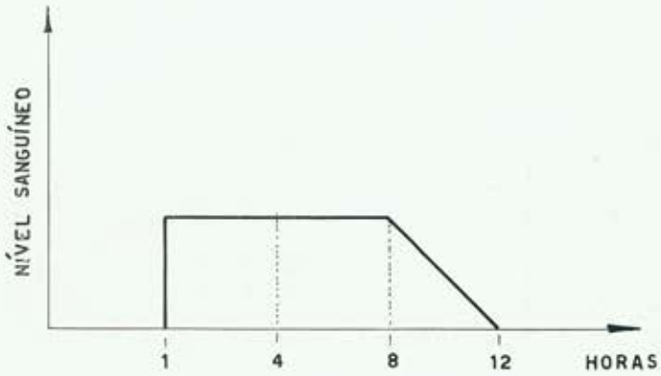


Fig. 2

ESTATÍSTICA ECONOMICA, MÉDICO-SOCIAL E CULTURAL DAS REGIÕES ECOLÓGICAS (ZONAS FISIOGRAFICAS) DO ESTADO DE SÃO PAULO — 1953 (continuação)

Adriano Taunay Leite Guimarães

MUNICIPIOS E ZONAS FISIOGRÁFICAS	6.ª ZONA BAIXADA DA RIBEIRA									7.ª ZONA SÃO JOSÉ DO RIO PARDO								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Cananéia	Eldorado	Iguape	Itariri	Jucupiranga	Juquiá	Miracatú	Pedro de Toledo	Registro	Águas da Prata	Caconde	Mocóca	Pinhal	São João da Bôa Vista	São José do Rio Pardo	São Sebastião da Grama	Japiratiba	Vargem Grande do Sul
N.º de Distritos	2	3	1	2	3	1	2	1	2	2	2	3	2	1	2	1	1	1
População: Habitantes (n.º absoluto)	6.077	11.296	15.808	7.067	15.459	7.091	10.930	4.796	20.476	6.161	16.584	32.161	30.169	35.479	33.536	11.933	9.683	11.320
% em relação à do Estado	0,06	0,12	0,16	0,07	0,16	0,07	0,11	0,05	0,21	0,07	0,17	0,32	0,31	0,36	0,34	0,12	0,10	0,11
Área: Km²	1.341	1.716	2.156	293	1.477	869	1.033	629	1.642	159	438	859	496	499	630	218	228	248
% em relação à do Estado	0,54	0,70	0,87	0,11	0,60	0,36	0,42	0,25	0,66	0,07	0,17	0,35	0,20	0,21	0,25	0,09	0,09	0,10
Habitantes por Km²	4,53	6,58	7,33	24,12	10,47	8,16	10,58	7,62	12,47	38,75	37,86	37,44	60,83	71,10	53,23	54,74	42,47	45,65
Nascimentos vivos (n.º absoluto)	244	302	426	278	829	338	446	226	769	223	580	926	903	1.084	1.308	377	510	462
Óbitos (n.º absoluto)	90	139	164	67	223	92	125	35	252	65	168	288	427	396	440	102	153	136
Crescimento Vegetativo (n.º absoluto)	154	163	262	211	606	246	321	191	517	158	412	638	476	688	868	275	357	326
Médicos (n.º absoluto)	2		1	1	7			2	1	2	4	15	13	19	15	3	4	5
por habitantes	1/3.039	0/11.296	1/15.808	1/7.067	1/2.208	0/7.091	0/10.930	1/2.398	1/20.476	1/3.080	1/4.146	1/2.144	1/2.321	1/1.867	1/2.236	1/3.978	1/2.421	1/2.264
Leitos hospitalares (n.º absoluto)	14		70								30	175	105	86	478	57		48
por habitantes	1/434	0/11.296	1/226	0/7.067	0/15.459	0/7.091	0/10.930	0/4.796	0/20.476	0/6.161	1/533	1/184	1/287	1/413	1/70	1/209	0/9.683	1/236
Dentistas (n.º absoluto)			3	2	2		1	2	1	2	4	9	10	20	17	3	4	5
Farmacêuticos	1		1	1	4	3	4	1	4	3	3	10	18	15	7	3	2	5
Enfermeiros			1	1	16							4		3	1	1		4
Parteiros						1					1	2		2	1			
Atendentes	4	1	1		1	2	2	2		1	4	4	4	2	4	3	5	1
Visitadores Sanitários											3		1					
Ambulâncias					2								1	2				1
Aparêlhos de Raio X					1							1	4	1	4		1	3
Laboratórios de Análises Clínicas	2		2		1	1			1				5	4	5		1	1
Engenheiros					1							3		13	3			
Agrônomos			1						1		1	1	5	4	5			
Veterinários												3	1	2				
Agrimensores			1	1	2						2	1	1					

NAS SÉDES MUNICIPAIS SÒMENTE: ABASTECIMENTO DE ÁGUA E ESGÒTO SANITÁRIO																		
1) N.º de reservatórios de abastecimento de água		1	2			1	1	1		3	1	1	3	3	3	1	1	1
2) Capacidade dos reservatórios em m³		60	32			150	6	5.000		128	750	800	2.000	3.000	1.448	128	250	550
3) Número de prédios abastecidos	151	142	459			40	49	112		255	549	1.790	2.456	3.210	1.835	216	232	730
4) Metros lineares de rêde de esgotos		5.242	3.000		1.000					2.120		24.300	32.000	38.500	11.440			12.780
5) Número de logradouros servidos de esgotos		13	10		8					23		60	74	86	5			42
6) N.º de prédios servidos de esgotos		84	120		85					255		1.630	1.628	2.100	1.835			663
7) Logradouros com iluminação pública	12	24	38	11	10	9	11	9	20	27	28	65	75	125	60	20	22	34
8) Fócos de iluminação pública em uso	109	190	310	83	80	95	75	60	160	180		434	769	1.290	669	182	275	386
9) Ligações de iluminação particular	121	208	450	115	90	140	74	112	215	435	597	2.046	2.091	4.015	2.200	360	305	891
ESCOLAS DE ENSINO FUNDAMENTAL COMUM: PROFESSORES EM REGÊNCIA DE CADEIRAS E MATRÍCULAS EM VIGÒR																		
1) Estaduais: Professores	13	16	25	22	29	29	27	16	68	13	46	74	68	95	105	27	17	32
Matrículas	478	569	864	820	1.073	720	998	591	2.316	419	1.473	2.332	2.309	2.986	3.576	958	541	1.027
2) Municipais: Professores	4	11	10		4	4	2		3	5	7	6	8	16	6	4	3	3
Matrículas	96	405	253		151	135	61		77	154	157	155	182	298	112	114	114	59
3) Particulares: Professores							1		4			1	1		2			
Matrículas							22		127			21	15	207	52			
4) Total: Professores	17	27	35	22	35	33	30	16	75	18	53	81	77	111	113	31	20	35
Matrículas	574	974	1.117	820	1.224	855	1.081	591	2.520	573	1.630	2.508	2.506	3.491	3.740	1.072	655	1.086
ESCOLAS PARA OUTRAS ESPÉCIES DE ENSINO																		
1) Total de unidades escolares			1	1					3	6	1	16	12	11	11			1
Das quais de ensino secundário			1						1	2	1	3	2	4	4			1
agrícolas													1					
industrial												3						
comercial												2	2	2	2			
artístico																		
pedagógico									1	2		2	2	2	2			
superior												1						
outros ensinos				1					1	2		5	5	3	3			
2) Total de membros do corpo docente			12	1					30	55	12	145	124	90	101			14
ensino secundário			12						17	25	12	43	28	48	65			14
ensino agrícola													28					
ensino industrial												33						
ensino comercial												23	18	19	15			
ensino artístico																		
ensino pedagógico									11	14		25	19	20	18			
ensino superior												7						
outros ensinos				1					2	16		14	31	3	3			

FINANÇAS PÚBLICAS — FEDERAIS, ESTADUAIS E MUNICIPAIS — RECEITA, DESPESA E SALDO POSITIVO OU NEGATIVO (EM Cr$ 1.000)																		
1) Federal: receita arrecadada	553	207	933	174	312	643	94	122	2.100	697	1.137	7.026	7.004	9.221	4.078	1.017	2.386	1.651
2) Estadual: receita arrecadada	537	444	1.840	814	1.103	1.141	829	506	3.357	1.784	3.716	8.156	11.065	16.317	9.149	2.310	3.218	3.170
despesa realizada	1.659	2.416	4.306	1.804	2.656	1.780	2.044	1.366	5.476	2.199	6.550		19.633	15.052				
resultado (saldo)	1.122	1.973	2.466	990	1.553	639	1.215	860	2.119	415	2.834		8.568	1.264				
3) Municipal: receita arrecadada	842	1.269	2.159	1.115	1.275	1.022	1.369	870	2.154	1.424	2.192	4.549	5.594	10.972	3.804	1.358	1.308	1.835
despesa realizada	886	1.259	2.169	1.177	1.320	945	1.372	758	2.209	1.725	2.419	3.993	5.882	10.583	3.763	1.160	739	1.670
resultado (saldo)	43	11	10	62	45	77	3	112	55	301	227	555	288	389	41	198	569	165
ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E PARA-HOSPITALAR																		
1) de manutenção oficial															1			
de manutenção particular	1		2								1	2	1	1	1	1		1
2) com internamento de doentes	1		2								1	2	1	1	2	1		1
3) com pronto socorro														1				1
4) com maternidade			1								1	2	1	1	1	1		1
5) com ambulatório	1		2								1	1	1	1	1			
6) com creche																		
7) com lactário													1	1				1
8) com assistência social			2															
9) com radiodiagnóstico											1	1	1	1	2			
10) com radioterapia													1		1			
11) com gabinete dentário													1		2			
12) com laboratório clínico											1	2	1	1	1	1		
13) n.º de salas para operações			2								1	2	1	2	3	2		3
14) n.º de salas para partos			1									3	1	1	2	2		1
15) n.º total de seus leitos	14		70								30	175	105	86	478	57		48
16) n.º de leitos gerais sòmente para cirurgia	14		38								30	77	42	41	73	55		26
para moléstias mentais e nervosas												26	9	11	36			
para tuberculose													10		301			
para outras moléstias infecto-contagiosas.												20	14		32			
especializados outros			20									4	10	21				16
para maternidade			12									48	20	13	36	2		6
17) n.º total de berços e caminhas			6								4	22	20	23	16	2		2
18) n.º de seus médicos	2		3								2	18	10	17	17	3		5
19) n.º de seus enfermeiros (as)	1		4								6	12	10	10	16	2		3
20) n.º de seus auxiliares de enfermeiros (as)	1		2								2	17	10	6	17	1		3
21) Leitos clínicos e cirúrgicos: n.º absoluto	14		38								30	103	51	52	109	55		26
22) Idem, por habitante	1/434	0/11.296	1/416	0/7.067	0/15.459	0/7091	0/10930	0/4.796	0/20.476	0/6.161	1/552	1/312	1/591	1/682	1/307	1/216	0/9.683	1/435

(Continua)

PIROGÊNIO — INIMIGO N.º 1 DOS BANCOS DE SANGUE

DR. OSWALDO MELLONE(*)

A transfusão de sangue permaneceu no terreno das práticas empíricas até o início do século presente, quando Karl Landsteiner descobriu os grupos sanguíneos. Depois dessa descoberta, ocorrida em 1901, outro acontecimento muito importante foi a descoberta da ação anti-coagulante do citrato de sódio, introduzido em 1914 por Luiz Agote. A transfusão de sangue, praticada até então por meio de aparelhos, que transferiam o sangue diretamente do doador para o doente, sem o emprêgo de anti-coagulantes, passou a ser usada mais largamente, pois o citrato de sódio tornou mais fácil a prática da transfusão, até então muito limitada pelo obstáculo representado pela coagulação. O sangue do doador, recolhido em recipientes ou em seringas, contendo a solução de citrato de sódio, torna-se incoagulável, permitindo a sua injeção lenta, sem exigir o virtuosismo técnico necessário para a prática da chamada transfusão direta.

Entretanto, logo depois, começaram a surgir as complicações da transfusão citratada, constituidas sobretudo pelos sintomas hoje conhecidos como reações pirogênicas — calafrios intensos, cefaléia, elevação de temperatura — sintomas que surgem no curso ou no término da transfusão e que, embora sem gravidade na maioria dos casos, causam sensação muito desagradável ao paciente, a ponto de muitos dêles manifestarem verdadeiro pavor ante a perspectiva de nova transfusão. Êsse tipo de reação, que incidia em elevada percentagem no início da éra transfusional, foi a princípio atribuido ao citrato de sódio, mas o advento da terapêutica intravenosa mostrou que qualquer solução injetada na veia pode dar origem a reações pirogênicas. Assim, já em 1911, Hort e Penfold, investigando a causa dos calafrios e febre, que se seguiam à aplicação intravenosa de soro fisiológico, chegaram à conclusão de que a causa da reação estava na água destilada empregada no preparo das soluções e não no sal. Notaram, também, que, empregando água destilada fresca no preparo das soluções, não ocorriam as reações, sempre presentes quando usavam água destilada guardada em recipientes abertos ou não esterilizados. A explicação foi encontrada por Florence Seibert (1923), que mostrou a existência de bactérias, que se desenvolvem na água destilada velha, sendo o agente pirogênico um produto termo-estável por elas elaborado. Dêsse modo, empregando-se água destilada velha para o preparo das soluções, permanecem as substâncias pirogênicas mesmo após a mais cuidadosa esterilização.

Êsses conhecimentos deram enorme impulso à terapêutica intravenosa e, como é óbvio, à transfusão de sangue conservado, pois, conhecidas as causas das reações pirogênicas, foi possível reduzir a sua incidência a níveis inferiores a 1%, nos bancos de sangue bem organizados. O material utilizado nos bancos de sangue consta de frascos de vidro, filtros gotejadores, constituidos por partes de vidro e pequenas telas de aço inoxidável, tubuladuras de borracha, seringas e agulhas. Cada uma dessas partes pode ser sede de substâncias pirogênicas representadas, seja por produtos de metabolismo das bactérias, seja por resíduos de sangue ou plasma não devidamente removidos, durante a limpeza do material. A limpeza de tôdas essas partes é obtida por meios mecânicos (remoção dos coágulos por esmagamento das borrachas, escovas para os frascos, torneiras de jato a pressão) e por meios químicos (carbonato de sódio para as borrachas, ácido nítrico e solução sulfo-crômica para os vidros), sendo fundamental, na fase de lavagem do material de transfusão, o uso de água destilada fresca.

A seguir, daremos o esquema de preparo do material de transfusão, utilizado no Banco de Sangue do Hospital das Clínicas. Êsse esquema, seguido pela maioria dos bancos de sangue, tem sofrido uma ou outra alteração, que não afetam substancialmente os resultados. Assim, em nossa organização particular (Banco de Sangue de São Paulo), a limpeza dos frascos para colheita e conservação do sangue não é feita com a solução sulfo-crômica, mas simplesmente com água e sabão, através de pequena máquina para lavar fras-

(*) Chefe do Serviço de Transfusão do Hospital das Clínicas. Diretor do Banco de Sangue de São Paulo.

cos. O detalhe mais importante no preparo dos equipamentos de transfusão está na lavagem final com água destilada fresca e a sua esterilização em prazo inferior a 4 horas, a fim de não permitir o desenvolvimento do pirogênio.

Preparo do material para transfusão.

1 — Partes de borracha.

a) coágulos e resíduos mais grosseiros de sangue são removidos, conetando as borrachas a uma torneira de jato forte, limpeza que se torna mais fácil, quando feita logo após o término das transfusões;

b) em seguida, os tubos de borracha são conjugados uns aos outros por meio de tubinhos de vidro (carreteis dos tubos de cat-gut) de modo a formar uma longa serpentina, que é enrolada e mergulhada em um caldeirão de aço, contendo solução de carbonato de sódio a 5%. Por meio de uma seringa grande, procura-se fazer com que a solução de carbonato penetre a luz da serpentina, formada pelos tubos de borracha dos conjuntos de transfusão e sangria; em seguida, a solução de carbonato é fervida de tal modo que, durante a ebulição, o líquido percorra todo o conjunto das borrachas, eliminando-se pela extremidade distal da serpentina, que é mantida fóra do caldeirão, escoando-se o líquido em uma pia próxima. Essa fervura, na solução de carbonato, dura cêrca de 15 minutos;

c) após a fervura na solução de carbonato, as borrachas são lavadas em água corrente abundante;

d) em seguida, a serpentina de borracha é ligada diretamente ao destilador, sendo assim submetida à lavagem com água destilada fresca, isenta de pirogênio, durante meia hora;

e) desfeita a serpentina de borracha, as tubuladuras são conetadas às partes de vidro e de metal do equipamento de transfusão, sendo, então, o conjunto ligado diretamente ao destilador, a fim de ser lavado com água destilada fresca, isenta de pirogênio. Na prática, faz-se escoar a água do destilador através de cada equipamento, até encher um frasco de meio litro, o que corresponde a um tempo de 4 a 5 minutos para cada equipamento de transfusão, quando se usa um destilador de 8 a 10 litros de rendimento horário;

f) em seguida, o equipamento de transfusão é envolto em campos esterilizados e levado à autoclave.

2 — Partes de vidro (exceto os frascos).

a) lavar em água corrente;

b) mergulhar em ácido nítrico concentrado, 4 a 6 horas;

c) Lavar em água corrente.

d) Lavar em água destilada recente.

e) Autoclavar, após conexão com as outras partes do equipamento de transfusão.

3 — Partes de metal (telas do filtro)
Tratamento igual ao das partes de vidro.

4 — Frascos de colheita do sangue.

a) lavar em água corrente;

b) encher os frascos com a mistura sulfo-crômica, que permanece até o dia seguinte;

c) remover a solução sulfo-crômica e lavar em água corrente abundante;

d) lavar em água destilada fresca, em grande quantidade;

e) colocar a solução anti-coagulante;

f) autoclave.

Fórmula da solução sulfo-crômica:

Bicromato de potássio . .	60,0
Água destilada	300,0

Dissolver com auxílio do calor, resfriar e acrescentar, lentamente:

Ácido sulfúrico comercial	460,0

A solução é passada de frasco para frasco, onde permanece de um dia para o outro. Renova-se cada 2 ou 3 meses, quando adquire coloração muito escura pela carbonização dos resíduos de sangue.

SANGUE NÃO PODE SER FABRICADO - TEM QUE SER DOADO

CAMPANHA DE SANGUE DO HOSPITAL DAS CLINICAS - PG. 42

TABELA DE DIMENSÕES DE DIVERSOS APARELHOS DE COZINHA

CALDEIRÕES A VAPOR

CAPACIDADE Litros	DIMENSÕES (CM)			CONSUMO DE VAPOR KG/HORA		PRESSÃO VAPOR
	Diâmetro interno	Diâmetro externo	Altura até a borda	Inicial	Durante a cocção	
100	50-60	80-90	80-95	20-25	14-18	7 lbs/pol. 2
200	75-80	75-100	90-95	40-45	28-32	"
300	90-95	120-125	90-95	60-70	42-49	"
400	95-100	125-130	90-100	80-85	55-72	"
500	110-120	140-150	90-100	100-115	70-80	"

FOGÕES

Tamanho	Capacidade Refeições	N.º de fornalhas	N.º de fornos	N.º de estufas	N.º bocas gaz	N.º chapas elétricas	bifeteiras elétricas	bifeteiras a gaz	CONSUMO				
									óleo l/hora	lenha m3/dia	gaz rua m3/hora	gaz eng. kg/hora	elétrico kw
1,50 × 1,00	100 — 150	1	1	1	4	4	2	2	3-6	Variável de 0,5 a 1	10	3,70	20
2,00 × 1,00	150 — 200	1	2	2	6	6	2	2	3-6		16	5,90	30
2,50 × 1,00	200 — 250	1-2	2-3	2-3					6-10		18		
3,00 × 1,00	250 — 300	2	2-3	3	8	8	4	4	6-11		20	7,40	40
3,50 × 1,00	400 — 600	2	3	3	10	10	4	4	6-12		26	9,60	50
4,00 × 1,00	700 — 900	3	4	4	12	12	4	4	6-12		32	11,80	60
5,00 × 1,00	1.000	3	4	4	14	14	6	6	17		36	13,30	70

X CONGRESSO INTERNACIONAL DE HOSPITAIS

Realizar-se-á, de 2 a 7 de Junho do corrente ano, no Hospital de Santa Maria, na cidade de Lisbôa, Portugal, o X Congresso Internacional de Hospitais ao qual concorrerão técnicos hospitalares de todo o mundo.

O Sr. Coriolano Ferreira, secretário geral do Congresso, em carta dirigida ao IPH, ao mesmo tempo que externa o seu desejo de o Brasil se fazer representar por uma forte delegação, mui gentilmente informou que "os confrades do Brasil, mais do que Congressistas, seriam pessôas da família, que, juntamente com os patrícios portuguêses, fariam as honras da casa aos visitantes estrangeiros".

Mais ainda, a Comissão organizadora portuguêsa solicitou e obteve da Federação Internacional de Hospitais a excepção para os congressistas brasileiros, de, em vez de se inscreverem na séde da Federação em Londres, o fazerem, tal como os portuguêses, diretamente em Lisbôa.

Sem dúvida alguma, a tradicional amizade que sempre uniu Portugal e Brasil encontrará, também no campo hospitalar, mais outro grande laço de união e de interêsses comuns.

No próximo número de Hospital de Hoje, será divulgado o programa detalhado do Congresso, podendo os interessados se dirigir, desde já, à Secretaria do IPH, para as necessárias informações.

DIRETORIA DO I P H

Presidente: Arq. Jarbas Karman
Vice-Presidente: Prof. Dr. Paulo Cesar de Azevedo Antunes
Secretário: Arq. Geraldo Prado Guimarães
2.º Secretário: Amaury de Almeida Castanho
Tesoureiro: Arq. C. A. Gomes Cardim Filho
2.º Tesoureiro: Dr. Joaquim Vieira Filho

Membros:
- Arq. Amador Cintra do Prado
- Eng. Arthur Witzig
- Dr. Augusto Gomes de Mattos
- Dr. Benedito de Arruda Vianna
- Eng. Eudoro Lincoln Berlinck
- Eng. Francisco Inacio de Araújo Silva
- Prof. Eng. Francisco J. H. Maffei
- Dr. José Reis
- Enfa. Maria Rosa de Souza Pinheiro
- Prof. Dr. Quintino Mingoja
- Arq. Rino Levi
- Dr. Theophilo de Almeida
- Enfa. Zaira Bittencourt

Conselho Consultivo:
- Prof. Dr. Alipio Corrêa Netto
- Prof. Dr. Alvaro Guimarães Filho
- Dr. Corintho Goulart
- Dr. Mauricio Karman

Conselho Fiscal:
- Eng. Ermano Marchetti
- Dr. J. A. Bittencourt Couto
- Prof. Dr. Rodolfo dos Santos Mascarenhas

Suplentes:
- Dr. André Roseira de Mattos
- Arq. Fernando Martins Gomes
- Dr. Martinus Pawel

ANO 1956-1957

A Diretoria do I.P.H. cumprimenta a Família Hospitalar Brasileira e particularmente seus associados e participantes das Comissões de Pesquisa pela passagem do ano 1956-1957.

ASSEMBLÉIA GERAL ORDINÁRIA

Renovação do Terço da Diretoria do Conselho Fiscal e Consultivo do IPH. De acôrdo com os Estatutos do IPH, capítulo X, artigo 34, os senhores sócios são convocados para a eleição de renovação do Terço da Diretoria (6 membros) do Conselho Fiscal (3 membros) Suplentes (3 membros) e do Conselho Consultivo (14 membros) a ter lugar na séde do IPH, dia 31 de janeiro p.f. das 17 horas às 22 horas.

O mencionado artigo 34 dos Estatutos, vai abaixo transcrito:

DAS ELEIÇÕES

§ 2.º — As convocações serão feitas com antecedência de 30 (trinta) dias, no mínimo, por editais na imprensa diária, do local da séde e Diário Oficial da União e por circulares enviadas aos sócios.

§ 3.º — É permitido votar por correspondência, observadas as normas que a Diretoria estabelecer no regulamento, para garantir o sigilo e a autenticidade do voto.

§ 4.º — Terão direito a voto os sócios inscritos há mais de 6 (seis) meses e que estiverem em dia com sua anuidade.

§ 5.º — A votação durará 5 (cinco) horas, em horário fixado pela Diretoria em edital de convocação.

CAMPANHA DE SANGUE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE SÃO PAULO:

O IPH, partilhando da campanha de sangue promovida pelo Hospital das Clínicas de São Paulo, transcreve, abaixo, as instruções divulgadas pelo Serviço de Transfusão de Sangue:

1) Qualquer pessoa adulta, maior de 18 anos, pode doar sangue, desde que esteja em estado normal de saúde.
Mesmo em caso de dúvida, no que diz respeito ao estado geral, deve-se comparecer ao Banco de Sangue. Haverá sempre um médico para o exame antes da doação.

2) Não é necessário comparecer em jejum. Duas ou três horas depois das refeições qualquer pessoa poderá doar sangue. É bom evitar, logo antes da doação, bebidas alcoólicas.

3) Doando sangue uma vez, não será necessário doar sempre: uma pessoa poderá doar várias vêzes ao ano, se quizer; e poderá não doar mais. Doar sangue não "engrossa", não estraga, não enfraquece, não muda o sangue, de forma alguma. Pelo contrário, renova-o!

4) A doação não dói, pois é aplicada uma pequena anestesia local. O pessoal de enfermagem e os médicos que trabalham no Serviço de Transfusão de Sangue do Hospital das Clínicas são especializados.

DR. MARTINUS PAWEL

PLANEJAMENTO DO LABORATÓRIO DE ANÁLISE DE UM GRANDE HOSPITAL

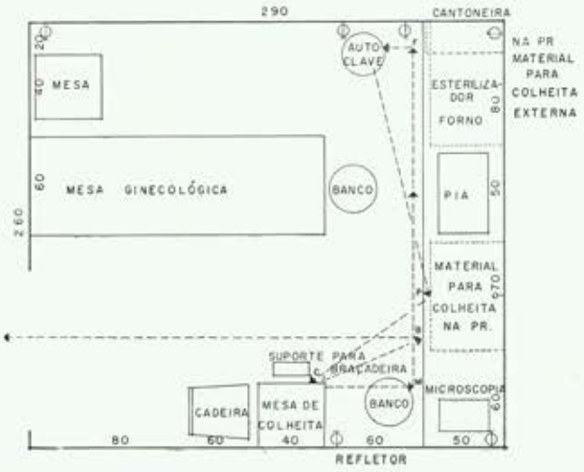
Continuação do número anterior.

9 — Colheita de material, exceto para Hematologia, incluindo o preparo para colheitas externas:

A) Instalação fixa:
Um compartimento com pia, cantoneira 50 x 30 cm, 5 tomadas elétricas de 110 volts, uma tomada elétrica de 220 volts e uma tomada de gás.

B) Móveis:
Balcão com 0,5 metros quadrados
2 bancos
Cadeira
Mesa ginecológica
2 mesas de 40 x 40 x 80 cm
Prateleiras e gavetas com 0,3 metros cúbicos

C) Aparelhos:
Autoclave 30 x 30 x 90 cm
Bico de Bunsen
Esterilizador 20 x 40 x 40 cm
Forno de 20 x 30 x 30 cm
Microscópio com aparelho de iluminação 40 x 20 x x 40 cm
Refletor
Suporte para braçadeira



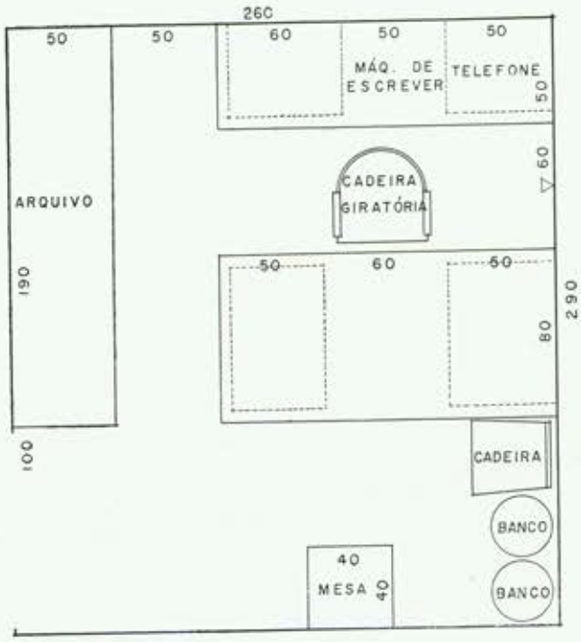
10 — Secção de Recepção, Datilografia, Arquivamento, Estatística:

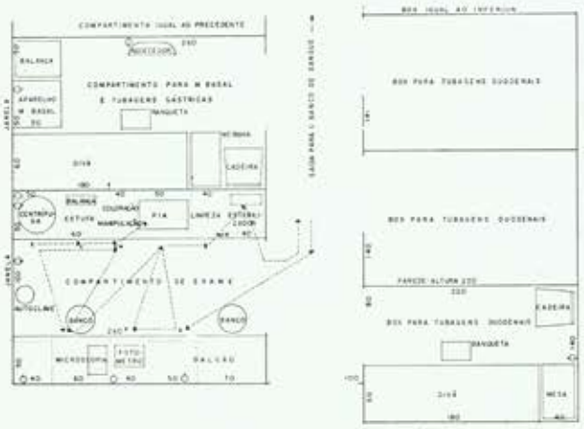
A) Instalação fixa:
Um compartimento com campainha externa, eventualmente campainhas para as secções, duas tomadas elétricas de 110 volts, telefone externo e telefone interno.

B) Móveis:
Um arquivo para resultados com 0,3 metros cúbicos para cada 10.000 pessôas (cópias em papel fino ou registro em fichas 8 x 13 cm).
2 bancos
1 cadeira
1 cadeira giratória
1 escrivaninha 80 x 160 x 80 cm
1 mesa para máquina de escrever 50 x 100 x 70 cm
1 mesinha para telefone 50 x 60 x 70 cm

C) Aparelhos:
1 máquina de escrever
Eventualmente uma máquina de calcular
2 refletores

N. B. — O arquivamento dos resultados poderá também ser feito em arquivo (fichário) geral.





11 — Tubagens gástricas e duodenais e determinações de metabolismo basal:

A) Instalação fixa:

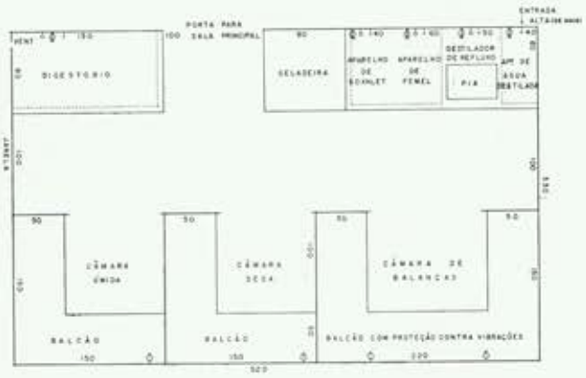
4 boxes e 3 compartimentos:
Uma tomada elétrica de 110 volts em cada box para intubação
Duas tomadas elétricas em cada compartimento para M. B. e Katsch
No compartimento para exames uma pia com torneira, 6 tomadas elétricas de 110 volts, uma tomada elétrica de 220 v. e uma tomada de gás.

B) Móveis:

Balcões com 1,8 metros quadrados
2 bancos
6 banquetas
6 cadeiras
6 divãs
6 mesinhas 30 x 60 x 80 cm
Prateleiras e gavetas com 0,5 metros cúbicos

C) Aparelhos:

2 aparelhos de M. B. 40 x 40 x 100 cm
2 aquecedores de quarto
1 balança de centrifuga 20 x 40 x 40 cm
2 balanças para pessoas
1 bico de Bunsen
1 centrífuga para 4 tubos de 15 cm³, com 40 x 40 x x 50 cm
1 microscópio com aparelho de iluminação 40 x 20 x x 40 cm
Eventualmente:
1 autoclave 30 x 30 x 90 cm
1 estufa 37° C, 40 x 40 x 60 cm
1 fotometro 30 x 40 x 30 cm



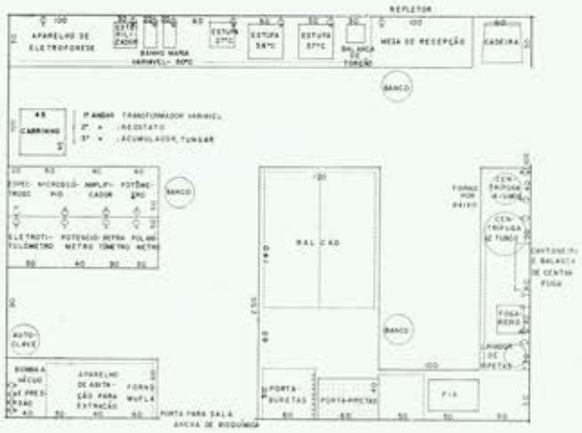
12 — Bioquímica (inclusive Hormônios e provas funcionais de fígado e preparação de reativos)

A) Instalação fixa:

2 compartimentos com:
Câmara para balanças
Câmara sêca (eventual)
Câmara úmida (eventual)
Cantoneira para balança de centrifuga 20 x 40 cm
Digestório
2 pias com duas torneiras
6 tomadas de água, sendo um alta
1 tomada elétrica alta de 220 volts
11 tomadas elétricas de 220 volts
24 tomadas elétricas de 110 volts
8 tomadas de gás

B) Móveis:

Balcões de sala principal com 9,2 metros quadrados
Balcões da sala anexa com 7,0 metros quadrados, sendo os na câmara de balanças montados sôbre blocos de borracha ou protegidos de outro modo contra trepidação.
3 bancos
Cadeira
Porta-buretas
Porta-pipetas
Prateleiras e gavetas da sala principal com 5 metros cúbicos, sendo 2,4 metros cúbicos nos balcões e o restante em forma de prateleiras suspensas.
Prateleiras e gavetas da sala anexa com 1,1 metros cúbicos



C) Aparelhos:

Acumulador de 12 volts, com 40 x 20 x 30 cm
Agitador para extração, de 40 x 60 x 40 cm
Aparelho de Eletroforese, 40 x 60 x 40 cm (eventual)
Aparelho de Femel (montar sôbre um fogareiro próximo a uma pia) 40 x 60 x 60 cm
Aparelho de Soxhlet 30 x 30 x 60 cm
Autoclave 30 x 30 x 90 cm
Balança de centrifuga, 20 x 40 x 40 cm
Balança farmacêutica, 10 x 30 x 40 cm
Balança de precisão, 30 x 60 x 60 cm
Balança de Roberval ou equivalente até 2 kg, 20 x x 40 x 40 cm
Balança de Torsão para 500 mg, 30 x 30 x 60 cm
Banho-maria a 50° C, 40 x 20 x 30 cm
Banho-maria variável, 40 x 20 x 30 cm
Bico de Bunsen
Bomba compressora e a vácuo 220 volts, 50 x 30 x 30 cm (eventualmente na secção 2)
Centrifuga para 4 tubos de 15 cm³, 40 x 40 x 50 cm

Centrífuga para 12 tubos de 15 cm³, 40 x 40 x 60 cm
2 dessecadores 40 x 40 x 60 cm
Distilador para água, suspenso, 40 x 40 x 80 cm
Eletrotitulômetro, 40 x 40 x 60 cm
Espectroscópio de reversão, 40 x 20 x 30 cm
Esterilizador 15 x 30 x 25 cm
Estufa a 27° C, 40 x 40 x 60 cm
Estufa a 37° C, 50 x 50 x 70 cm
Estufa a 56° C, 50 x 50 x 70 cm
2 fogareiros, 40 x 40 x 20 cm
Forno mufla, 40 x 60 x 50 cm
Forno de Pasteur, 50 x 60 x 60 cm
Fotômetro, 50 x 40 x 30 cm
Geladeira de 6 pés, 80 x 80 x 150 cm
Lavador de pipetas, 30 x 30 x 60 cm
Microscópio com aparelho de iluminação, 40 x 20 x x 40 cm
Polarímetro, 40 x 20 x 10 cm
Potenciômetro, 40 x 40 x 30 cm
Refratômetro (Abbé), 30 x 30 x 50 cm (eventual)
Reostato de 1 a 200 ohms, 25 x 30 x 30 cm
Transformador variável de 2 a 250 volts, 40 x 40 x x 40 cm
Tungar, 20 x 20 x 30 cm

N. B. — Uma câmara escura poderá ficar anexa à da Radiologia.

13 — Depósito (reservas e material aguardando conserto):

A) Instalação fixa:

Um compartimento com um armário embutido, revestido de azulejos ou cerâmica, 80 x 100 x 180 cm, para corrosivos.

B) Móveis:

Armário para sais, 40 x 400 x 300 cm
Armário para vidraria, aparelhos, material de limpeza, 60 x 520 x 180 cm

14 — Histopatologia:

A) Instalação fixa:

Um compartimento com duas pias, 5 tomadas elétricas de 110 v., duas tomadas de gás.

B) Móveis:

Balcões com 4,6 metros quadrados
Um banco
2 cadeiras
1 prateleira 50 x 250 x 200 cm, isto é, 2,5 metros cúbicos

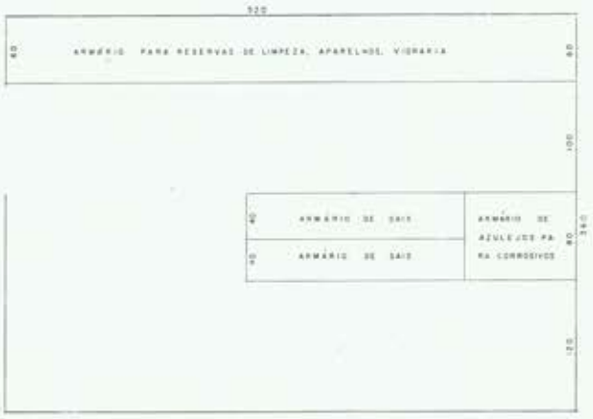
C) Aparelhos:

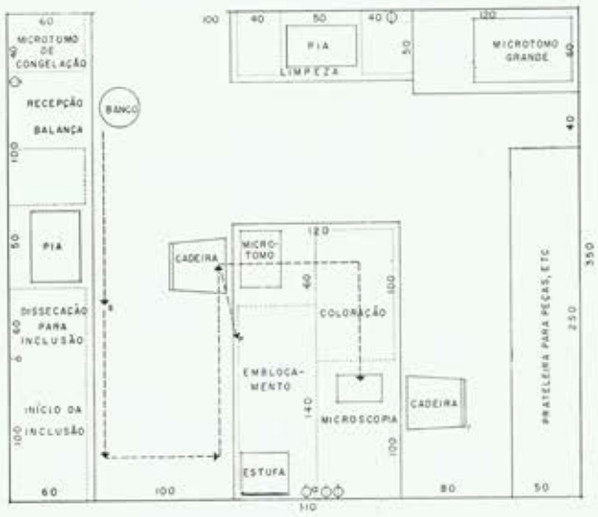
Balança pesando de 1 grama a 2 kg, 20 x 40 x 40 cm
estufa a 56° C, 50 x 50 x 70 cm
Microscópio com aparelho de iluminação, 40 x 20 x x 40 cm
Micrótomo de congelação
Micrótomo de parafina, 40 x 40 x 30 cm
Micrótomo grande (eventual, para ensino), 80 x 60 x x 50 cm
Refletor
Torpedo de gás carbônico

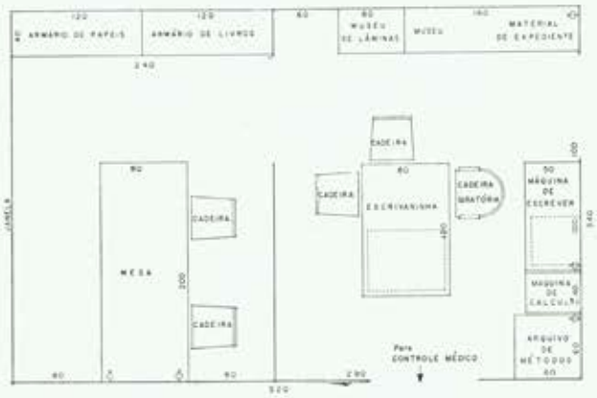
15 — Orientação médica:

A) Instalação fixa:

a) Uma saleta de estudo e instrução aos técnicos, com duas tomadas elétricas de 110 volts.
b) Uma sala de revisão e orientação, com 3 tomadas elétricas de 110 volts.







B) Móveis:

a) 2 armários, 40 x 120 x 160 cm
2 cadeiras
1 mesa, 80 x 200 x 80 cm
1 quadro negro

b) 1 arquivo de lâminas, 60 x 40 x 160 cm
1 arquivo de fichas de métodos, 60x60x160cm
2 cadeiras
1 cadeira giratória

1 escrivaninha, 80 x 120 x 80 cm
1 mesa com rodas, 50 x 30 x 30 cm
1 mesa para máquinas de escrever, 50 x 100 x 70 cm
1 prateleira, 40 x 160 x 160 cm

C) Aparelhos:
1 máquina de calcular
1 máquina de escrever
1 refletor

16 — Secção de contrôle médico e uso comum:

A) Instalação fixa:
Um compartimento com pia, 11 tomadas elétricas de 110 volts, 1 tomada elétrica de 220 volts, 2 tomadas de gás.

B) Móveis:
Balcões com 4,0 metros quadrados
2 bancos
1 cadeira
Prateleiras e gavetas com 1,0 metro cúbico

C) Aparelhos:
Autoclave 30 x 30 x 90 cm
Bico de Bunsen
Centrifuga, 50 x 50 x 70 cm
Congelador, 80 x 80 x 100 cm
Esterilizador, 30 x 40 x 40 cm
Estufa a 56° C, 40 x 40 x 60 cm
Estufa a 37° C, 50 x 50 x 70 cm
Forno, 30 x 50 x 50 cm
Fotômetro, 30 x 40 x 30 cm
Microscópio com aparelho de iluminação, 40 x 20 x x 40 cm
Refletor

17 — Secção de limpeza (sòmente se for preferida a limpeza centralizada, caso contrário esta secção poderá ficar anéxa à secção 16):

A) Instalação fixa:
Compartimento com pia dupla, 3 tomadas elétricas de 220 volts, 2 tomadas de gás

B) Móveis:
Balcão com 1,5 metros quadrados
Banco
Carrinho, 60 x 80 x 80 cm
Prateleiras e gavetas com 0,3 metros cúbicos

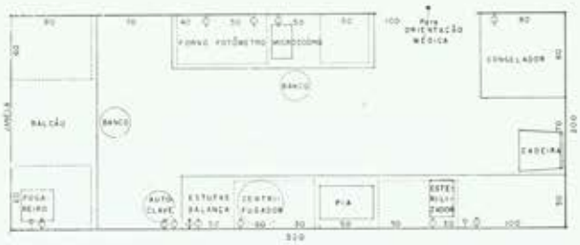
C) Aparelhos:
Autoclave, 40 x 40 x 120 cm
Fogareiro, 40 x 40 x 20 cm
Forno, 70 x 80 x 80 cm
Lavador de Pipetas (da secção 3)
Máquina de lavar tubos (da secção 3)

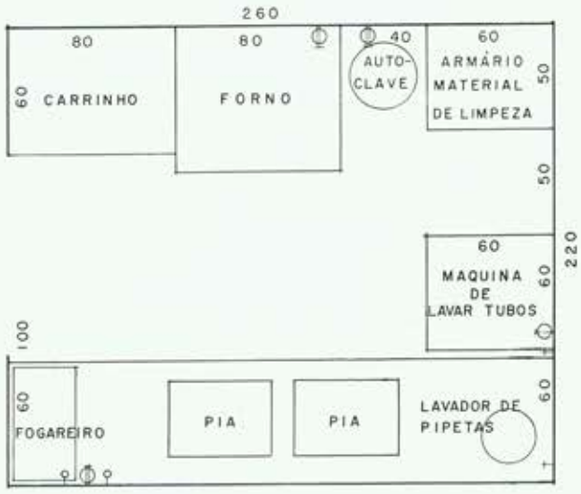
18 — Vestiário, de preferência integrado em vestiário geral:

B) Móveis:
Cerca de 20 vestiários individuais, 60 x 30 x 200 cm

19 — Biotério:

A) Instalação fixa:
Uma saleta para inoculação e dissecação, com as dimensões mínimas de 2,00 x 2,60 metros, com pia, 3 tomadas elétricas de 110 volts, uma tomada elétrica de 220 volts e uma tomada de gás.





Compartimento com cêrca de 10 m². para os animais de uso semanal.
Compartimentos com 20 m², para animais inoculados.
Compartimentos 60 m². para criação e isolamento prévio.

B) Móveis:
400 gaiolas, 50 x 50 x 40 cm sôbreponíveis
5 sapários, 100 x 100 cm.

As áreas liquidas mínimas das secções referidas são aproximadamente as seguintes:

1) ...	5 m²	9) ...	8 m²	16) ...	10 m²
2) ...	12 m²	10) ...	8 m²	17) ...	6 m²
3) ...	19 m²	11) ...	65 m²	18) ...	7 m²
4) ...	5 m²	12) ...	21 m²	19) ...	100 m²
5) ...	5 m²	12B) ..	18 m²	Sala de espera	25 m²
6) ...	7 m²	13) ...	19 m²	Câmara frigorífica ..	12 m²
7) ...	5 m²	14) ...	14 m²	Secção de consertos .	24 m²
8) ...	5 m²	15) ...	18 m²	Sanitários	10 m²

Dão um total de 428 m². Acrescidos de 20% para a circulação e 20% para paredes, chega-se a um total bruto de 600 m².

Área muito maior é desaconselhável, pois sòmente poderá aumentar o tempo de circulação pelas secções. Parece-me, pois, haver sobra na área prevista para o laboratório clínico na Maternidade Universitária (ca. 800 m²). Área muito menor, como a disponível no Hospital dos Comerciários (ca. 170 m²), evidentemente torna impossível uma instalação de alto padrão, suscitando múltiplos problemas durante o trabalho.

COMISSÃO DE TERMINOLOGIA HOSPITALAR BRASILEIRA ORGANIZAÇÃO DE DICIONÁRIO DE TERMOS HOSPITALARES

Presidente: Dr. Domingos Lerário
Secretária: Enfª Isaura Leite Cesar
Relator: Dr. Humberto Ballariny

Membros:

— ACADEMIA DE MEDICINA DE SÃO PAULO
Representante: Prof. Dr. Antonio de Almeida Prado
— ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
Representantes: Enfªs. Maria Rosa de Souza Pinheiro e Dinah Coelho Mathias
— ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
Setor de São Paulo
Representante: Enfª Celina Camargo
— ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS
Representante: Dr. Teophilo de Almeida
— ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA
Representante: Dr. Hilton Neves Tavares
— ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE MINAS GERAIS
— ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA
Representante: Dr. João Caetano da Silva Junior
— CASA DE SAÚDE LIBERDADE
Representante: Dr. Geraldo Leitzke
— CASA DE SAÚDE SANTA RITA
— ARQ. CHARLES HONNOLD CRISPIN
— CRUZ AZUL DE SÃO PAULO
Representante: Dr. Mário Brasil Cococi
— PROF. DR. DÁCIO DE ALMEIDA CHRISTOVÃO
— ESCOLA DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Representantes: Enfªs. Anayde C. Carvalho e Zaíra Bittencourt
— ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
— DR. GEMINO NAZARIO
— DR. HERCULES VIEIRA CAMPOS
— DR. HILTON ROCHA
— HOSPITAL CORAÇÃO DE JESUS
Representante: Dr. José Finocchiaro
— INSTITUTO DE ARQUITETOS DO BRASIL
Departamento de Pernambuco
Representante: Arq. Florismundo Marques Lins Sobrinho
— INSTITUTO PAULISTA
— ARQ. JARBAS KARMAN
— DRA. MARIA LUIZA LEMOS
— ENFª MARINA DE VERGUEIRO FERRAZ
— DR. MARTINUS PAWEL
— DR. NIVALDO GASPAR DE FREITAS
— DR. ROBERTO PASQUALIN
— SANATÓRIO SÃO LUCAS
Representante: Dr. Ademar Nobre
— SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
Representantes: Dr. Nelson Luiz de Araújo Moraes
Dr. Antonio Jorge de Almeida
Dra. Corinha Maria da Conceição Fischer
Dr. Mário Franca
Enfª Ermengarda de Faria Alvim
Enfª Georgette de Jesus Teixeira
— SOCIEDADE BENEFICÊNCIA HOSPITAL MATARAZZO E CASAS DE SAÚDE MATARAZZO
— ENG. WILHELM FRIEDRICH BADER
— DR. WOODROW PANTOJAS

PROGRAMA INICIAL:

Definição de têrmos
Simplificação de têrmos
Criação de têrmos novos
Padronização da terminologia

PRIMEIRAS DEFINIÇÕES PROPOSTAS PARA ESTUDO

DOENÇA — é a quebra do equilíbrio fisiológico com repercussões na Saúde física ou mental.

AFECÇÃO — é um processo mórbido localizado.

CONVALESCENÇA — é o período de tempo compreendido entre o término da fase progressiva da doença e o momento em que o paciente recuperou definitivamente seu equilíbrio funcional.

SINTOMA — é a exteriorização de um fenômeno patológico resultante de um desequilíbrio orgânico determinado.

RECAÍDA — retôrno à fase progressiva da doença, após um período de involução da mesma antes de recuperado o equilíbrio orgânico.

RECIDIVA — repetição do processo mórbido após cura aparente ou mesmo cura definitiva.

HOSPITAL — é um estabelecimento de assistência médico-social, onde predomina a assistência médica e destinado a preservar a saúde do indivíduo, a tratar os doentes ou traumatizados e a propiciar o aperfeiçoamento das ciências e artes médicas através do ensino e da pesquisa.

HOSPITAL GERAL — é o hospital equipado e aparelhado com os requisitos assistenciais necessários às diversas especialidades médicas e cirúrgicas.

HOSPITAL ESPECIALIZADO — é o hospital equipado e aparelhado tão sòmente para atender os requisitos assistenciais necessários a uma determinada especialidade médica ou cirúrgica.

PAVILHÃO — edifício isolado do corpo principal do hospital.

SERVIÇO ESPECIALIZADO — é o serviço equipado e aparelhado para prestar assistência hospitalar a certa categoria de pacientes.

POLICLÍNICA — é um estabelecimento de assistência médico-social, de várias especialidades, destinado exclusivamente a atender pacientes externos, sem possuir equipamentos e instalações para a internação de doentes. É uma clínica geral para atender apenas pacientes externos.

CLÍNICA — é um estabelecimento de assistência médico-social destinado a atender pacientes externos portadores de determinadas doenças, afecções de um aparelho ou sistema; ou pertencentes a definidos grupos etários.

CLÍNICA DE CONVALESCENÇA — não deve ser definido para não ser utilizado, pois há impropriedade na inclusão do doente interno entre os atendimentos de uma clínica.

LEITO DE HOSPITAL — é o conjunto de recursos materiais e pessoais destinados à hospitalização do doente.

ADMISSÃO — complemento de formalidades que permitem ao doente matriculado adquirir o direito de ocupar um leito do hospital.

MATRÍCULA — é o conjunto de formalidades iniciado com o registro do paciente, que credencia o mesmo a receber do hospital assistência médico-social.

SAÍDA — autorização médica para o doente interno ausentar-se do hospital por curto espaço de tempo, sem deixar vago o seu leito hospitalar.

Não confundir com

ALTA — desocupar de vez o leito hospitalar ou encerrar a prestação de serviços médicos para determinado atendimento do doente externo.

DURAÇÃO DE HOSPITALIZAÇÃO — período compreendido entre a data da admissão e a data da alta.

DIA DE DOENÇA — fração ou período de 0 a 24 horas durante o qual o doente sofre as conseqüências de um processo mórbido.

DIAGNÓSTICO — conclusão dos esclarecimentos fornecidos pelo estudo analítico dos sintomas e sinais pesquisados no exame do doente.

DESINFECÇÃO — destruição de micróbios patogênicos.

ESTERILIZAÇÃO — destruição da totalidade dos micróbios.

ANTISSEPSIA — impedir a proliferação microbiana.

ASSEPSIA — impedir a contaminação.

MICRÓBIOS — vírus filtráveis, riquetsias, bactérias, espiroquetas, esporos, cogumelos microscópicos e protozoários.

TRADUÇÃO E CRIAÇÃO DE VOCÁBULOS NOVOS

Foram selecionados os seguintes:

1 — Privacy
2 — Fäkalienraum
3 — Facility
4 — Bed complement
5 — Utility
6 — Scrub-up
7 — Inpatient
8 — Lockers
9 — Hamper
10 — Chute
11 — Trash
12 — Janitor's
13 — Lounge
14 — Conveyor

COMISSÃO DE DESINFETANTES QUÍMICOS

Realizou-se em 27-11-1956 mais uma reunião da Comissão de Desinfetantes Químicos do IPH, presidida pelo Dr. Quintino Mingoja e secretariada pelo Dr. José Finocchiaro.

Foram feitas considerações, pelos presentes, sôbre o emprêgo do iodo. O Dr. José Finocchiaro referiu-se às pesquisas efetuadas em colaboração com Dr. Roberto Pasqualin, onde se obtiveram os seguintes resultados: A desinfecção da pele com solução alcoólica de iodo a 2% permite obter esterilização da mesma em 100% dos casos, usando o seguinte método: lavagem da pele durante 8 minutos com água e sabão de côco; secagem da pele com gaze esterilizada; esfrega da solução de iodo durante 2 minutos.

O emprêgo de solução aquosa de iodo a 2%, com iodeto de potássio, baixou o limite de esterilização a 80%.

Levando em consideração os dados encontrados na literatura e as pesquisas experimentais feitas pelos membros da Comissão, foi estabelecida a seguinte conclusão:

Para desinfecção da pele do couro cabeludo, do tronco, do abdome e dos membros deve ser usada a solução alcoólica de iodo a 2%. Para a solução deve-se empregar iodo sublimado e álcool a 96% Gay Lussac ou 42.º Cartier. A fim de conservar a solução, acrescente-se iodato de potássio a 0,1%. Se não se encontrar iodato no local, a solução pode ser feita sòmente com iodo e álcool, mas, nêste caso, o prazo máximo de duração da mesma será um mês. O excesso de iodo será retirado com álcool a 70%.

Para pele da face, do pescoço, da região escrotal e para mucosas não se pode usar iodo, dado sua ação irritante, que se torna mais acentuada nessas regiões.

A comissão está estudando o uso dos sais de amônio quaternário e do hexaclorofeno.

O iodo em solução aquosa não deve ser usado.

O iodo não pode ser usado para desinfecção de material cirúrgico, dado sua ação sôbre os metais. Excepcionalmente, poderá ser empregado em casos de emergência.

O iodo pode ser empregado para desinfecção de material de vidro (termômetros).

* * *

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**

24. Instalações energéticas:

241.	Eletricidade	Sim o Não o
241.1	para iluminação	Sim o Não o
241.2	voltagem	volts
241.3	ciclagem	ciclos/seg.
241.4	para fôrça	Sim o Não o
241.5	voltagem para fôrça	volts
241.6	energia elétrica própria	Sim o Não o
241.7	energia elétrica fornecida por rede geral	Sim o Não o
242.	Gás	Sim o Não o
242.1	gás de rua	Sim o Não o
242.2	gás de botijão	Sim o Não o
243.	Petróleo ou derivados líquidos de petróleo	Sim o Não o
244.	Distribuição encanada de vapor dágua	Sim o Não o
245.	Distribuição encanada de água quente	Sim o Não o
246.	Calefacção	Sim o Não o
246.1	elétrica	Sim o Não o
246.2	a gás	Sim o Não o
246.3	a petróleo ou derivados	Sim o Não o
246.4	a vapor dágua	Sim o Não o
246.5	a água quente	Sim o Não o
246.6	de outro tipo?	Sim o Não o
	Especificar que tipo:	
247.	Instalações de ar condicionado	Sim o Não o
247.1	Capacidade	m³/h
247.2	Seções servidas:	
248.	Refrigeração centralizada	Sim o Não o
248.1	elétrica	Sim o Não o
248.2	a petróleo ou derivados	Sim o Não o
248.3	Existe câmara frigorífica	Sim o Não o

25. Comunicações:

251.	Telefone ligado a rede externa?	Sim o Não o
252.	Radiorecepção para doentes, embutida	Sim o Não o
253.	Sistema de intercomunicações interno	Sim o Não o
253.1	por campainhas	Sim o Não o
253.2	por sinal-som	Sim o Não o
253.3	por altofalante	Sim o Não o
253.4	por telefone interno	Sim o Não o
253.5	por sinais luminosos	Sim o Não o
254.	Transporte mecânico de fichas e mensagens	Sim o Não o
255.	Transporte pneumático de fichas e mensagens	Sim o Não o

26. Água; esgôto; lixo; oxigênio:

261.	Água encanada	Sim o Não o
(262.	Origem e tratamento da água:)	
262.1	Água proveniente de rêde geral	Sim o Não o
262.2	Água captada pelo hospital	Sim o Não o
262.3	Água de nascente	Sim o Não o
262.4	Água de poço artesiano	Sim o Não o
262.5	Água de poço simples	Sim o Não o
262.6	Água de rio ou lago	Sim o Não o
262.7	A água é convenientemente filtrada?	Sim o Não o
262.8	A água é clorada?	Sim o Não o
262.9	A água é tratada de outra maneira?	Sim o Não o
	Especificar o método:	
(263.	Existência de reservatórios de água:)	
263.1	Número de reservatórios dágua existentes:	
263.2	Capacidade total dos reservatórios	m³
264.	Esgôto encanado?	Sim o Não o
(265.	Destino e tratamento do esgôto:)	
265.1	Esgôto ligado à rede geral de coleta	Sim o Não o
265.2	Esgôto ligado à fossa séptica	Sim o Não o
265.21	Capacidade da(s) fossa(s)	m³
265.3	Há tratamento do esgôto ou efluente?	Sim o Não o
265.4	Esgôto ligado a fossa negra	Sim o Não o
265.41	Capacidade da(s) fossa(s)	m³
265.5	Esgôto ou efluente lançado em lago ou curso dágua	Sim o Não o
265.6	Esgôto ou efluente usado para irrigação	Sim o Não o
(266.	Destino e tratamento do lixo:)	
266.1	Lixo removido pela limpeza pública	Sim o Não o
266.2	Lixo depositado sôbre a terra	Sim o Não o
266.3	Lixo enterrado	Sim o Não o
266.4	Lixo queimado	Sim o Não o
266.5	Existe forno de incineração de lixo	Sim o Não o
266.51	Área que ocupa	m²
266.52	Capacidade total de carga	kg
266.53	Tempo necessário para incinerar uma carga:	horas

266.54 Número de fornos:
266.6 Lixo vendido ..... Sim o Não o
266.7 Lixo refrigerado ..... Sim o Não o
267. Oxigênio encanado ..... Sim o Não o
268. Número de tomadas para oxigênio:

27. Circulação Vertical:

271.1 N.º de ascensores comportando cama:
271.2 Área global ocupada por êstes ascensores: m²
271.3 N.º de ascensores que não comportam uma cama:
271.4 Área global ocupada por êstes ascensores: m²
272.1 N.º de elevadores para comida:
272.2 Área global ocupada por êstes elevadores: m²
272.3 N.º de elevadores para roupa:
272.4 Área global ocupada por êstes elevadores: m²
272.5 N.º de monta-cargas:
272.6 Área global ocupada pelos monta-cargas: m²
273.1 N.º de rampas internas:
273.2 Área global ocupada pelas rampas: m²
274.1 N.º de escadas internas:
274.2 Área global ocupada pelas escadas internas: m²
274.3 N.º de escadas externas:
274.4 Área global ocupada pelas escadas externas: m²
274.5 N.º de escadas de emergência (p. incêndio etc.):
274.6 Área global ocupada pelas escadas de emergência: m²
275.1 N.º de chutes (dutos) para roupa:
275.2 Área global ocupada por êstes chutes: m²
275.3 N.º de chutes para lixo:
275.4 Área global ocupada pelos chutes para lixo: m²
276. Sistemas outros que os mencionados ... Sim o Não o
Especificar:

28. Foram observadas na construção cautelas para reduzir os riscos de incêndio e os riscos para os doentes internados em caso de incêndio? ..... Sim o Não o
Quais? .....

29. Foram observadas na construção cautelas especiais para proteger os doentes contra ruido? Sim o Não o
Quais? .....

3. **EDIFICAÇÃO: DIVISÃO FUNCIONAL:**

30. Unidades de enfermagem:

		Número de compartimentos	Área global em m²
300.	O total das unidades de enfermagem		
300.1	Unidades de enfermagem pediátricas .		
300.2	Un. de enf. mixtas, para crianças doentes e recémnascidos normais		
300.3	Un. de enf. para recémnascidos sòmente		
300.4	Un. de enf. para puérperas com "rooming-in"		
300.5	Unidades de enfermagem obstétricas . (com exceção das precedentes)		
300.6	Unidades de enfermagem psiquiátricas		
300.7	Un. de enf. p. moléstias infecto-contagiosas		
300.8	Un. de enf. outras		
301.0	Total de enfermarias, apartamentos, quartos para doentes e berçários		
301.1	Enfermarias, quartos e berçários pediátricos		
301.2	Enfermarias, quartos e berçários de uso mixto, para crianças doentes e recém-nascidos normais		
301.31	Berçários para recémnascidos não contagiosos		
301.32	Berçários para recémnascidos suspeitos ou contagiosos		
301.4	Berçários para incubadoras sòmente ..		
301.5	Quartos para puerpéras com rooming-in		
301.6	Enfermarias, quartos e apartamentos outros		
301.60	Apartamentos para 1 leito		
301.61	Quartos para 1 leito		
301.62	Quartos para 2 leitos		
301.63	Quartos para 3 leitos		
301.64	Quartos para 4 leitos		
301.65	Quartos para 5 leitos		
301.66	Quartos para 6 leitos		
301.67	Enfermarias para 7 ou mais leitos ..		
302.1	Enfermarias e quartos reservados para obstetrícia		
302.2	Enfermarias e quartos reservados para psiquiatria		
302.3	Enfermarias e quartos reservados para moléstias infecto-contagiosas		
303.11	Solários		
303.12	Terraços		
303.2	Salas de recreio para crianças		
303.3	Salas de estar e recreio para adultos		
304.1	Postos de enfermagem		
304.2	Salas de exame e de curativos das un. de enf.		
304.3	Compartimentos de serviço		
304.4	Compartimentos de utilidades		
304.51	Copas das un. de enf.		
304.52	Compartimentos para preparo de refeições rápidas ou dietéticas		
304.53	Compartimentos para lavar pratos ou mamadeiras		
304.61	Compartimentos de rouparia		
304.62	Compartimentos para guardar a roupa dos internados		
304.7	Depósito de material de uso		
304.8	Espaço para macas		
305.	Salas para visitantes, anexas às unid. de enf.		
306.	Sanitários nas unid. de enfermagem, total		
306.1	para os doentes internados		
306.2	para pessoal hospitalar		
306.3	para uso em comum		
307.	Espaço para circulação horizontal nas un.d.enf.		
308.	Áreas não aproveitadas		
309.	Outras áreas não mencionadas ainda Especificar seu uso:		

31. Centros Cirurgicos:

		Número de compartimentos	Área global em m²
310.	Total dos centros cirurgicos do hospital		
311.11	Salas de trabalho		
311.12	Salas de parto		
311.13	Compartimentos de preparo de recémnascidos		
311.2	Salas para operações obstétricas		
311.3	Salas para operações especializadas outras		

		Número de compartimentos	Área global em m²
	Especificar:		
311.4	Salas para operações assepticas em geral		
311.5	Salas para operações septicas em geral		
311.6	Saleta para cortes de congelação		
312.1	Salas de exames		
312.2	Salas de curativos		
312.3	Salas de redução de fraturas		
312.4	Salas para pronto socorro		
312.41	Salas para exame e tratamento		
312.42	Utilidades		
312.43	Quarto para leitos de observação		
312.44	Sala de espera		
313.1	Salas de chefia dos centros cirurgicos		
313.2	Salas de médicos		
313.3	Postos de enfermeira-chefe e enfermeiras		
313.4	Compartimentos de preparo asseptico do pessoal		
313.5	Compartimentos de sub-esterilização		
313.6	Compartimentos de limpeza do material usado		
313.71	Depósitos de material de anestesia		
313.72	Depósitos de material cirurgico não esterilizado		
313.73	Depósitos de material cirurgico esterilizado		
313.74	Registro de entrada e saída de material		
313.75	Compartimento para guarda de macas		
313.8	Centro de material e esterilização		
313.81	Centro de material		
313.82	Centro de esterilização		
314.1	Salas de anestesia		
315.1	Salas de recuperação anestésica		
315.2	Salas de recuperação pos-operatória		
316.	Sanitários		
317.	Circulação horizontal		
318.	Áreas inaproveitadas		
319.	Áreas outras não mencionadas		
	Especificar:		
32.	Unidades de Diagnóstico e Tratamento:		
320.	Total dos serviços abaixo		
321.1	Gabinetes dentários		
321.2	Exames eletrograficos		
321.3	Exames endoscópicos		
321.4	Exames oftamológicos e otorrinolaringológicos		
321.41	Quarto escuro		
321.42	Outros compartimentos para oftalmologia		
321.43	Compartimentos para otorrinolaringologia		
321.5	Compartimento para recuperação		
321.6	Salas de espera para os serviços acima (321)		
322.	Laboratório clínico:		
322.	Total		
322.1	Compartimentos para bioquímica, incl. urina		
322.2	Compartimentos para parasitologia		
322.31	Compartimentos para bacteriologia		
322.32	Compart. para serologia e imunologia		
322.33	Biotério		
322.4	Compartimentos para metabolologia		
322.5	Compartimentos para hematologia		

		Número de compartimentos	Área global em m²
322.6	Compartimentos para tubagens gastroduodenais		
322.7	Compartimentos para histologia patológica		
322.81	Compartimentos para lavagem e esterilização de material		
322.82	Consultórios		
322.83	Escritórios, Arquivo etc.		
322.84	Salas de espera para os serviços de laboratório (322)		
322.9	Compartimentos outros		
	Especificar:		
323.	Necrotério e capela:		
323.0	O Total		
323.1	Câmaras refrigeradas para cadáveres		
323.3	Salas para exames necroscópicos		
323.4	Museu		
323.5	Velório		
323.6	Capela		
323.7	Dependências para o capelão		
323.8	Salas de espera para as dependências acima (323)		
324.	Fisiodiagnóstico e fisioterapia:		
324.1	Radiodiagnóstico, total		
324.11	Salas para aparelhos		
324.12	Salas de médico		
324.13	Arquivo de chapas e relatórios		
324.14	Câmara escura		
324.15	Compartimento para films a usar		
324.2	Radioterapia		
324.3	Radiumterapia		
324.4	Radio-isotopos		
324.5	Movimentação ativa e passiva (ginástica, ergoterapia, massagens, mecanoterapia)		
324.6	Compartimentos para hidroterapia		
324.7	Compartimentos para aparelhos elétricos, incl. ultrasom		
324.81	Compartimentos para gasoterapia		
324.82	Consultórios		
324.83	Compartimentos de registro e arquivo		
324.84	Salas de descanso para as dependências "324"		
324.85	Vestiários para doentes das dep. "324"		
324.86	Salas de espera das dependências "324"		
324.9	Compartimentos outros		
325.	Farmácia e outras seções:		
325.1	Depositos de medicamentos a usar		
325.2	Laboratório para manipulação farmacêutica		
325.3	Laboratório de hipodermia		
325.4	Banco de sangue		
325.5	Banco de ossos		
325.6	Preparo de aparelhagem ortopédica		
325.7	Outros serviços auxiliares não mencionados acima		
325.8	Salas de espera para as dependências "325"		
326.1	Sanitários para doentes		
326.2	Sanitários para pessoal hospitalar		
326.3	Sanitários de uso comum, nos serviços auxiliares		
327.	Circulação horizontal		
328.	Áreas não aproveitadas		
329.	Áreas não mencionadas		

(Continua)

INSTALAÇÃO — Formaram a mesa diretora dos trabalhos o prof. Hilton Rocha, Sr. Costabile Romano, prefeito municipal, coronel Arnould Antunes Maciel, Dr. Dorival Cardoso, Dr. Plínio Uchôa, Dr. João Palma Guião, Dr. João Muniz, Dr. Paulo Gomes Romeo, prof. Bernardo Houssay, prof. Zeferino Vaz, Dr. José Maria Morgade de Miranda.

PRIMEIRO CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

COMISSÃO DE HONRA E MESA REDONDA

Realizou-se no mês de Outubro último, em Ribeirão Preto, o I Congresso da Associação Médica Brasileira, que, pela importância dos temas que foram debatidos, despertou grande interêsse entre a classe médica.

A Comissão de Honra do Congresso foi presidida pelo Sr. Juscelino Kubitschek de Oliveira e dela fizeram parte o Sr. Ulisses Guimarães, presidente da Câmara dos Deputados; Sr. Jânio Quadros e governadores de outros seis Estados da União; ministros das pastas da Saúde, da Educação e Cultura e do Trabalho, Indústria e Comércio; Sr. Rui de Almeida Barbosa, presidente da Assembléia Legislativa de São Paulo; Prof. Alípio Corrêa Netto, Reitor da Universidade de São Paulo; Sr. Joaquim N. Coutinho Cavalcanti, Secretário da Saúde e Assistência Social do Estado de São Paulo e outras autoridades.

A Presidência do Congresso coube ao Prof. Hilton Rocha, que é presidente da Associação Médica Brasileira. A Comissão Executiva foi presidida pelo Prof. Zeferino Vaz, Diretor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Os temas oficiais dêsse Congresso foram: "Ensino Médico", "Assistência Médica Urbana", "Assistência Médica Rural" e "Socialização da Medicina"; os três primeiros foram discutidos em mesas-redondas, antes de irem às sessões plenárias, para o que foram traçados roteiros nas reuniões preliminares realizadas. A "Socialização da Medicina" foi discutida diretamente em sessão plenária.

A mesa-redonda para "Assistência Médica Rural" compunha-se de: 1.º — Um representante de cada Federada; 2.º — Comissão de Defesa Profissional da A.M.B.; 3.º — A Comissão de Saúde Pública da A.M.B.; 4.º — Um representante dos Serviços de Saúde da União e dos Estados; 5.º — Um representante das Associações Rurais; 6.º — Professores de Higiene e de Medicina Preventiva das Escolas Médicas do Brasil; 7.º — Médicos militantes em zona rural, convidados pela Comissão Executiva; 8.º — Um representante do SESP.

Nas reuniões preliminares o tema foi dividido de modo que pudessem ser propostos quesitos relativos a cada um de seus aspectos que, segundo a planificação feita, são: "Objetivos, Responsabilidades e Peculiaridades da Assistência Médica Rural"; "Tipos de Assistência Médica Rural"; "Modalidades da Assistência Médica Rural"; "Condições para promover uma Assistência Médica Rural mais Eficiente".

O roteiro-questionário foi o seguinte:

1 — **Objetivos, Responsabilidades e Peculiaridades da Assistência Médica Rural:**

1 — Qual o conceito de assistência médica? 2 — Como definir "zona rural"? 3 — Que papel deverá caber aos médicos com relação à saúde dos indivíduos, inclusive no sentido de despertar neles o interêsse em relação à saúde própria ou à dos semelhantes? 4 — Qual a responsabilidade das pessôas ou instituições a que são sujeitos, em relação à saúde dos indivíduos?

2 — **"Tipos de Assistência Médica Rural":**

1 — Qual o tipo de assistência que o médico deverá proporcionar às populações rurais? a) sòmente assistência curativa? b) assistência preventiva e curativa: c) deve considerar também o aspecto social da assistência médica?

2 — Problemas médicos relativos a cada tipo de assistência: a) **Assistência curativa:** Que modalidades deverão ser estimuladas: Assistência domiciliar? — Consultórios ou ambulatórios nas sedes das fazendas ou em pontos de acesso mais fácil? Assistência preferentemente nos centros urbanos mais próximos? b) **Assistência materno-infantil:** Como poderá ser estimulada a assistência pré-natal? Como atender de maneira mais conveniente ao parto, ao recém-nascido e à criança na zona rural, em face dos elevados índices de mortalidade infantil? Qual deverá ser a atitude do médico com relação às "curiosas?" c) **Assistência hospitalar:** como deverá ser encarado o problema do hospital para melhor servir às populações rurais? d) **Assistência laboratorial:**

1 — Como deverá ser resolvido o problema dos exames de laboratórios necessários para a assistência médica na zona rural? 2 — Que papel deverão desempenhar os laboratórios oficiais de saúde pública, com relação à assistência médica rural?

3 — **"Modalidades da Assistência Médica Rural":**

1 — A assistência médica oficial deverá se fazer sob a forma de serviços especializados independentes ou sob comando único de um Centro de Saúde polivalente? Nêste caso, qual o papel da integração do hospital nesta unidade de saúde? 2 — Que relação deverão manter as unidades móveis de assistência médica rural com a assistência médica privada? 3 — Qual o papel do Serviço Social Rural na assistência médica? 4 — Que papel deverá ter o exercício liberal da medicina na assistência médica rural? 5 — Como deverão ser encarados os "contatos médicos"? 6 — Como deverá ser encarado o sistema cooperativo para assistência médica na zona rural? a) No sistema de coperativas para pagamento médico, deverão participar delas tôdas as classes de indivíduos? e em que limite de número? b) Deverão ser mantidos os princípios de livre escolha e pagamento por unidade de serviço nestas cooperativas? c) Deverão ser incluidos no sistema cooperativo sòmente os serviços médicos curativos ou tôdas as formas de assistência médica?

4 — **"Condições Para Promover uma Assistência Médica Rural mais Eficiente":**

Dada a insuficiência dos conhecimentos que possuimos a respeito do problema da Assistência Médica Rural, que cooperação poderá ser dada pelos poderes públicos, no sentido de fornecer elementos para sua avaliação e adequada solução? 2 — Que sugestões poderiam ser apresentadas para criar ou melhorar os serviços de assistência médica rural, levando em consideração as peculiaridades locais? 3 — Conhecida a atual desproporção entre o número de médicos nas cidades e nas zonas rurais, quais os principais motivos responsáveis por essa situação? Que medidas se sugerem para modificá-la? 4 — Qual o papel da engenharia sanitária nos programas de assistência médica na zona rural?

SESSÃO PLENÁRIA — Ocuparam a mesa diretora os professores Hilton Rocha, presidente, Walter Cantídio, secretário, e Dorival Cardoso, Jairo Ramos, Eduardo Vanderlei Filho, José Maria de Freitas, membros. Foram debatidos em clima de extremosa atenção, os relatórios das comissões especiais que estudaram parceladamente as questões apresentadas.

Diretoria e comissões do congresso

A diretoria do 1.º Congresso da Associação Médica Brasileira está assim constituida: presidente, Prof. Hilton Rocha, presidente da Associação Médica Brasileira; secretário-geral, Prof. Dorival Macedo Cardoso; tesoureiro, Hilton Neves Tavares; Comissão Executiva: presidente, Prof. Zeferino Vaz, diretor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; secretário-geral, Paulo Gomes Romeo, diretor-superintendente do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto; membros: Alvaro Lopes Cançado, Fabio Santos Musa, Henrique J. Morgam, José Moura Gonçalves, Mauro Pereira Barreto, Milton Munhoz, Paulo Valente de Oliveira, Plinio Mendonça Uchoa, Roldão Consoni e Waldemar B. Pessoa. A sede da Comissão Executiva é o Centro Médico de Ribeirão Preto; Comissão Científica — srs. Dorival Macedo Cardoso, de São Paulo; Alvaro Lopes Cançado, de Uberaba, Minas Gerais; Prof. Zeferino Vaz, de Ribeirão Preto; Milton Munhoz, de Curitiba, Paraná; Roldão Consoni, de Florianópolis, Santa Catarina; Comissão de Defesa Profissional — srs. Iseu de Almeida e Silva, do Rio de Janeiro; Ariovaldo Caselli de Carvalho, de São Paulo; Mario Schiller Amaral de Souza, do Rio de Janeiro, Geraldo Magela de Abreu Guedes, de Juiz de Fora, Minas; Vander Mendes Biasolli, de Fortaleza, Ceará; Comissão de Ensino Médico — srs. Bruno Marsiaj, de Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul; Alberto Rosa, Pôrto Alegre; Clementino Fraga Filho, Rio de Janeiro; prof. Jairo Ramos, São Paulo e Joaquim Cavalcanti, de Recife, Pernambuco; Comissão de Saúde Pública — srs. Murilo Bastos Belchior, do Rio de Janeiro; Américo de Piquet Carneiro, Rio de Janeiro; Lineu da Costa Araujo, Teresina, Piauí; Nelson Planet, São Paulo, e Tulio Rapone, de Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul.

Falta de Hospitais

A comissão encarregada dos estudos preparatórios do tema "Assistência Médica Urbana", **chegou à conclusão de que êsse tipo de assistência médica em nosso país ainda é deficiente, não sòmente no setor hospitalar como também no de ambulatório. Faltam hospitais com número suficiente de leitos e a maioria dos existentes não satisfaz às condições técnicas mínimas e indispensáveis.**

A mesma comissão chegou à conclusão de que há outras falhas e considerar-se nêsse estudo, e, entre elas, refere-se à do sistema de remuneração dos médicos, que dificulta a ação do bom profissional.

Os temas a serem discutidos, de acôrdo com a deliberação da VII Assembléia de Delegados, realizada em Recife, serão quatro, a saber: 1. Ensino Médico; 2. Assistência Médica Urbana; 3. Assistência Médica Rural; 4. Socialização da Medicina.

Com o propósito de orientar a discussão em plenário, a respeito dêsses temas, a comissão elaborou uma série de quesitos, que grupou sob os seguintes títutos: serviços de ambulatório, serviços hospitalares, remuneração dos serviços médicos, liberdade de escolha do médico pelo cliente, sistema de custeio dos serviços, problemas próprios dos serviços médicos e problemas de caráter geral.

Com relação aos serviços de ambulatório, estão redigidos os seguintes quesitos: 1) Devem as diversas entidades, que se propõem prestar serviços de ambulatório, promover a sua instalação sem prévia pesquisa do mercado de consulentes, como tem sido feito na maioria dos casos? 2 — Os serviços de ambulatório a se organizarem devem ser custeados pelas organizações mantenedoras, exclusivamente através do sistema de prévio pagamento (contribuições compulsórias para caixas, institutos, sociedades diversas, etc.) ou deve ser feito algum pagamento pelos consulentes, à medida que procuram os serviços? 3 — Nos grandes centros, a divisão do mercado de consulentes mais adequada deveria obedecer ao critério de filiação a esta ou àquela instituição ou ao processo que facilitasse aos consulentes a procura do médico no distrito ou bairro em que residem? 4 — Devem ser estabelecidas condições mínimas de serviço de ambulatório, capazes de assegurar confôrto, equipamento, instalações e pessoal, de maneira a prestar adequada assistência? 5 — Em caso positivo, quais seriam essas condições básicas? 6 — É aconselhável sejam criados ou mantidos serviços de ambulatório isolados, isto é, não articulados a hospitais, onde seja completado o tratamento dos casos que necessitam de internação? 7 — É factível qualquer alteração no atual sistema em vigor na maioria dos institutos ou caixas, sem prejudicar os direitos adquiridos por funcionários e segurados?

Com relação aos serviços hospitalares, os quesitos estão assim redigidos: 1 — Devem os responsáveis pela instalação de hospitais públicos, quer sejam federais, autárquicos, estaduais, municipais, etc., promover sua construção e localização, sem prévia pesquisa e sem entrarem em acôrdo recíproco, de modo a evitar duplicidades, desperdícios, etc.? 2 — Devem o planejamento, a construção e o equipamento dos hospitais, destinados aos serviços assistênciais públicos, ser feitos sem consulta prévia aos órgãos governamentais que já possuem ou deveriam possuir normas padronizadas para isso? 3 — Devem ser estabelecidos e tornados obrigatórios padrões mínimos hospitalares para todo o território nacional? 4 — Em caso positivo, quais seriam os padrões básicos? 5 — Se adotados, o que parece recomendável, quais seriam as variações aconselháveis nos padrões de construção hospitalar de acôrdo com as diversas condições geo-econômicas do país?

São os seguintes os quesitos formulados para discussão de remuneração dos serviços médicos: 1 — É justa e aconselhável a manutenção do atual sistema de remuneração do trabalho médico, que não considera a qualidade do trabalho prestado, a complexidade, o grau de responsabilidade, as condições de execução, etc., que o tornam peculiar e que é um dos poucos em que a matéria-prima é o indivíduo, a pessoa humana? 2 — Dentro do que já foi recomendado em reunião do Conselho Deliberativo da Associação Médica Brasileira, deve ser estimulada a implantação do pagamento por unidade de serviço prestado? 3 — Permitirá o sistema proposto, desde que adequadamente expandido, corretamente planificado e posto em prática, trazer benefícios ao médico e ao cliente? 4 — Tratando-se de sistema que atribuirá determinado valor fixo a tôda e qualquer atividade médica, dependendo de diversas condições de execução, envolvendo maior ou menor responsabilidade e oferecendo maior ou menor risco, poderá trazer excessiva mecanização à atividade profissional? 5 — As diferenças e características individuais, que tornam diversa a avaliação de uma mesma atividade por indivíduos diferentes, serão um fator negativo na aplicação do sistema? 6 — Seria possível um sistema de contabilização em que nem a entidade nem o médico fossem prejudicados? 7 — Seria aconselhável a adoção de tipo de remuneração "parte fixa, parte variável" nos serviços em estudo?

Outro título refere-se à liberdade de escolha do médico pelo cliente; foram formulados os seguintes quesitos: 1 — A liberdade de escolha do médico, como princípio básico no exercício profissional, pode e deve ser mantida nos serviços médicos coletivos? 2 — Trará benefícios aos médicos e aos

SESSÃO NO TEATRO PEDRO II — participantes do Congresso presentes à solenidade realizada no Teatro Pedro II de Ribeirão Preto.

próprios consulentes a estimulação ou implantação do sistema de escolha do médico, associado ao sistema de pagamento, por unidade de serviço? 3 — Será fator digno de consideração a consequência que a liberdade de escolha trará, com a fuga dos doentes de determinados profissionais? As vantagens da liberdade de escolha sôbre as suas desvantagens são tais, que nos permitam optar por elas sem restrições? 5 — Será perigosa a excessiva liberdade, incontrolada, com seus inconvenientes, tais sejam as mudanças de médicos sem motivo aceitável, por impaciência ou por ignorância, ou deve ser instituida uma liberdade vigiada? 6 — Haverá algum meio de impedir, com a liberdade de escolha, que os profissionais menos capazes, mas atraentes, sobrepujem em preferência os mais capazes, mas menos maneirosos?

Com referência ao sistema de custeio dos serviços, formularam-se os seguintes quesitos: 1 — O atual sistema de prévio pagamento (compulsório ou não) é o mais aconselhável para o custeio dos serviços médicos, de ambulatório e hospitalares, ou a sua manutenção deve ser feita através de outro sistema de pagamento? 2 — Os encargos assumidos pelo sistema de prévio pagamento devem ser totais, isto é, abranger todo e qualquer tipo de assistência, ou limitar-se a um termo médio padrão, além do qual seriam exigíveis pagamentos ou contribuições suplementares? 3 — É justo o atual sistema de custeio, em que não são considerados diversos fatores, tais sejam o geo-econômico, os encargos de família, o número de dependentes, etc., ou devem todos êsses ou outros fatores ser devidamente considerados, na instituição de qualquer tipo de pagamento? 4 — É possível e aconselhável adotar, em qualquer sistema de prévio pagamento, normas restritivas dos serviços, para evitar abusos, como sejam as solicitações de exames complementares desnecessários ou sugeridos pelos beneficiários do plano? 5 — Considerando a atual situação da insolvência dos institutos de previdência, seria aconselhável a destinação de uma verba especial para manutenção de seus serviços médicos? (Revigoração da lei, que regulamentava as contribuições, promulgadas a 1.º de Maio de 1954, e tornada sem efeito pela presidência da República em agosto daquele ano e que permitia, através de um sistema de contribuições sôbre o salário real, melhor desenvolvimento da receita das instituições em face da inflação).

Sob o título de problemas próprios dos serviços médicos, ordenam-se os seguintes quesitos: 1 — Em qualquer tipo de organização assistencial deve ser tomado como princípio, no provimento dos médicos, um número básico ideal? 2 — Admitido êsse número, e de acôrdo com os estudos que se podem basear nos serviços já existentes, é possível fazer uma provisão da percentagem de médicos para as diversas especialidades? 3 — O provimento dos cargos de médico deve ser sempre feito através de concurso? 4 — Nos serviços médicos de ambulatório, deve ser estabelecido como limite o período de quatro horas diárias? 5 — Pode e deve ser estabelecido um número padrão ideal de consultas para um período de trabalho em ambulatório, além do qual o serviço seja considerado extraordinário? 6 — Em caso positivo, seria necessário o estabelecimento de um número-teto de atividades por período de trabalho, que evitasse abusos capazes de prejudicar o padrão dos serviços em benefício da quantidade? 7 — Será lícito exigir trabalho médico eficiente, sem lhe proporcionar um mínimo de confôrto e facilidades, quando possível, e que sejam obrigatòriamente aprovados como suficientes? 8 — Quais seriam essas condições de instalações mínimas? 9 — Dentro do sistema de liberdade de escolha, deve ser permitido a qualquer médico, estranho a uma organização, assistir um seu beneficiário, aceites que sejam as condições de remuneração que para isso sejam estabelecidas? 10 — É aconselhável o regime de dedicação exclusiva nos serviços assistenciais públicos? 11 — Pode tal regime ser implantado em caráter optativo, atendendo a fatores vários, quais sejam as necessidades dos serviços, as tendências e peculiaridades individuais, o ajustamento do médico a êsse tipo de trabalho, a remuneração adequada do sistema? 12 — Há vantagens que justifiquem a implantação dêsse sistema, relacionadas à redução do trabalho do médico pela sua retenção em um só local de atividade? 13 — Admitida a possibilidade do regime de dedicação exclusiva, devem as entidades mantenedoras permitir anualmente um afastamento remunerado de trinta dias para aperfeiçoamento técnico ou profissional? 14 — Haverá nêsse sistema vantagens para o assistido e para a instituição, relacionadas à redução do tempo de doença e à maior dedicação profissional? 15 — Como poderiam ser combatidos o individualismo e o imediatismo dos médicos, que aceitam remuneração vil, estabelecendo concorrência desleal e competição com os colegas? 16 — Haverá deficiência na formação profissional do médico relacionado com êste aspecto e passível de ser prevenida durante o ensino médico? 17 — Padecem os médicos de deficiências no conhecimento e aplicação prática das relações públicas e humanas no trabalho? 18 — Como se poderia incrementar e ao mesmo tempo alicerçar, entre os médicos, a idéia de classe, o espírito de equipe, no sentido de se filiarem às associações e trabalharem pelo engrandecimento delas?

Finalmente foram ainda redigidos os seguintes quesitos sob o título de problemas de ordem geral: 1 — Deve ser combatida e eliminada a tendência, até agora em vigor, da centralização excessiva dos órgãos de assistência federais, acarretando um encarecimento acentuado dos serviços, sem qualquer proveito para os mesmos? 2 — Será proveitosa a transformação dos órgãos centrais em autoridades normativas e fiscalizadoras das atividades dos órgãos executivos descentralizados, para que se lhe não cerceie a autonomia, a iniciativa e o nível de produção? 3 — Que nível do poder público poderá intervir na adoção ou aproveitamento de quaisquer sugestões, porventura emitidas por êste congresso? 4 — Deverão todos os serviços assistenciais, inclusive o departamento Nacional da Previdência Social no setor da assistência médica, passar à jurisdição do Ministério da Saúde? 5 — Pode ou deve o Poder Legislativo dar ao Ministério da Saúde autonomia para a execução de qualquer plano de assistência, já que se trata de problema técnico e social de alta relevância? 6 — Poderá o Poder Legislativo modificar, por meio de legislação adequada e rigorosa, o atual sistema (inoperante nos órgãos de assistência federais, filiados ao Ministério do Trabalho), vítima da inépcia de dirigentes, cuja escolha está ao sabor da nefasta política partidária?

EXIGÊNCIAS MÍNIMAS PARA UM HOSPITAL-ESCOLA

O Congresso da A.M.B. realizou estudos sôbre as condições atuais de ensino médico e as medidas que deverão ser adotadas para torná-lo mais eficiente. Assim, foram estudadas e debatidas as condições mínimas necessárias para que um hospital possa exercer a função de hospital-escola, chegando-se às seguintes conclusões:

a) deve ter capacidade para prestar assistência no setor de quaisquer das especialidades médicas do currículo das escolas;

b) número suficiente de enfermeiras de alto padrão e auxiliares de enfermagem com certificado do curso aprovado pelo govêrno federal;

c) Serviço Radiológico;

d) Laboratório Central;

e) sistema adequado de fichamento e protocolo de observações dos doentes internados e arquivo central;

f) médicos internos;

g) reunião semanal do corpo clínico;

h) biblioteca;

i) Serviço de Patologia que permita o maior número de biopsias e autópsias;

j) Serviço de Ambulatório.

Por outro lado, o número de alunos deverá ser condicionado ao número de leitos do hospital-escola, na proporção de um leito para cada aluno; também recomenda-se que êsse número de alunos seja condicionado à capacidade didática das instalações das cadeiras básicas e ao número de elementos do corpo docente.

REGIME DE INTERNATO

Também foi lembrada a situação do aluno das escolas médicas ao atingir o 6.º ano, para os quais deverá ser instituido, desde logo, o regime de internato obrigatório. Êsse internato seria feito não sòmente em hospitais universitários, mas em todos aqueles que satisfaçam condições mínimas, isto é, possuam: a) Serviços de Clínicas Médica,, Cirúrgica, Pediátrica e Obstétrica (os dois últimos não necessàriamente no mesmo hospital), dirigidos por profissionais credenciados pelas Escolas, preferentemente docentes-livres; b) Serviços de Ambulatório, Radiologia e Laboratório Clínico; c) boas instalações para os Serviços Médicos e Cirúrgicos, Serviço de Anestesia, Banco de Sangue; d) fichário de doentes e protocolo de observações clínicas; e) pelo menos uma enfermeira de alto padrão na chefia do Serviço de Enfermagem.

Recomendou-se, ainda, que o internato obrigatório, uma vez admitido, deverá ter a duração de doze meses consecutivos, ser rotativo e supervisionado com provas finais. Não se recomendou a substituição do internato por estágio em localidades sem médicos.

* * *

VII MESA-REDONDA SÔBRE PROBLEMAS MÉDICO-ADMINISTRATIVOS, EM CAMPINAS

Promovida pela APM, APH e a Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas realizou-se, em outubro último, a VII Mesa-redonda sôbre problemas médico-administrativos dos hospitais e que reuniu delegações de médicos e administradores de hospitais de tôda a IV Zona Hospitalar do Estado, que incluiu as cidades de Campinas, Jundiaí, Rio Claro, Americana, Limeira, Amparo, Mogi-Mirim, São João da Boa Vista, Piracicaba, Araras e Pinhal.

O programa debatido versou sôbre:

1 — Administração Superior nos Hospitais.

2 — Corpo Clínico do Hospital.

3 — Relação entre a Administração Superior, Corpo Clínico e outros Serviços.

* * *

HOSPITAL-COLONIA PARA RECUPERAÇÃO DE ALCOÓLATRAS

A Associação Anti-Alcoólica recebeu auxílio estadual de 500 mil cruzeiros a fim de possibilitar o início imediato das obras do hospital-colonia para recuperação de alcoólatras. O hospital- colonia será construido numa área de cêrca de 26 mil metros quadrados situada no quilômetro 21 da estrada de Cotia.

* * *

CONSTRUÇÃO DE HOSPITAL EM BRASILIA

Foram tomadas as primeiras providências para o início imediato das obras do hospital que o IAPI construirá na futura capital da República.

O Instituto dos Industriários já mantém em Brasília um posto médico, que vem prestando assistência aos trabalhadores que alí exercem suas atividades.

CURSO NORMAL DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

O chefe do Executivo estadual encaminhou à Assembléia mensagem, acompanhada de projeto de lei, que cogita da criação, na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da U.S.P., do Curso Normal de Administração Hospitalar. Esclarece o governador, em sua mensagem explicativa, que o citado curso, com a denominação de Curso de Especialização em Organização e Administração Hospitalar, já vem funcionando, desde 1951, sob a direção da cátedra de Técnica de Saúde Pública, daquela Faculdade, mediante convênio assinado entre a Reitoria da Universidade e a W. R. Kellogg Foundation. Acrescenta que, como foi verificado através da própria experiência advinda do funcionamento provisório dêsse curso, "é de tôda conveniência que a sua criação seja fixada em lei, para a melhor difusão e aperfeiçoamento da técnica de administração hospitalar". A proposição apresentada à Assembléia, além de criar a cadeia de Administração Hospitalar, com o seu respectivo cargo de professor catedrático e os de assistente, estabelece as disciplinas que serão ministradas, a saber: Administração Hospitalar, Contabilidade Hospitalar, Legislação Aplicada a Hospital, Administração Sanitária, Estatística, Epidemiologia, Higiene Alimentar, Higiene Rural e Saneamento.

* * *

ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Nos dias 8 e 9 de Dezembro, promovido pela APM e APH realizar-se-á, na sêde da Associação Paulista de Medicina, a Jornada de Encerramento das mesas-redondas sôbre problemas médico-administrativos, que obedecerá à seguinte ordem do dia:

Dia 8 de Dezembro, 14 horas — Instalação; 14 horas e 30 — "Escolas de Auxiliares de Enfermagem", prof. Ariovaldo de Carvalho; 15 horas e 20 — "Lei 1982 — Auxílio Governamental Supletivo", prof. Alípio Corrêa Netto; 16 horas e 10 — "Organização do Corpo Clínico — Prontuário Médico", Dra. Lourdes de Freitas Carvalho; 17 horas — "Esquema Geral de Organização do Hospital", prof. Dr. Odair Pacheco Pedroso; 20 horas e 30 — "Mesa Administrativa: funções — Ética Hospitalar", Dr. Emílio Navajas Filho; 21 horas e 20 — "Entrosamento dos Serviços de Saúde Pública com os Hospitais", prof. Rodolpho dos Santos Mascarenhas; 22 horas e 10 — "Papel das Santas Casas na Assistência Hospitalar Contemporânea", prof. Jairo de Almeida Ramos.

Dia 9: das 9 às 12 horas: Discussão dos temas apresentados; das 14 horas e 30 às 17 horas: Conclusões; às 17 horas, aperitivo de encerramento.

"HOSPITAL DE HOJE" É A SUA REVISTA

PRONTA PARA VEICULAR A SUA EXPERIÊNCIA

I CURSO DE PROJETO E ORGANIZAÇÃO DE HOSPITAIS

Mesa Diretora — (da esquerda para a direita) Diretor do Departamento de Assistência Hospitalar de Pernambuco: Dr. Nestor Cavalcanti; Diretor da Faculdade de Ciências Médicas: Dr. Waldemir Miranda; Presidente do I.A.B. departamento de Pernambuco: Arq. Florismundo Marques Lins Sobrinho; Prefeito de Recife: Eng. Pelopidos Silveira; Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Recife: Dr. Antonio Figueira; Conferencista: Arq. Morales Ribeiro; Professor da Escola de Arquitetura da Bahia: Arq. Messias Lopes.

Sessão inaugural do I Curso de Projeto e Organização de Hospitais, do Instituto dos Arquitetos do Brasil — Departamento de Pernambuco. Recife, 8 de Julho de 1956.

Sessão de encerramento do I Curso de Projeto e Organização de Hospitais. Recife, 17 de Julho de 1956.

PUBLICAÇÕES HOSPITALARES PERIÓDICAS

AUSTRÁLIA

"The Australian Modern Hospital"
c/o Royal Prince Alfred Hospital, Camperdown, Sydney, N. S. W.

"The Hospital Magazine"
Hospitals and Charities Commission, Victoria
61 Spring Street, Melbourne C. 1, Victoria.

"Hospital Administration"

BÉLGICA

"L'Hôpital"
187 rue Théodore Verhaegen, Brussels.

BRASIL

Revista Paulista de Hospitais
Av. Ipiranga, 313, sala 31, São Paulo.

Revista Técnica de Planejamento Hospitalar
Av. Rio Branco, 311, 4.º a, Rio de Janeiro.

CANADÁ

"Canadian Hospital"
280 Bloor Street, Toronto, Ontário.

DINAMARCA

"Tidsskrift for Danske Sygehuse"
Resundshospitalet, Copenhagen.

FRANÇA

"Revue Hospitaliére de France"
3 Avenue Victória, Paris IVe.

"Techniques Hospitalières",
37 rue Montholon, Paris 9e.

L'Infirmiere Française

Revie de l'Infirmiere et de L'Assistence Social

ALEMANHA

"Das Krankenhaus",
Klosterstrasse 35/37, Düsseldorf (22a).

INGLATERRA

"Hospital and Health Management"
9 Catherine Place, London S. W. 1.

"Hospital and Social Service Journal",
27/29 Furnival Street, Holborn, London E. C. 4.

"Hospital and Nursing Home Management"

"The Hospital"
75 Portland Place, London W. 1.

HOLANDA

"Het Ziekenhuiswezen"
"Zuidwal" Hospital, The Hague.

IRLANDA

"Irish Nursing and Hospital World"
268 North Circular Road, Dublin.

ITÁLIA

"L'Ospedale"
Corso Bramante 92, Turin.

"Técnica Ospedaliera"
Via Fra Mauro 12, Lido — Venezia.

"Azienda Ospedaliera"

NOVA ZELÂNDIA

"The New Zealand Hospital"
Druids' Chambers, Woodward Street, Wellington.

"Health and Service"
Auckland Hospital Board, Kitchener Street, Auckland.

NORUEGA

"Meddelelser fra den Norske Sykehusforening"
Dalsveien 33, Slemdal — Oslo.

PORTUGAL

"Hospitais Portugueses"
Avenida Sá da Bandeira 92, Coimbra.

SUIÇA

"Veska Zeitschrift"
Rain 32, Aarau.

"Hospitalis"
Kreuzstrasse 72 — Zurich 8.

U. S. A.

"Hospitals"
18 East Division Street, Chicago 10, Illinois.

"The Modern Hospital"
919 N. Michigan Avenue, Chicago 11, Illinois.

"Hospital Management"
200 E. Illinois Street, Chicago 11, Illinois.

"Hospital Topics"
30 W. Washington Street, Chicago 2, Illinois.

Trustee
Medical Abstract Service

"El Hospital"
Panamerican Publishing C. Inc., 570 Seventh Avenue, New York 18, N. Y.

"Hospital Abstract Service"
161 W. Harrison Street, Chicago 5, Illinois

"Hospital Progress"
"The Journal of the American Protestant Hospital Association"
"Texas Hospitals"
"The Hospitals Forum"
"The Bulletin of the Hospital Association of Pennsylvania"
"Southern Hospitals"
"Hospital Administration Review"
"The Administrator"
"Hospital Accounting"
"Hospital Purchasing File"

VENEZUELA

"Técnica Hospitalaria"
Apartado Postal 1063, Caracas.

"Revista Nacional de Hospitales"

RUIDO E DOENÇA SÃO INCOMPATÍVEIS

COOPERE COM A CAMPANHA PROMOVIDA PELO I. P. H. DE

"HOSPITAIS MAIS SILENCIOSOS PARA O BRASIL"

CONTINUAÇÃO DAS CONCLUSÕES DO CONGRESSO DE LUCERNA

(Tradução do trabalho publicado pela Federação Internacional de Hospitais)

GRUPO 4 — RELAÇÃO ENTRE PACIENTE E PESSOAL

Nos trabalhos dêste grupo, uma das coisas que mais chamou a atenção foi o fato de que, tanto os relatores como os congressistas, partilhavam exatamente dos mesmos pontos de vista sôbre os temas em debate, e assim muito do que foi dito representava variações próprias ao país de origem do orador ou concernentes ao pessoal, cujo método estava em relato. Era opinião geral que êste problema bem merecia um debate internacional: se era importante analisar a atitude dos vários tipos de pessoal em relação ao paciente, era igualmente importante compreender como se sentia o paciente em relação ao hospital e ao pessoal, que coletivamente trabalhava pela recuperação de sua saúde.

Boa parte do que foi dito poderia ser considerado óbvio, porém, assim como em muitas coisas que são claramente reconhecidas e perfeitamente compreendidas, corria-se o perigo de ignorar o essencial.

O tamanho do hospital tem uma parte importante no problema das relações, paciente-pessoal. No hospital pequeno, onde médicos e enfermeiras são individualmente conhecidos, êstes estão em condições de se interessarem pessoalmente pelos pacientes. O problema cresce em dificuldades, à medida que o tamanho do hospital aumenta, e basta esta razão para se sentir que deve haver uma limitação, quanto ao tamanho de um hospital. Muita consideração foi dada à atitude dos vários tipos de pessoal em relação ao paciente, dependendo do contacto que cada elemento do pessoal tem com o paciente, cada um suprindo diferentes necessidades do doente, e todos sendo necessários dentro de um conjunto coordenado.

A maioria dos oradores referiu-se ao sentimento do paciente de estar perdido dentro do hospital, encarecendo a necessidade de o pessoal procurar conjuntamente responder a tôdas as questões, o quanto possível. O contacto entre os médicos e o paciente deve variar, de acôrdo com as condições do paciente e o seu estado mental, consequente dessas condições. Existem certos problemas com pacientes, que só o médico é capaz de resolver e, a quem, ùnicamente, o paciente os confiará. O que é importante é que o médico se torne credor da paz de espírito e da saúde do paciente. Possivelmente, é a enfermeira quem mais pode fazer pela paz de espírito e calma do paciente; apezar das muitas trocas requeridas pelo sistema de trabalho, é a única que está em constante contacto com o paciente, e seu tacto, sua gentileza e caridade são fundamentais. Estas coisas se adquirem, em parte, pelo treino, e, em parte, pela experiência e pelo exemplo das enfermeiras mais antigas. Nêsse particular, a enfermeira ocupa posição central e pode, pelo seu esfôrço, coordenar todo o trabalho do pessoal.

A samaritana é capaz de dar ajuda e considerável confôrto ao paciente, que se encontra ansioso quanto ao seu lar, problemas familiares ou comerciais. No caso de os problemas do paciente terem-se agravado, em consequência do isolamento, a samaritana é talvez a mais indicada para dissipá-los. Se a enfermeira é a mãe do paciente, a samaritana é sua irmã e com a ajuda de várias organizações voluntárias, a samaritana pode trazer inestimável auxílio, quando necessário.

A igreja também tem seu quinhão na paz de espírito do paciente. Quase todos os hospitais têm seus prelados, e êstes podem ser de considerável ajuda ao paciente durante sua doença, quando seus sentimentos religiosos inatos afloram mais do que em outras ocasiões.

Os problemas de alguns tipos de pacientes requerem especial atenção. Os idosos necessitam de médicos e enfermeiras especialmente treinados e particularmente jeitosos para lidar com êles. O mesmo é verdade para os pacientes crônicos, para os tuberculosos e para os doentes mentais. Tôdas estas considerações mostram a necessidade de particular atenção na seleção e treinamento do pessoal. As qualidades referidas não se obtêm apenas pelo treino. Elas derivam do crescente senso de vocação naqueles que foram treinados e desabrocharão numa comunidade hospitalar feliz, onde todos trabalham juntos para o bem estar dos pacientes.

Nossas recomendações são:

1 — Deve-se reconhecer que a atitude do pessoal, em relação ao paciente, não é sòmente uma questão de vocação, mas, também, de treino sistemático.

2 — O recrutamento e treinamento de auxiliares de enfermagem, que estão em contacto mais contínuo com o paciente, deveria ser devidamente considerado em todos os países, principalmente pela escassez de enfermeiras treinadas. A enfermeira treinada deve guiar, ela mesma, os auxiliares para que êstes assumam certas responsabilidades em relação ao paciente.

(Pelo Grupo IV — Secretário: Mr. A. J. Bennett (Inglaterra).

X CONGRESSO INTERNACIONAL DE HOSPITAIS EM LISBÔA

CONVITE ESPECIAL À FAMÍLIA HOSPITALAR BRASILEIRA

Leia na página 42.

SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ARQUITETURA E DE TÉCNICA HOSPITALAR GENEBRA 1957

A organização hospitalar apresenta um problema difícil em muitos países. Primeiramente, a determinação do programa é delicada: comporta a fixação do número de leitos para uma dada população, a importância relativa dos diferentes serviços especializados, o desenvolvimento de consultas e de intercâmbio entre os demais serviços de Saúde Pública.

Em segundo lugar, a construção de hospitais e de estabelecimentos especializados é difícil, exigindo êste ramo particular da arquitetura conhecimentos profundos das condições de funcionamento das partes médica e administrativa. O equipamento técnico apresenta, igualmente, problemas especiais. Em terceiro lugar, os custos de construção e de funcionamento dos hospitais modernos representam parte importante nos orçamentos estaduais e municipais, implicando na procura de soluções técnicas melhores e mais econômicas, em face da amplitude do problema da organização de assistência extensiva à totalidade da população de um país.

Conscientes da importância desta questão, a Federação Internacional de Hospitais e a União Internacional de Arquitetos organizaram, conjuntamente, um conclave sob forma de um seminário, que reunirá, de um lado, técnicos conhecidos pela sua competência na matéria e, de outro, participantes provenientes de diversos países, onde o problema é particularmente urgente. Tais participantes compreenderão especialistas e técnicos em construção e equipamento de hospitais: arquitetos, engenheiros, funcionários de saúde pública, médicos, etc.

O Seminário de Arquitetura e de Planejamento Hospitalar terá lugar na segunda metade do mês de Maio de 1957, em Genebra, e terá uma duração de 10 dias, aproximadamente. Os cursos serão dados em inglês e francês e tôdas as publicações serão redigidas nestas duas línguas.

O estudo dos métodos a aplicar para o estabelecimento do programa e a concretização de um plano satisfatório estarão a cargo duma equipe de Diretores de Estudos, cujos nomes figuram abaixo.

G. BIRCH — LINDGREN, Arquiteto, Estocolmo. Presidente da Comissão de Saúde Pública da U. I. A. e vice-Presidente da 1.ª Comissão de Estudos e de Pesquisas da F .I. H.

DR. R. F. BRIDGMAN — Paris. Diretor adjunto de Saúde do distrito do Sena, Secretário da 1.ª Comissão de Estudos e de Pesquisas da F. I. H.

D. GOLDFINCH — Arquiteto, Regional Hospital Board, Birmingham.

DR. S. HALTER — Inspetor da Saúde e da Família, Bruxelas.

DR. A. PRIA — Engenheiro-Chefe do Ospedale Maggiore, Milão.

W. F. VETTER — Arquiteto, Lausanne — Secretário da Comissão de Saúde Pública da U. I. A.

Cada Diretor de Estudos far-se-á acompanhar de especialistas, cujos nomes serão divulgados oportunamente e que organizarão os Cursos e dirigirão os trabalhos práticos.

IV.º CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIRAS DE SALA DE OPERAÇÃO

Hotel Statler, Los Angeles, California

18 a 20 de Fevereiro, 1957

Programa

18 de Fevereiro:

7,30 Inscrição. 8,30-11 Mesa Redonda: Perspectivas de futuro para as enfermeiras da Sala de Operação. (Programa de licenciamento vocacional. O ponto de vista da estudante de enfermagem. O programa de dois anos. O programa que confere grau. O papel da enfermeira de Sala de Operação no serviço médico militar). 8,30-10,00 Cirúrgia do recém-nascido. 10,00-11,00 A estética na Sala de Operação. 8,30-9,45 Hepatite do Sôro Homólogo: Disseminação, contrôle e prevenção. 10,15-11,00 Gás Oxietilenico. 15,00-17,00 Leito-dia para atender desastres.

19 de Fevereiro:

8,30-11,00 Mesa Redonda: Problemas da Sala de Operação. (Prontidão e trabalho além do horário. Escalas. Apatia e faltas ao serviço. O cirurgião-problema). 9,15-10,00 Compras diretamente do fabricante. 10,00-11,00 Tumor adrenal. 8,30-10,00 Sala de Recuperação — Seu valor no cuidado ao paciente. 10,00-11,00 Hipotermia em Cirurgia. 15,00-17,30 Mesa-Redonda: Esterilização de material cirúrgico (Vapor saturado; Calor sêco; Esterilização por gás; Radiação eletrônica; Desinfecção química).

20 de Fevereiro:

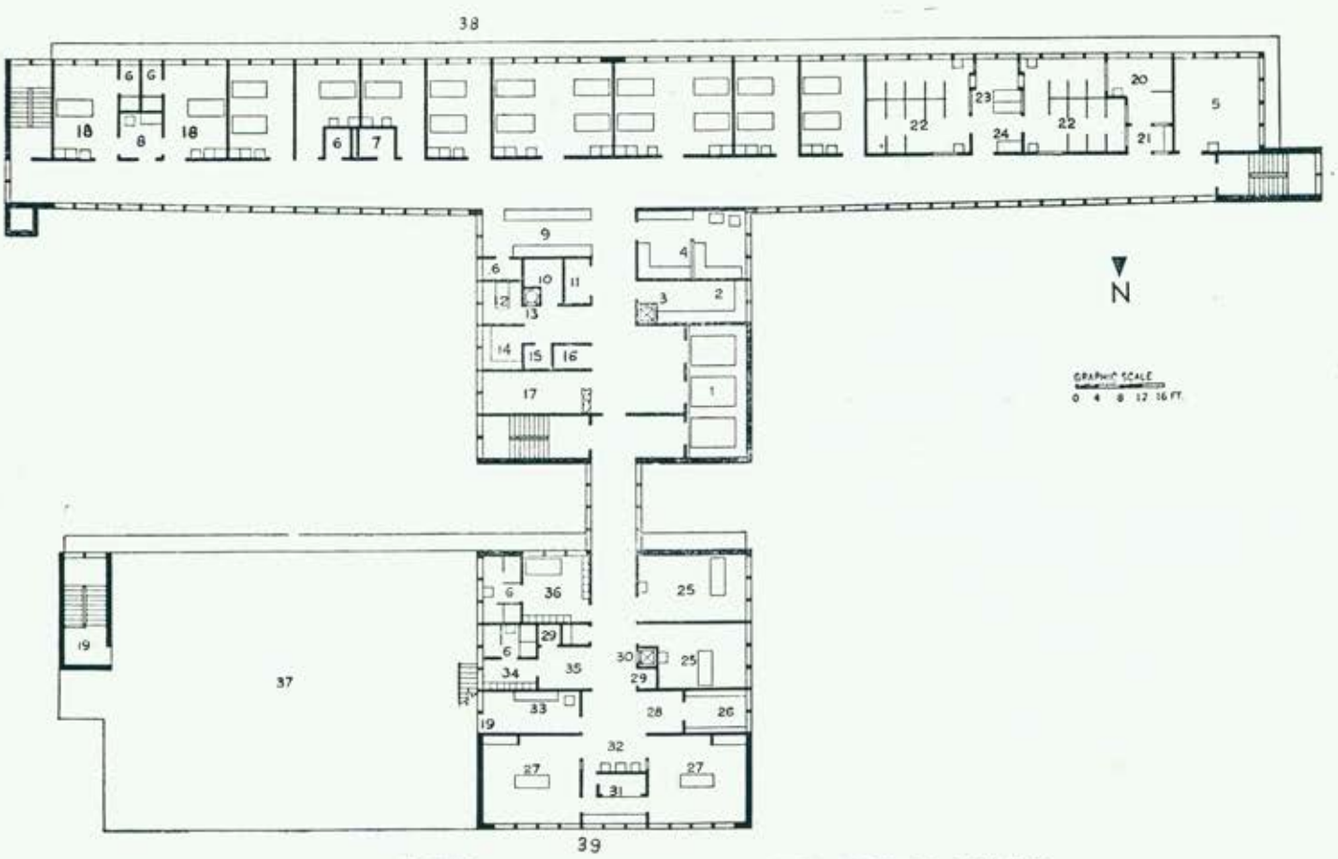
8,30-10,00 Cirurgia da mão. 10,00-11,00 A necessidade de seguro contra erros profissionais para enfermeiras de Centro Cirúrgico. 8,30-10,00 Parada cardíaca. 8,30-9,30 Inflamação e explosão em Sala de Operação. 9,30-11,00 Cirurgia do olho e a enfermeira da Sala de Operação. 15,00-17,00 Clínica de casos especiais.

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.

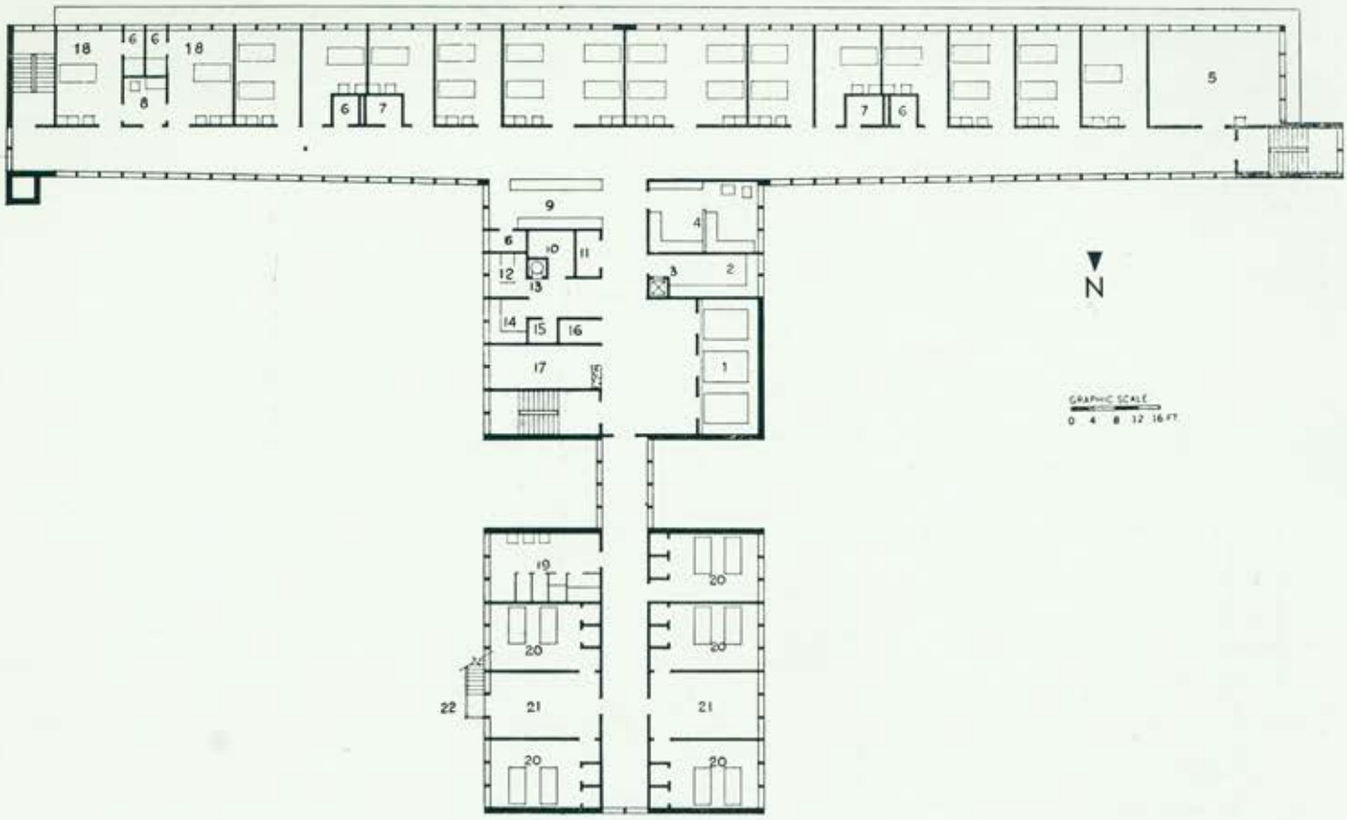
Tradução de JARBAS KARMAN

Nas páginas seguintes, Hospital de Hoje tem o prazer de oferecer aos sócios do IPH a continuação da tradução do livro "Desingn and Construction of General Hospitals", cuja publicação foi iniciada no 4.º número.



PLANTA DO QUARTO PAVIMENTO

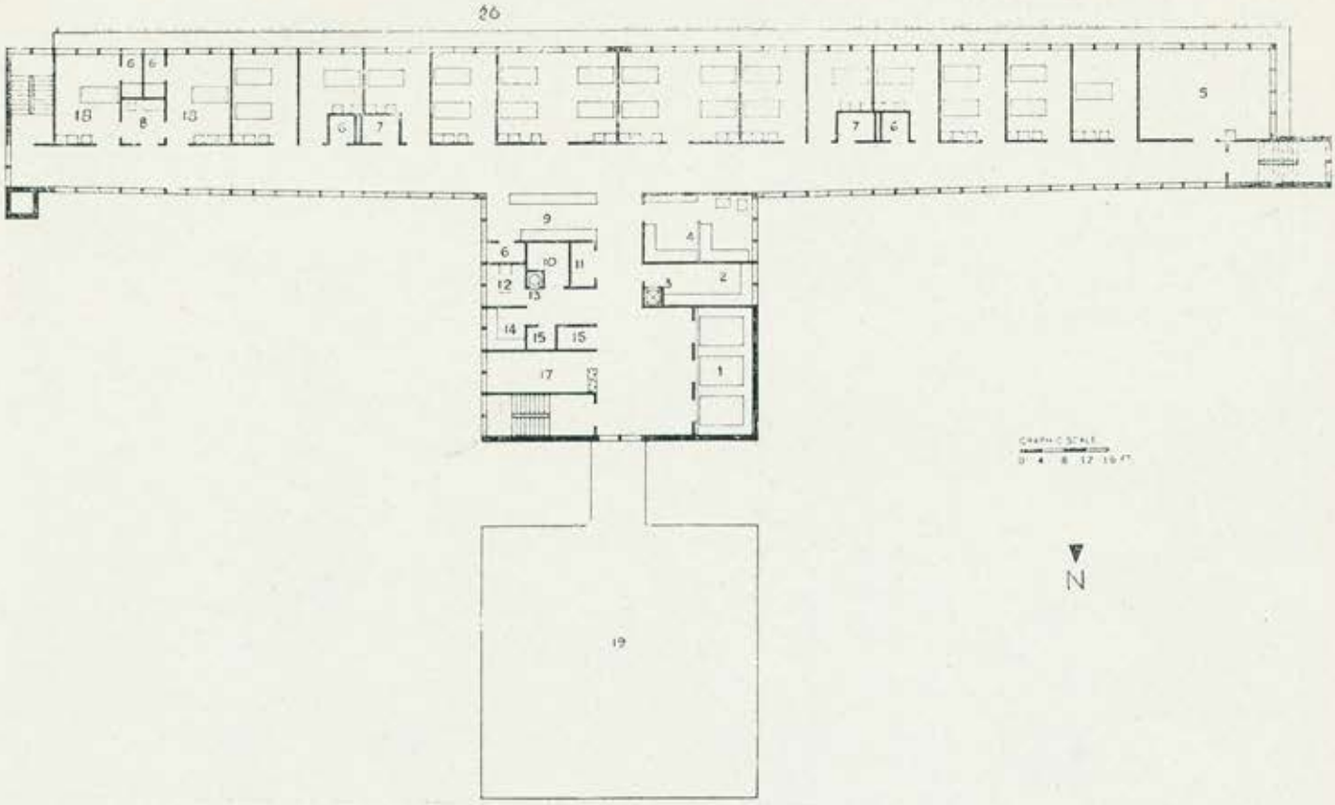
1 — Elevadores; 2 — Copa; 3 — Monta-Carga; 4 — Utilidades; 5 — Solário; 6 — W.C.; 7 — Lavador Comadres; 8 — Sub-Utilidades; 9 — Posto Enfermeiras; 10 — Depósito; 11 — Rouparia; 12 — Banho; 13 — Duto para Roupa Suja; 14 — Arranjo Flores; 15 — Material Limpeza; 16 — Maca; 17 — Espera Visitantes; 18 — Isolamento; 19 — Saída; 20 — Berçário Suspeitos; 21 — Ante-Sala; 22 — Berçário; 23 — Exame e Tratamento; 24 — Serviços; 25 — Trabalho de Parto; 26 — Depósito Material Esterilizado; 27 — Sala Parto; 28 — Macas; 29 — Armário; 30 — Monta-Carga; 31 — Sub-Esterilização; 32 — Escovação; 33 — Expurgo; 34 — Vestiário Enfermeiras; 35 — Supervisora; 36 — Vestiário Médicos; 37 — Telhado; 38 — Maternidade - 20 leitos; 39 — Centro Obstétrico.



24

PLANTA DO QUINTO PAVIMENTO

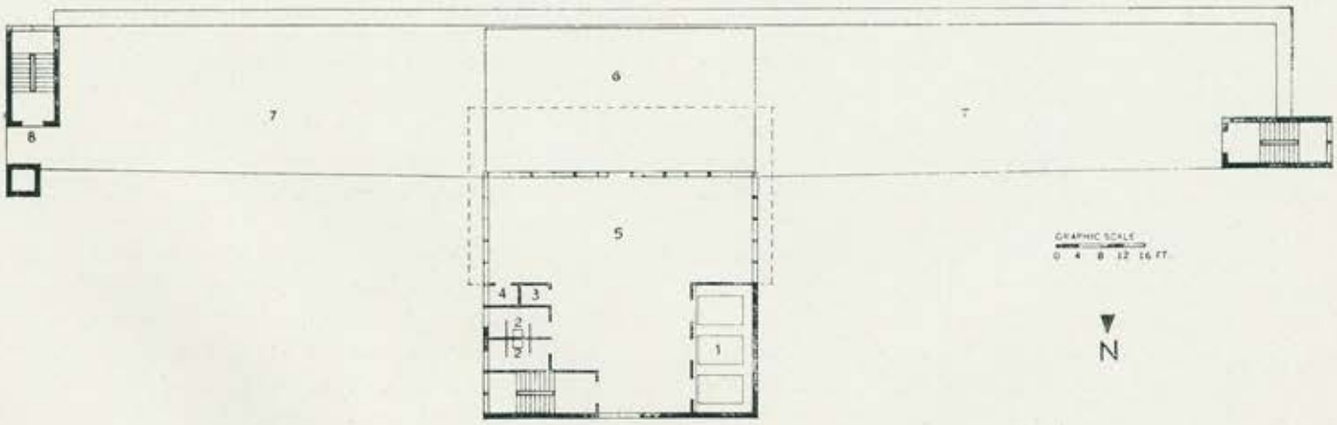
1 — Elevadores; 2 — Copa; 3 — Monta-Carga; 4 — Utilidades; 5 — Solário; 6 — W.C.; 7 — Lavador Comadres; 8 — Sub-Utilidades; 9 — Posto Enfermeiras; 10 — Depósito; 11 — Rouparia; 12 — Banho; 13 — Duto para Roupa Suja; 14 — Arranjo Flores; 15 — Material Limpeza; 16 — Maca; 17 — Espera Visitantes; 18 — Isolamento; 19 — Sanitários; 20 — Quarto; 21 — Sala Estar; 22 — Escada de Incêndio; 23 — Clínica Médica - 25 leitos; 24 — Apartamentos de Médicos Internos e Residentes.



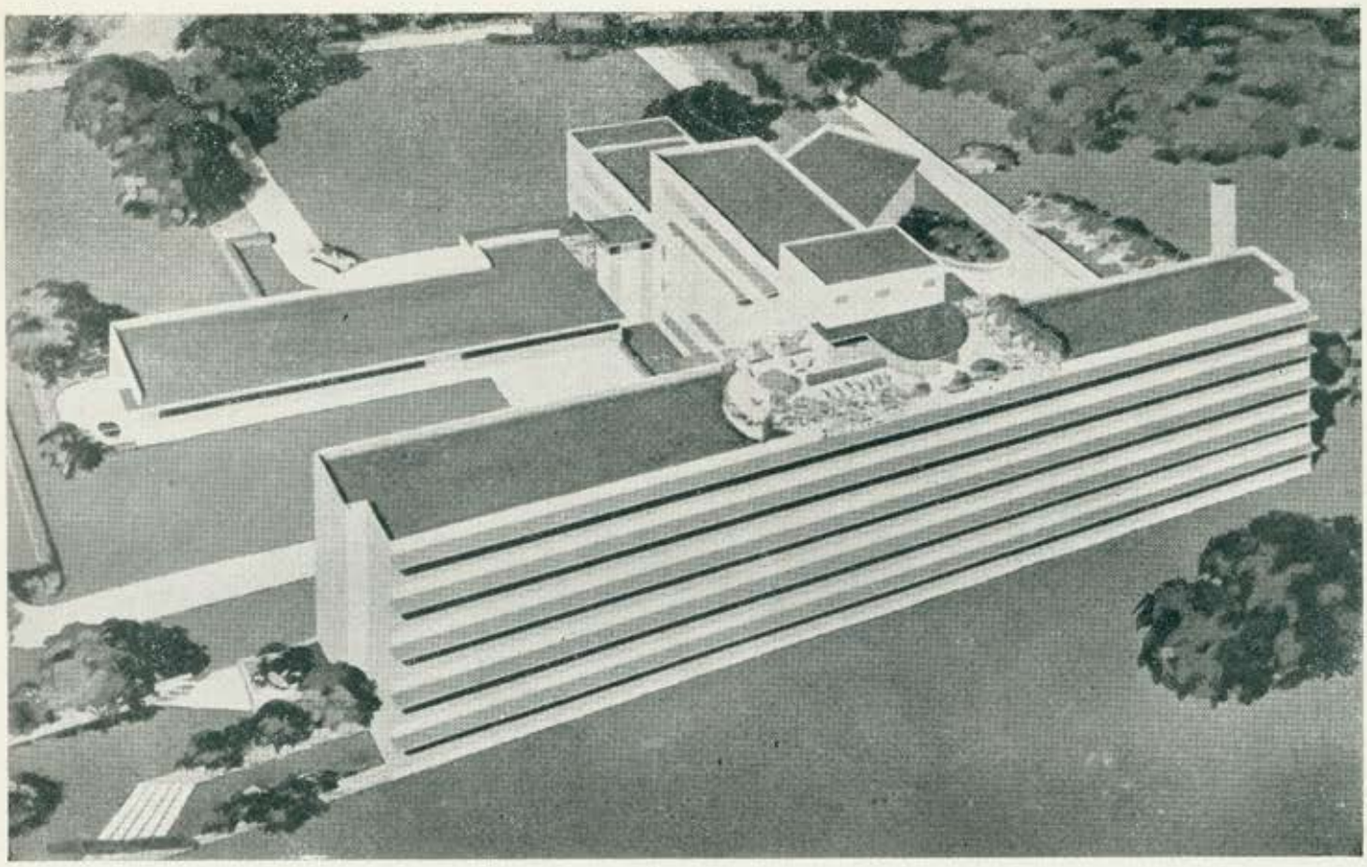
PLANTA DO SEXTO PAVIMENTO

1 — Elevadores; 2 — Copa; 3 — Monta-Carga; 4 — Utilidades; 5 — Solário; 6 — W.C.; 7 — Lavador Comadres; 8 — Sub-Utilidades; 9 — Posto Enfermeira; 10 — Depósito; 11 — Rouparia; 12 — Banho; 13 — Duto para Roupa Suja; 14 — Arranjo Flores; 15 — Material Limpeza; 16 — Maca; 17 — Espera Visitantes; 18 — Isolamento; 19 — Telhado; 20 — Clínica 25 leitos.

1 — Elevadores; 2 — W.C.; 3 — Material Limpeza; 4 — Depósito; 5 — Solário; 6 — Terraço; 7 — Telhado.



PLANTA DO SÉTIMO PAVIMENTO



VISTA SUDOESTE

STANLEY REESE, Des.

200 LEITOS — HOSPITAL PARA DISTRITO URBANO

Hospital "Distrital" no sistema hospitalar coordenado.

Sugere-se o presente projeto como o terceiro elemento de um sistema coordenado, denominado de hospital "distrital". Tal instituição caracteriza o conceito de hospital geral urbano, ativo, de 200 ou mais leitos, no qual são facultados serviços de diagnóstico e tratamento, pràticamente completos. É de se esperar que no seu quadro figurem proeminentes representantes da classe médica, em suas várias especialidades.

Internos, médicos-residentes e uma escola de enfermagem constituiriam o seu setor de ensino, embora cursos livres de atualização, em escala limitada, possam ser oferecidos a médicos de hospitais menores e de áreas rurais, estabelecendo, com isso, uma base de compreensão e cooperação, que ajudará materialmente a manter elevado o padrão de assistência das zonas longinquas, o que constitue um dos objetivos principais do plano de serviço hospitalar coordenado.

De fato, um hospital de 200 leitos é bastante grande. Não é provável que muitos dêles sejam construidos no prazo restante até a inauguração do plano coordenado sugerido pelo Serviço de Saúde. Várias instituições existentes poderiam ser adaptadas ao plano. Há muitas excelentes, idealmente adequadas ao desempenho das funções aqui sugeridas; já outras, nesta categoria, exigirão oportunamente substituição, havendo ainda áreas, carecendo de hospitais completamente novos. É de se duvidar que os novos sejam grandes como êste, mas um de 200 leitos foi escolhido para "hospital distrital", porque seria difícil incluir todos os serviços desejados em hospital muito menor.

O pessoal e os recursos clínicos do hospital distrital devem estar em condições de poder atender devidamente quase todos os tipos de alta e pequena cirurgia, obstetrícia, medicina interna, pediatria, doenças de olhos, ouvido, nariz e garganta, odontologia, fisioterapia, medicina e cirurgia industrial. O tratamento abrangeria igualmente as doenças contagiosas comuns, inclusive as venéreas, sendo ainda efetuado, pelo menos, diagnóstico básico e o tratamento inicial da tuberculose e neuropsiquiatria. Para desin-

cumbir-se bem dessas funções são necessárias instalações adequadas de raios X, patologia, bacteriologia e química.

A planta, apesar de bastante pormenorizada, é apenas sugestiva, a exemplo das outras, e precisará de modificações e adaptações para as condições específicas, encontradas pelo arquiteto local, em seu projeto.

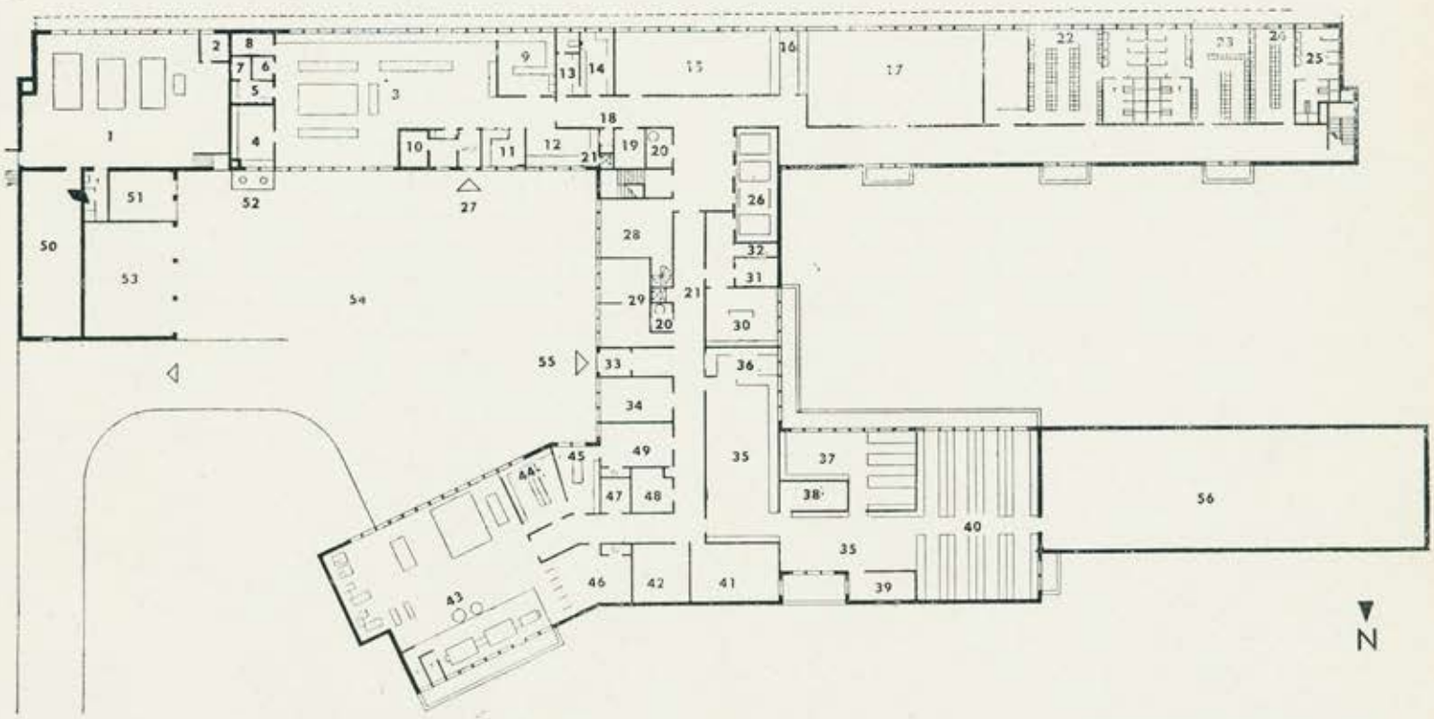
Mais uma vez estão incluidos, no plano, consultórios para médicos particulares (segundo andar). Embora num grande hospital, presumivelmente em centro urbano, não haja tanta necessidade, como nas pequenas comunidades, de os médicos terem seus consultórios diretamente no hospital, a sua provisão não deixa de ser vantajosa. O médico não só estaria perto do seu paciente hospitalizado, como, também dos vários recursos de diagnóstico e tratamento.

Se bem que, novamente, se tenha feito uso da planta que dispõe as enfermarias do lado sul, tanto para efeito de isolação de ruido, como para melhor insolação, houve necessidade de alargamento da ala para poder acomodar os serviços na outra face do corredor. A extensão da ala exclui a possibilidade da centralização de todos os serviços, daí a disposição acentuada do corredor.

Repete-se aqui a separação de unidades por alas. A forma em H, nos andares inferiores, permite o agrupamento de diferentes unidades ao redor de um foco central e a concentração dos dormitórios ao longo do lado sul. As alas norte, se bem que menores em altura, atendem aos presentes requisitos em área das unidades, tornando possível a expansão vertical.

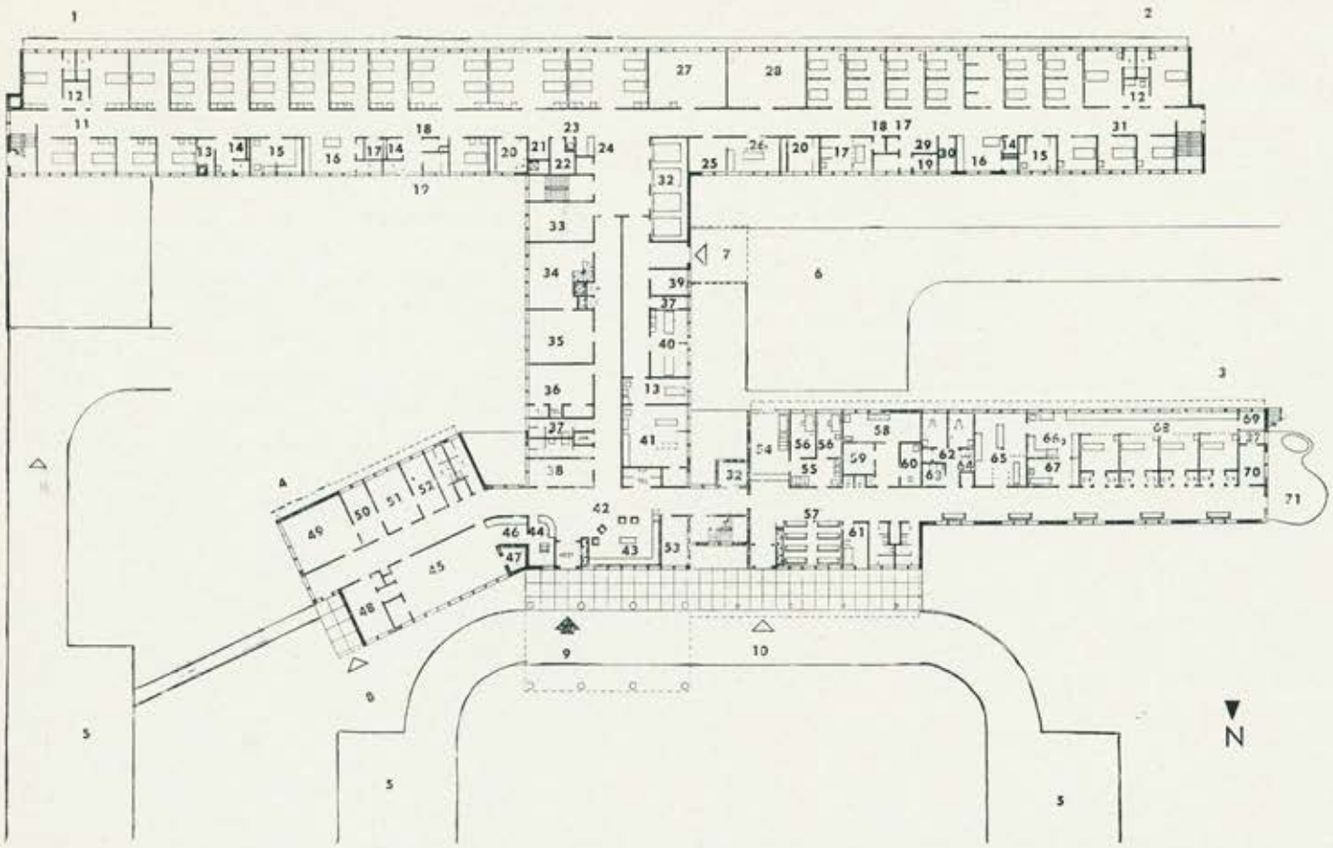
Não obstante ser êste um hospital muito maior do que os indicados nas páginas anteriores, foi mantida centralizada a Unidade de Esterilização. Já os berçários foram descentralizados, seguindo recente orientação para a localização mais apropriada. Entre as vantagens citadas figuram as seguintes: os recém-nascidos estão mais perto das mães, o que é desejável por razões tanto psicológicas como funcionais. Além disso, berçários menores facilitam o contrôle de doenças infecciosas, como a disenteria. Os berçários estão dispostos de tal maneira que podem ficar completamente isolados; os recém-nascidos, tratados por uma mesma enfermeira, são mantidos juntos, e ninguém, nem mesmo os médicos, precisam entrar na sala.

O tamanho dêste hospital permite a segregação de vários tipos de doentes, distribuidos pelas unidades de enfermagem.



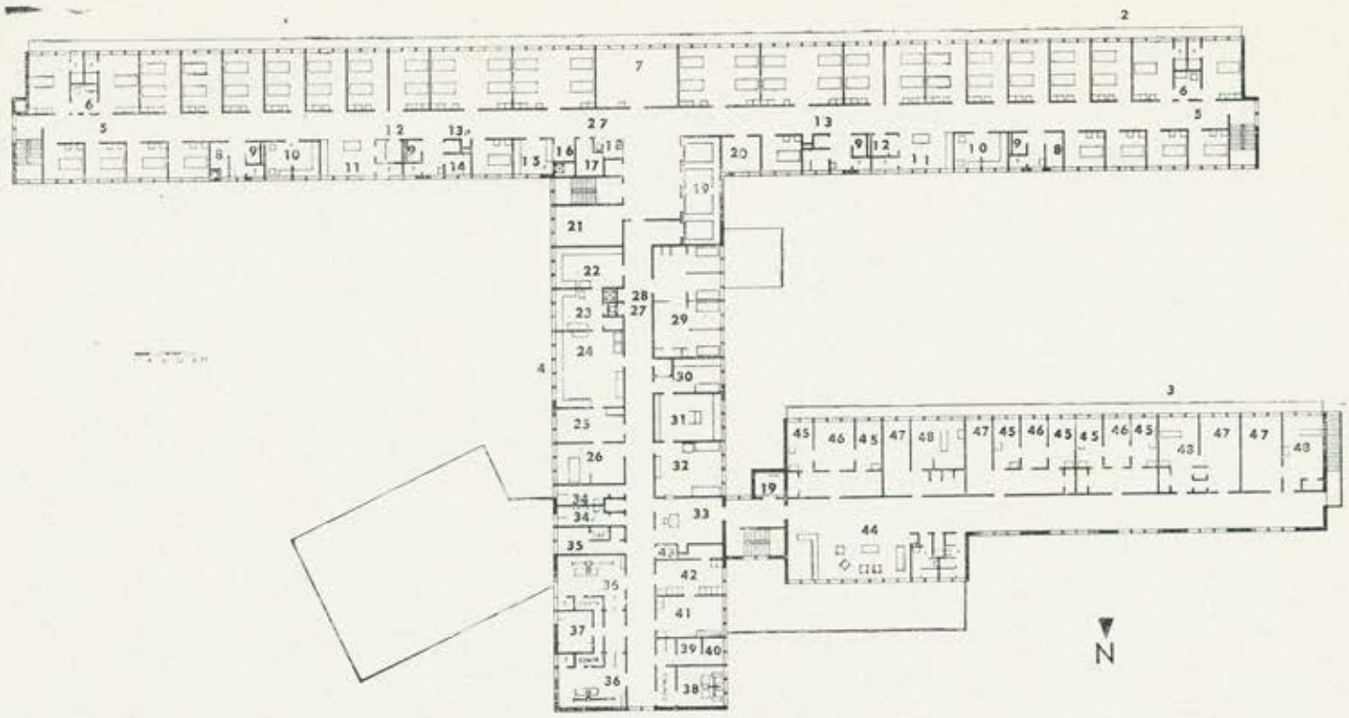
PLANTA DO PAVIMENTO TERREO

1 — Caldeiras; 2 — Engenheiro; 3 — Cozinha; 4 — Despensa; 5 — Preparo Carnes; 6 — Refrigerador Laticínios; 7 — Refrigerador Carnes; 8 — Refrigerador Verduras; 9 — Lavagem Pratos; 10 — Refrigerador Lixo; 11 — Dietista; 12 — Dietas especiais; 13 — Lavagem Mamadeiras; 14 — Lactário; 15 — Refeitório Subalternos; 16 — Distribuição; 17 — Refeitório Pessoal; 18 — Material de Limpeza; 19 — Depósito de Gêlo; 20 — Roupa Suja; 21 — Monta-Carga; 22 — Vestiário Enfermeiras; 23 — Vestiário Subalternos Mulheres; 24 — Vestiário Subalternos Homens; 25 — Sanitários; 26 — Elevadores; 27 — Entrega Mercadorias; 28 — Depósito Arquivo Médico; 29 — Oficina; 30 — Autópsia; 31 — Museu; 32 — Refrigerador Cadáveres; 33 — Vestibulo; 34 — Depósito Produtos Farmacêuticos; 35 — Depósito Fardos; 36 — Recepção e Distribuição; 37 — Depósito Alimentos; 38 — Maquinaria Elétrica; 39 — Material Anestésico; 40 — Almoxarifado Geral; 41 — Depósito Móveis; 42 — Acumuladores Elétricos; 43 — Lavandaria; 44 — Rouparia; 45 — Costura; 46 — Recepção e Classificação de Roupa; 47 — Material de Limpeza; 48 — Depósito; 49 — Encarregada Serviço Limpeza; 50 — Depósito Combustíveis; 51 — Ferramentas Jardinagem; 52 — Incinerador; 53 — Garage; 54 — Pátio de Serviço; 55 — Entrada Pessoal e Serviço; 56 — Disponível



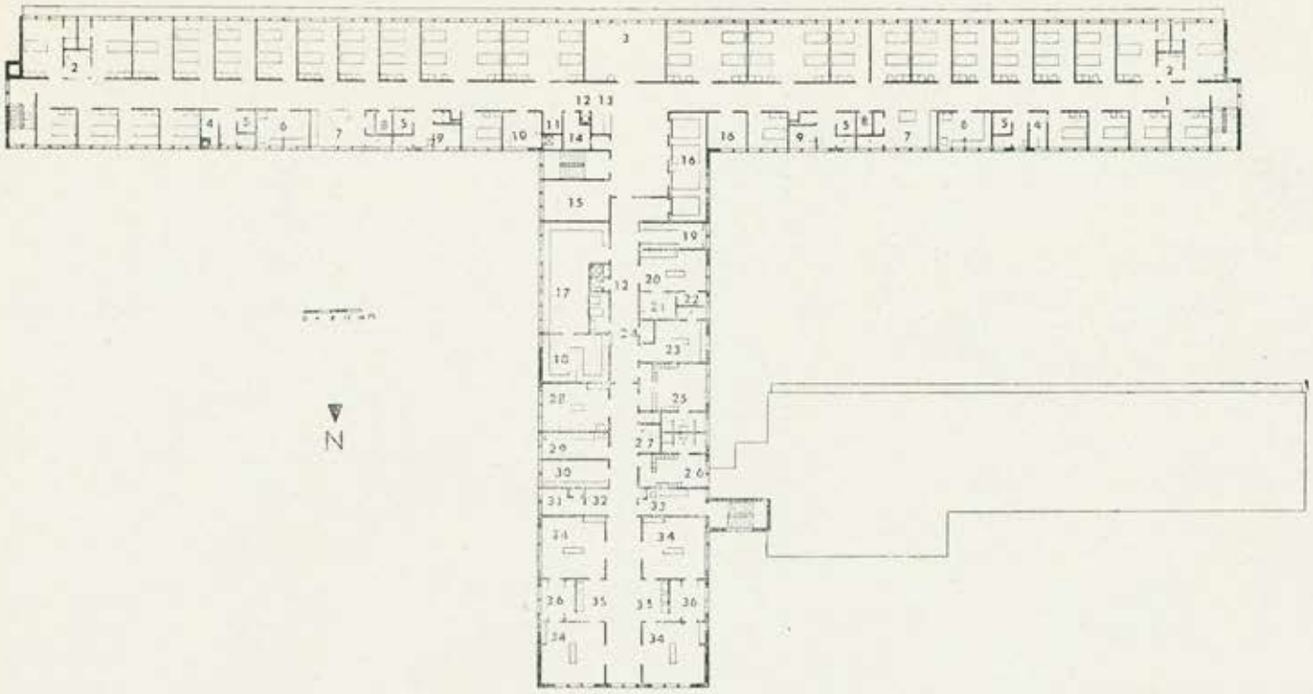
PLANTA DO PRIMEIRO PAVIMENTO

1 — Clínica Médica - 32 leitos; 2 — Clínica Pediátrica - 19 leitos; 3 — Ambulatório; 4 — Administração; 5 — Estacionamento Automóveis; 6 — Pátio Ambulâncias; 7 — Entrada Ambulância; 8 — Entrada Pessoal; 9 — Entrada Principal; 10 — Entrada Ambulatórios; 11 — Isolamento; 12 — Sub-Utilidade; 13 — Banheiro; 14 — Lavador Comadres; 15 — Utilidades; 16 — Pôsto Enfermeiras; 17 — Roupa Limpa; 18 — Material de Limpeza; 19 — Arranjo Flôres; 20 — Copa; 21 — Macas; 22 — Depósito; 23 — Duto para Roupa Suja; 24 — Pôsto; 25 — Consultório; 26 — Tratamento; 27 — Solário; 28 — Sala Brinquedos; 29 — Maca e Cadeira de Rodas; 30 — W.C. Enfermeira; 31 — Observação; 32 — Elevadores; 33 — Espera Visitas; 34 — Arquivo Médico; 35 — Biblioteca e Reuniões; 36 — Estar; 37 — Sanitários; 38 — Admissão; 39 — Escritório; 40 — Leitos Observação; 41 — Pronto Socorro; 42 — Hall; 43 — Espera; 44 — Informações, P.B.X.; 45 — Contabilidade, Secretaria; 46 — Caixa; 47 — Cofre; 48 — Gerente Comercial; 49 — Administrador; 50 — Secretária; 51 — Chefe de Enfermagem; 52 — Assistente de Chefe de Enfermagem; 53 — Recolhimento; 54 — Informações, Consultas, Pagamentos; 55 — Ante-sala; 56 — Serviço Social; 57 — Espera; 58 — Oftalmologia; 59 — Otorrino; 60 — Câmara Escura; 61 — Triagem; 62 — Serviço Dentário; 63 — Recuperação; 64 — Prótese; 65 — Cirurgia; 66 — Utilidades; 67 — Vacina; 68 — Exame; 69 — W.C. Enfermeira; 70 — Sala Brinquedos; 71 — Terraço para Recreação Infantil.



PLANTA DO SEGUNDO PAVIMENTO

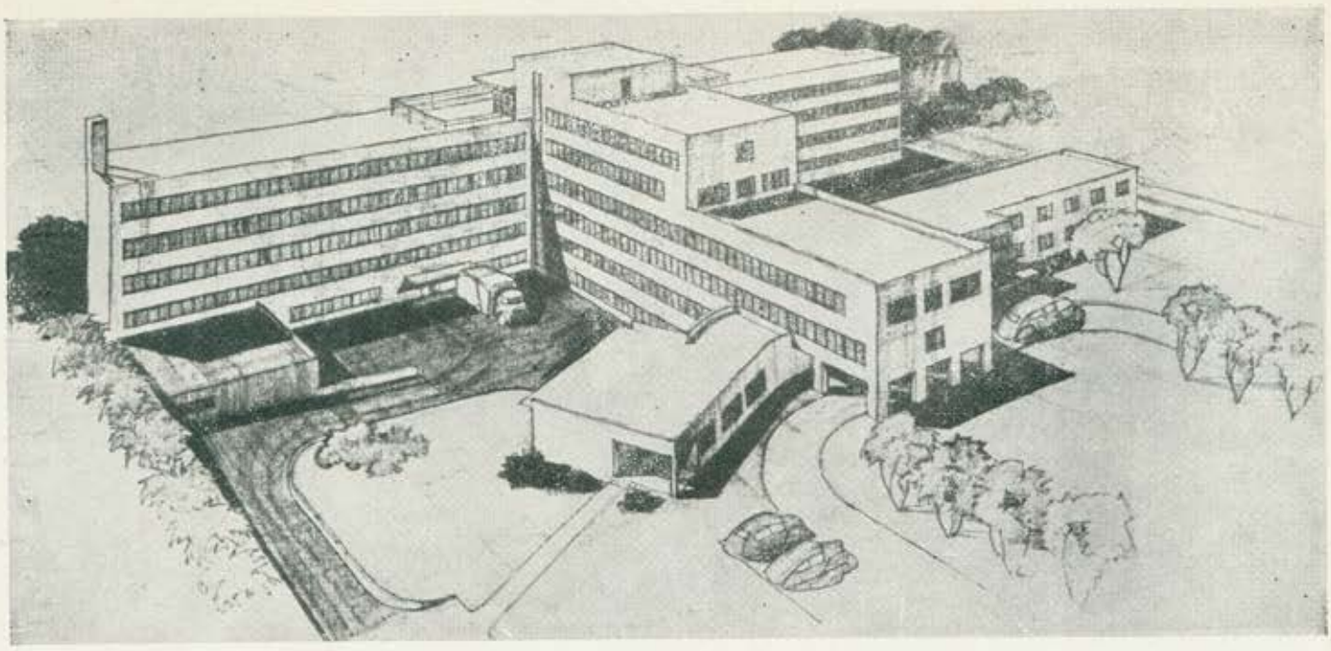
1 — Clínica Médica — 29 leitos; 2 Clínica Cirúrgica - 29 leitos; 3 — Consultórios Médicos Particulares; 4 — Diagnóstico e Tratamento; 5 — Isolamento; 6 — Sub-Utilidades; 7 — Solário; 8 — Banheiro; 9 — Lavador Comadres; 10 — Utilidades; 11 — Posto Enfermeira; 12 — Roupa Suja; 13 — Material de Limpeza; 14 — Arranjo Flôres; 15 — Copa; 16 — Macas; 17 — Depósito; 18 — Posto; 19 — Elevadores; 20 — Curativos; 21 — Espera Visitas; 22 — Bacteriologia e Sorologia; 23 — Lavagem e Esterilização; 24 — Laboratório; 25 — Escritório; 26 — Metabolismo Basal; 27 — Duto Roupa Suja; 28 — Monta-Cargas; 29 — Fisioterapia; 30 — Soluções; 31 — Farmácia-Preparo; 32 — Farmácia; 33 — Espera; 34 — W.C.; 35 — Dentista; 36 — Radiografia e Fluoroscopia; 37 — Câmara Escura; 38 — Radioterapia; 39 — Espera; 40 — Repouso; 41 — Escritório; 42 — Arquivo Chapas; 43 — Raio X Móvel; 44 — Espera; 45 — Exame; 46 — Consultório; 47 — Espera; 48 — Consultório e Exames.



PLANTA DO TERCEIRO PAVIMENTO

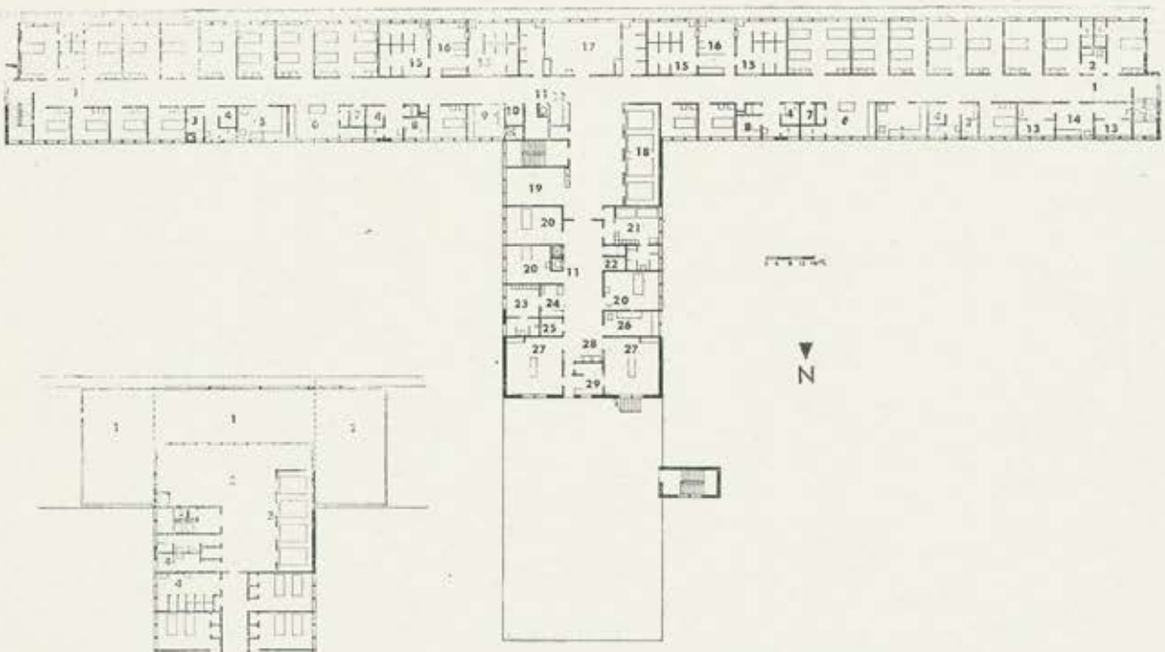
3.º pavimento — Clínica Cirúrgica

1 — Isolamento; 2 — Sub-Utilidades; 3 — Solário; 4 — Banho; 5 — Lavador Comadres; 6 — Utilidades; 7 — Posto Enfermeira; 8 — Roupa Limpa; 9 — Arranjo Flôres; 10 — Copa; 11 — Macas; 12 — Duto para Roupa Suja; 13 — Posto; 14 — Depósito; 15 — Espera Visitas; 16 — Elevadores; 17 — Central de Esterilização; 18 — Centro Material; 19 — Depósito Material não Esterilizado; 20 — Fraturas; 21 — Material Ortopédico; 22 — Armário gesso; 23 — Cistoscopia; 24 — Câmara Escura; 25 — Vestiário Médicos; 26 — Vestiário Enfermeiras; 27 — Macas; 28 — Pequena Cirurgia; 29 — Depósito Material Anestésico; 30 — Depósito Instrumentos; 31 — Supervisora; 32 — Assentamento; 33 — Expurgo; 34 — Sala Operação; 35 — Escovação; 36 — Sub-Esterilização.

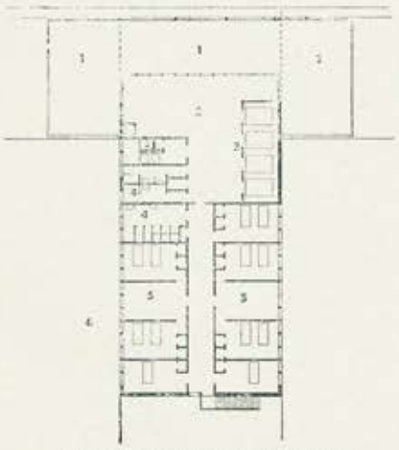


VISTA NORDESTE

ARTHUR W. WAREHAM, Des.



PLANTA DO QUARTO PAVIMENTO



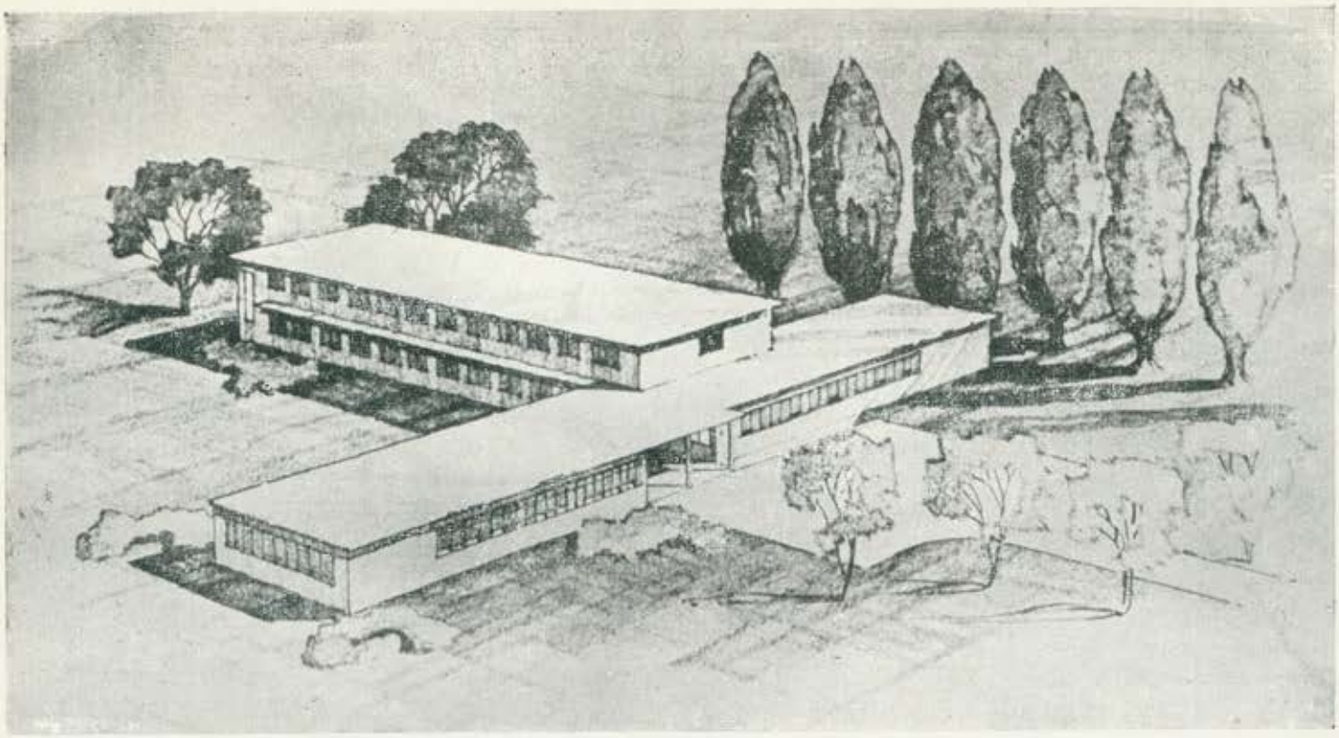
PLANTA DO QUINTO PAVIMENTO

4.º pavimento — Maternidade

1 — Isolamento; 2 — Sub-Utilidades; 3 — Chuveiro; 4 — Lavador Comadres; 5 — Utilidades; 6 — Posto Enfermeira; 7 — Roupa Limpa; 8 — Arranjo Flôres; 9 — Copa; 10 — Macas; 11 — Duto Roupa Suja; 12 — Posto; 13 — Berçário Suspeitos; 14 — Ante-Sala; 15 — Berçário; 16 — Exame e Tratamento; 17 — Solário; 18 — Elevadores; 19 — Espera Visitas; 20 — Trabalho de Parto; 21 — Vestiário Médicos; 22 — Macas; 23 — Vestiário Enfermeiras; 24 — Supervisora; 25 — Depósito Material Esterilizado; 26 — Expurgo; 27 — Sala Partos; 28 — Escovação; 29 — Sub-Esterilização.

5.º pavimento

1 — Terraço; 2 — Solário; 3 — Elevadores; 4 — Sanitários; 5 — Sala Estudos; 6 — Residências Internos.

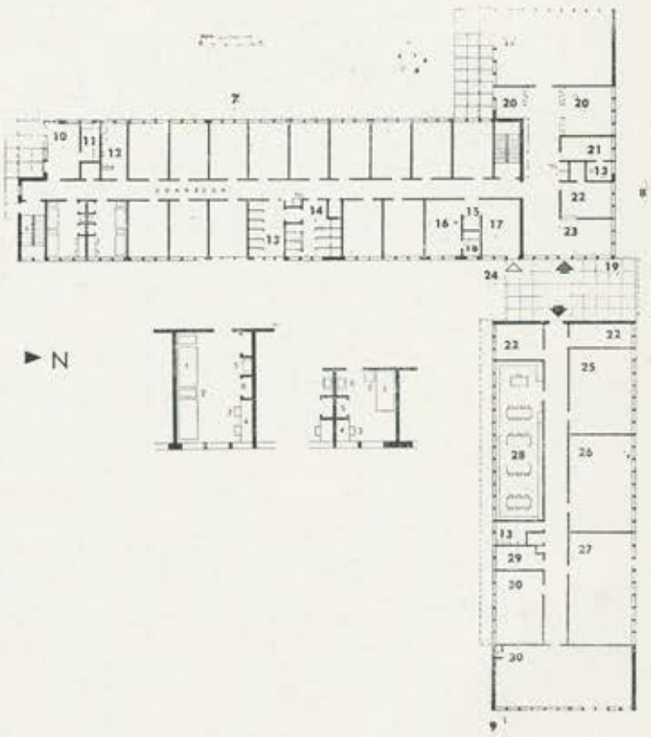


VISTA NORDESTE

ARTHUR W. WAREHAM, Des.

Área total bruta — Escola de Enfermagem 5.733 pés quadrados (1).

Área total bruta — Residência das enfermeiras 16.967 pés quadrados (2).

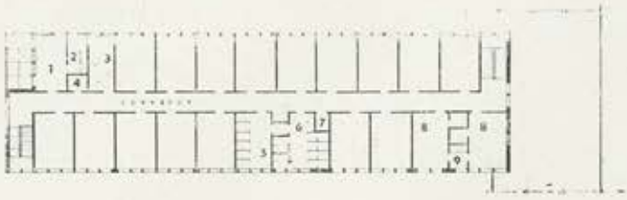


1.º pavimento

1 — Cama; 2 — Mesa de cabeceira; 3 — Cadeira; 4 — Escrivaninha; 5 — Armário; 6 — Lavatório; 7 — Dormitórios — 32 estudantes; 8 — Escritório e Recreação; 9 — Escola; 10 — Estar; 11 — Cozinha; 12 — Lavandaria; 13 — Sanitários; 14 — Banheiro; 15 — Supervisora; 16 — Dormitório; 17 — Estar; 18 — Banheiro; 19 — Entrada Principal; 20 — Recepção; 21 — Guarda-Roupa Homens; 22 — Escritório; 23 — Vestíbulo; 24 — Entrada Privativa Supervisora; 25 — Laboratório de Ciências — 16 Estudantes; 26 — Laboratório de Dietética — 16 Estudantes; 27 — Sala de Aula de Enfermagem — 16 Estudantes, 28 — Biblioteca; 29 — Depósito; 30 — Salas de aula — 16 e 64 estudantes.

2.º pavimento — Dormitórios (32 estudantes)

1 — Estar; 2 — Cozinha; 3 — Lavandaria; 4 — Rouparia; 5 — Sanitários; 6 — Banheiro; 7 — Material de Limpeza; 8 — Enfermeiras Graduadas; 9 — Banheiro.



(1) 533 m² (NT)
(2) 1.566 m² (NT)

ESCOLA DE ENFERMAGEM E RESIDÊNCIA

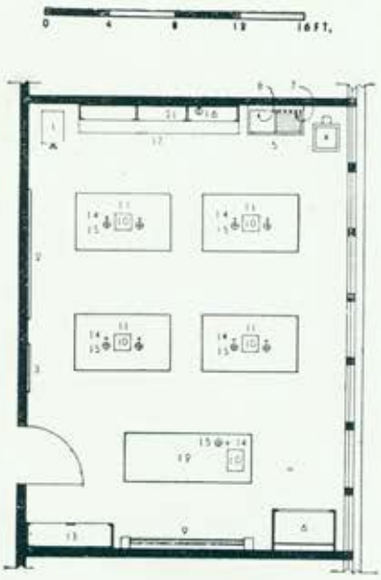
O setor de ensino e os alojamentos das escolas de enfermagem devem constituir unidades a parte, separadas também do prédio do hospital. Os alojamentos ou residência das enfermeiras recomendam-se, hoje, apenas para estudantes de enfermagem. As enfermeiras diplomadas, presentemente, preferem não morar na instituição ou em seus domínios.

O projeto em questão destina-se a acomodar 64 estudantes, e seria provàvelmente integrante de um hospital com mais de 100 pacientes diários, em média (sem contar os berços). A maioria das autoridades considera indesejável, tanto econômica como educativamente, que um hospital menor assuma a responsabilidade de levar a efeito um programa de educação de enfermagem. A média diária de pacientes atendidos em tais hospitais não é suficiente para proporcionar a tôdas as estudantes experiência adequada e completa em tôdas as esferas clínicas essenciais; tão pouco podem tais hospitais conseguir manter pessoal qualificado para instrução.

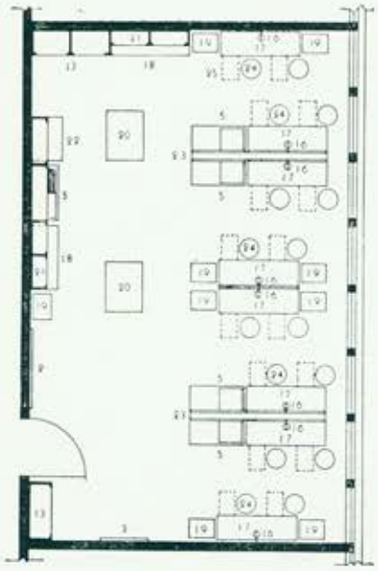
As plantas apresentadas proporcionam salas de aulas e laboratórios para acomodar turmas de 16 estudantes; o grande auditório tem capacidade para todos os 64 estudantes. Uma consulta aos desenhos pormenorizados das salas de aula mostrarão como pode a planta ser fàcilmente modificada para classes maiores ou menores, aumentando-se ou reduzindo-se o número de turmas de estudantes. Sempre que possível, os recursos de ensino disponíveis para instrução científica, em instituições educativas (tais como faculdades e universidades) devem ser usados pela escola de enfermagem. Isso incluiria instrutores bem treinados e laboratórios equipados e excluiria a necessidade de duplicar equipamento caro e pessoal altamente treinado. Os alojamentos apresentados são para dois estudantes, por motivo de economia, apesar de se preferir quartos individuais, sob o ponto de vista moral, e de melhores condições de saúde e estudo. Uma distinção importante entre os alojamentos para estudante de enfermagem e estudante universitário em geral, é que, no caso de enfermeiras, as horas de estudo, plantão, repouso e recreio são muito variáveis.

LEGENDA

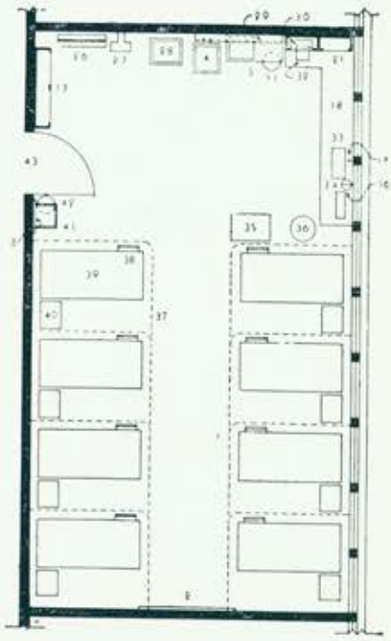
1) Autoclave 20 x 40 cm
2) Quadro negro
3) Quadro de Avisos
4) Despejo
5) Pia com mesa
6) Coifa
7) Suportes para secagem
8) Suporte regulável
9) Quadro negro duplo
10) Pia
11) Mesa de laboratório, para 4 estudantes
12) Mesa do instrutor
13) Armário
14) Gás
15) Eletricidade
16) Tomada
17) Balcão com prateleiras móveis, gavetas e armários inferiores
18) Balcões com gavetas e armários inferiores
19) Fogão com forno
20) Mesa móvel
21) Armários acima do balcão
23) Separação, de 1,20 m de altura
24) Banqueta
22) Refrigerador
25) Prateleiras removíveis
26) Suporte portátil para utensílios
27) Esterilizador de comadre
28) Esterilizador de utensílios
29) Prateleira com suporte de madeira em baixo
30) Armário trancado para narcóticos
31) Receptáculo de lixo higiênico
32) Despejo
33) Chapa de aquecimento
34) Esterilizador de instrumentos
35) Carrinho de curativos
36) Receptáculo de roupa
37) Guia para cortina
38) Cadeira
39) Cama
40) Mesa de cabeceira
41) Pia com contrôle de cotovelo
42) Receptáculo de lixo
43) Porta de 1,15 m.



LABORATÓRIO DE CIÊNCIAS



LABORATÓRIO DE DIETÉTICA



SALA PARA AULAS DE ENFERMAGEM

PLANEJAMENTO E CONSTRUÇÃO

O Problema
O Terreno
O Edifício
Circulação
Unidade de Administração
Unidade de Enfermagem
- Geral
- Psiquiatria
- Tuberculose

Unidade de Centro Cirúrgico
Unidade de Centro Obstétrico
Unidade de Berçário
Unidade de Diagnóstico e Tratamento
- Laboratório
- Metabolismo Basal
- Eletrocardiografia
- Morgue
- Radiologia
- Fisioterapia
- Terapia Ocupacional
- Farmácia

Unidade de Pronto Socorro
Elementos Facultativos
- Ambulatório
- Gabinete Dentário
- Centro de Saúde
- Residência do Pessoal
- Ensino

Unidade de Serviços Gerais
- Serviço de Nutrição
- Serviço de Limpeza e Lavandaria
- Vestiários
- Almoxarifado
- Caldeiras
- Oficinas

Instalações Mecânicas
- Aquecimento e Ventilação
- Cozinha
- Lavandaria
- Encanamentos

Equipamento Elétrico
Elevadores e Montacargas
A Estrutura do Hospital
Materiais e Revestimentos
Proteção contra Fogo
Fatores que afetam o custo
Programação, Planejamento, Construção e o Arquiteto

O PROBLEMA

A história de um hospital bem sucedido começa muito antes de serem prestados os primeiros serviços adequados aos doentes de uma comunidade.

Desde a idéia inicial, ainda como concepção individual, até o estágio de efetiva assistência, necessidade há de coordenação de idéias, de planejamento e atividades para que a instituição criada possa desincumbir-se, eficientemente, tanto das suas funções primárias como das secundárias.

Naturalmente, sua função primária é o cuidado imediato aos doentes hospitalizados. Sua fase secundária, necessária ao sucesso da primeira, compreende os serviços de diagnóstico e tratamento, a adequada utilização do pessoal e das instalações, a educação e a pesquisa, a cooperação geral, os serviços de ambulatório e as demais atividades assistenciais.

A mesa administrativa, ao planejar um hospital novo ou a ampliação de um já existente, defronta-se com o problema da orientação técnica adequada, tanto para o planejamento como para a construção. A menos que uma tal assessoria técnica seja obtida, a nova instituição poderá deixar de incorporar os modernos princípios de construção e equipamento. Igualmente, um acréscimo nas acomodações existentes poderá dar como resultado uma instituição ampliada, mas mal integrada e incapaz de operar econômica e eficientemente.

Considera-se da maior conveniência, para um planejamento criterioso, que sejam contratados os serviços, independentes e distintos, de dois técnicos, do arquiteto e do consultor hospitalar.

O arquiteto projeta o edifício e fiscaliza a construção. O consultor age como representante executivo da comissão diretora; êle conferencia com o arquiteto e o aconselha no tocante a detalhes fundamentais do projeto, que afetam a utilização da estrutura e os seus fins altamente especializados.

Os móveis e os equipamentos do hospital, também, estão afetos ao consultor. Êle assiste a comissão diretora na elaboração de regulamentos de organização e de administração, de que a mesa administrativa possa carecer.

Cada hospital constitui um problema particular. Fatores locais exercem importante influência sôbre os tipos de pacientes a serem assistidos, as acomodações, distribuição de serviços, proporção de leitos e muitos detalhes mais de planejamento e funcionamento. É importante ter todos os detalhes do programa presentes, por escrito, o mais cedo possível. Nêstes, deverão estar inclusos os pormenores mais importantes de planejamento e de operação.

O TERRENO

Uma vez que o terreno e a sua forma exercem remarcada influência sôbre o projeto do edifício, a sua escolha deverá ser feita antes de os primeiros estudos serem iniciados. É vital que a escolha do terreno seja feita com absoluta imparcialidade, e que sejam obedecidos certos requisitos fundamentais consagrados para hospitais gerais.

Pequenos êrros de planejamento, muitas vêzes, ainda, permitem correção, o mesmo não se dando com uma instituição erigida em terreno impróprio, quando não restará alternativa à comunidade senão o abandono de todo o empreendimento.

Certos princípios têm sido apresentados para nortear a escolha de local para hospital; a sua enumeração foi tentada para servir de orientação à mesa administrativa.

A tarefa de seleção de um terreno apropriado requer o concurso de pessoa familiarizada com a função de um hospital, com a natureza dos serviços que determinada instituição pretende oferecer e com as condições médicas gerais do local. Carece, ainda, do conhecimento dos sentimentos locais em relação às regiões vizinhas e das tendências da população das diferentes secções da comunidade.

O método ideal é valer-se dos serviços do arquiteto e do consultor, antes da seleção do terreno e fazer uso do conhecimento que ambos têm dos requisitos para escolha do local mais apropriado.

ACESSIBILIDADE

Devem ser considerados os acessos, ao local, dos pacientes, ambulantes, visitantes, membros da administração, do pessoal e dos suprimentos. O hospital moderno, visando a assistência de casos agudos, deveria ser razoàvelmente acessível do centro de atividades da comunidade, ao mesmo tempo que localizado em um distrito não congestionado, de modo a poder evitar ruidos desnecessários e problemas de estacionamento e de tráfego.

Não obstante convir localização que facilite o acesso da zona industrial da comunidade ao hospital, êste não deveria ser situado demasiadamente próximo daquelas atividades. À distância razoável, deveria haver meios de transporte baratos para os pacientes ambulantes, especialmente se um Ambulatório for previsto. Todavia, não deverão ficar tão próximos do hospital, que seu ruido possa perturbar pacientes hospitalizados.

Deve-se levar em consideração os visitantes, bem como aqueles que vêm ao hospital de automóvel; estradas de primeira ordem deveriam ligar o hospital às artérias locais de tráfego. Vias de comunicação direta, aprimoradas, facilitam o transporte dos suprimentos.

SERVIÇOS PÚBLICOS

O hospital deveria ser servido por esgôto, água, eletricidade, telefone e gás. Se êsses serviços estiverem distantes do terreno, o custo da instalação de extensões e ligações talvez possa ser excessivo.

Sempre que possível, o hospital deveria ser servido por água proveniente de uma comprovada rêde pública de abastecimento.

O terreno deveria ser fàcilmente acessível a um ramal da rêde de distribuição, cuja tubulação tenha diâmetro compatível com a quantidade de água a ser suprida. É desejável que a pressão dágua seja capaz de abastecer os andares superiores, em hora de demanda máxima, sem a necessidade do concurso de bombas elevadoras; do contrário, será preciso manter pressão permanente adequada, por meio de bomba elevadora, depósito elevado ou de ambos. Se uma bomba elevadora for utilizada, deverá ser tomada precaução para que a capacidade da bomba não exceda a da rêde abastecedora, a fim de não criar pressão negativa na tubulação. Conquanto a quantidade de água usada num hospital varie dentro de amplos limites, pode-se tomar como sendo de 300 galões, por leito, por dia (1) a quantidade média de água consumida. Contudo, deverá haver reserva suficiente para fornecer duas vêzes esta quantidade, em dias de consumo máximo.

Se a localização for tal que uma fonte própria de suprimento de água se fizer necessária, detalhado e cuidadoso estudo deverá ser feito sôbre a capacidade em água do subsolo ou de outra fonte qualquer. Deverão ser avaliadas as suas qualidades químicas e bacteriológicas, bem como a quantidade disponível. Em instalações dessa natureza, é muito desejável fornecimento que seja satisfatório, sem tratamento. Um engenheiro sanitarista competente deveria opinar quanto às condições sanitárias da instalação e os planos deveriam ser aprovados pelo serviço estadual de saúde.

Aos interessados em tais instalações, sugerem-se, como guia, o "Public Health Service Drinking Water Standards", "Sanitation Manual for Public Ground Water Supplies" e o "Report of the Joint Committee on Rural Water Supply Sanitation".

A rede de esgôtos deveria ter caimento suficiente para o adequado escoamento de todos os pontos do pavimento mais baixo do edifício, de modo a evitar as despesas permanentes dum sistema de recalque. Se ejetores forem utilizados, preciso será que sejam à prova de moscas e bichos.

Onde não for praticável a conexão à rede municipal de esgôto, instalações serão necessárias para adequado tratamento e esgotamento do efluente. Aqui, novamente, um competente engenheiro sanitarista deveria opinar quanto ao tipo e grau de tratamento a usar no projeto da instalação. As plantas para tôdas as novas instalações de tratamento de esgôto ou para a remodelação das existentes deveriam ser revistas e aprovadas pelo serviço estadual de saúde.

Além de um adequado abastecimento de água, com suficiente pressão, deveriam existir, nas proximidades, meios de extinção de incêndio. Também seria preferível que o terreno estivesse localizado em área que gozasse de proteção da polícia.

As ruas que levam para o hospital requerem passeios e adequada iluminação. As estradas adjacentes e que conduzem ao hospital deveriam ter superfície de revestimento duro.

(1) 1.136 litros, por leito, por dia. (NT).

FOLHA PARA AVALIAR E COMPARAR LOCAIS DESTINADOS A UM HOSPITAL OU INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

Êste questionário visa auxiliar a seleção, entre vários terrenos, daquele de requisitos mais adequados para um novo hospital.

Terreno A — Localização	Terreno B — Localização
Nome do atual proprietário	Nome do atual proprietário

Indicar, na correspondente linha, se as condições dos quesitos abaixo, são ou não satisfatórios ou aceitáveis para cada terreno.

	Terreno A	Terreno B
SITUAÇÃO E ACESSO		
Suficientemente próximo do centro da comunidade servida.		
Convenientes meios locais de transporte.		
Existem meios organizados de combate ao fogo?		
INCONVENIENTES		
Ruido, fumaça, poeira ou odores indesejáveis na vizinhança.		
Proximidade de terrenos propicios a insetos e mosquitos.		
Terreno explorado ou passível de mineração?		
SERVIÇOS PÚBLICOS NO LOCAL		
Água, inclusive contra incêndio.		
Rêde para esgôto e água pluvial.		
Fôrça elétrica (preferível duas linhas diversas para segurança em caso de interrupção).		
Serviço de gás.		
Serviço Telefônico.		

	Terreno A	Terreno B
TOPOGRAFIA DO TERRENO E CONDIÇÕES DO SUB-SOLO		
Solo elevado permitindo drenagem natural.		
Terreno irregular ou ondulado requerendo nivelamento oneroso.		
Há rebaixos ou cursos d'água capazes de provocar inundação?		
Apresenta-se o local com aterro, rocha, areia movediça ou outras condições de encarecimento das fundações?		
DIMENSÕES DO TERRENO		
Terreno suficientemente grande para torná-lo atrativo.		
Espaço para convenientes acessos e estacionamento de veículos.		
Espaço suficiente para expansão de 100% da área edificada.		
Área suficiente para um sistema de esgôto próprio, na falta de rêde pública.		
ORIENTAÇÃO E EXPOSIÇÃO		
Com a localização dos quartos de pacientes na face silenciosa, ficará também atendida a melhor orientação quanto ao sol e aos ventos dominantes?		
CUSTO DO TERRENO		
Custo aproximado do terreno. Acresça qualquer despesa extraordinária para o beneficiamento do terreno.		

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. — Ruo 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 LU — Rua Bocajuva, 150 — Florianópolis — Santa Catarina

CAMA BRUNO S. A.

MATRIZ:

Fábrica e Escritório: Avenida Santa Marina, 950 — Telefones: 51-2167 e 512168
End. Telegr.: "CABRUNO" — Caixa Postal, 292

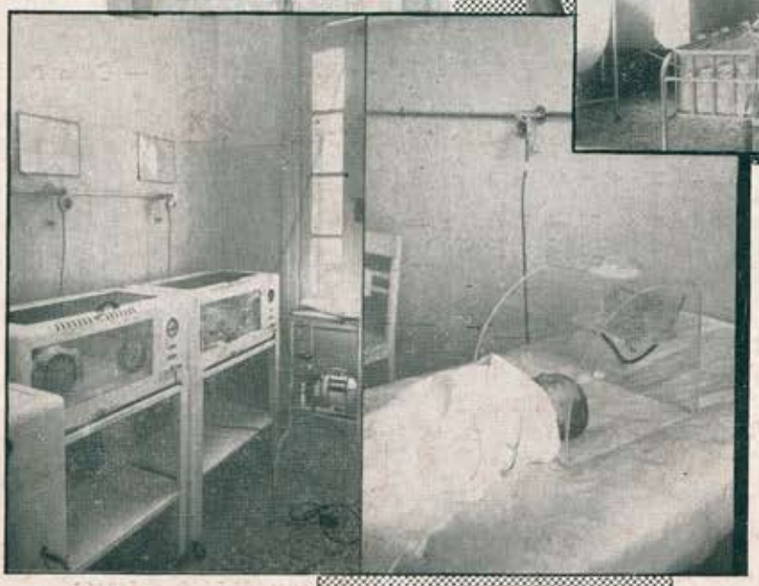
Loja: Rua 24 de Maio, 188 — Telefones: 34-4842 e 34-4872 — SÃO PAULO

FILIAL:

Rua Frei Caneca, 107 — Telefone: 32-5909 — RIO DE JANEIRO

O OXIGÊNIO SEMPRE À DISPOSIÇÃO

QUANDO PRECISA
QUANTO PRECISA



maior economia
maior comodidade
maior segurança

na aplicação de **Oxigênio** e outros **gases medicinais** e de **vácuo** CANALIZANDO-OS de uma Central para os pontos de utilização.

Executam-se projetos e Orçamentos sem compromisso

OXIGÊNIO DO BRASIL S.A.

SÃO PAULO — **Loja:** AV. NOVA ANHANGABAÚ, 474 — Fones: 36-7164 - 35-5562 - 33-5745 — Caixa Postal 1022
Dep. de Gasoterapia: RUA FLORÊNCIO DE ABREU, 305 — 4.º
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
JAÚ (S. P.) — R. AMARAL GURGEL, 498