A SAÍDA DE VAPÔR DA SUA AUTOCLAVE SE FAZ PELA PARTE INFERIOR, ANTERIOR?

A SUA AUTOCLAVE TEM FUSÍVEL DE DESCARGA ABERTO JUNTO AO DRENO?

hospital de hoje

VOCÊ SABE QUE, JÁ EM 1919, AS AUTOCLAVES SE VALIAM DO PROCESSO DE GRAVIDADE PARA ELIMINAÇÃO DO AR PELA PARTE INFERIOR, ANTERIOR?

VOLUME 27 — ANO XI — 1966

A VALVULA DE SEGURANÇA DE SUA AUTOCLAVE É AUTOMATICA?

VOCÊ SABE DA SUPERIORIDADE DAS AUTOCLAVES HORIZONTAIS SOBRE AS VERTICAIS?

A SUA AUTOCLAVE TEM PURGADORES TERMOSTÁTICOS PARA SAÍDA DE AR E CONDENSADO DAS CÂMARAS INTERNA E EXTERNA?

O VAPÔR ENTRA EM SUA AUTOCLAVE PELA PARTE POSTERIOR, SUPERIOR?

A SUA AUTOCLAVE POSSUE TERMOMETRO DE MERCURIO NA SAÍDA DO VAPÔR?

CAMPANHA PRO AUTOCLAVES EFICIENTES

VOCÊ SABE QUE O VAPÔR ESTERILIZA EFICIENTEMENTE?

VOCÊ COSTUMA LIMPAR O DRENO TELADO NA SAÍDA DO VAPÔR E CONDENSADO?

VOCÊ SABE QUE, JÁ EM 1919, SE FESTEJAVA O ADVENTO DOS PURGADORES AUTOMÁTICOS DE AR E CONDENSADO?

VOCÊ SABE QUE O AR QUE IRROMPE NA AUTOCLAVE, QUANDO SE PERMITE A FORMAÇÃO DE VÁCUO CONTAMINA OS PACOTES ESTERILIZADOS?

VOCÊ SABE QUE A FERVURA APENAS DESINFETA?

A PORTA DE SUA AUTOCLAVE TRAVA AUTOMATICAMENTE QUANDO SOB PRESSÃO?

VOCÊ SABE QUE A PRECARIEDADE DA FERVURA JÁ FOI RECONHECIDA EM 1876 E A EXCELÊNCIA DO CALOR ÚMIDO A 121° EM 1878?

IPH

Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares

MARCA REGISTRADA

kodama

máquinas para lavanderias

INDUSTRIAL - COMERCIAL E HOSPITALAR

A MAIOR E MAIS COMPLETA ORGANIZAÇÃO INDUSTRIAL SUL AMERICANA

Projetos - Fornecimentos - Instalações e Assistência Técnica Permanente

Completa Linha de Equipamentos para Lavanderias em geral: Malharia e Confecções
Qualidade e Eficiência Superada aos Similares - Produtos Nacionais e Extrangeiros

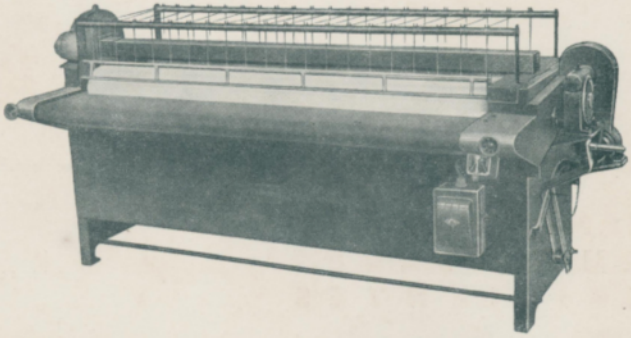
"KODAMA"

Principais Produtos

— Máquinas de Lavar
— Extrator Centrifugo
— Secador Rotativo
— Calandra de Calha
— Lavagem à Sêco
— Prensa Universal
— Prensa para Camisa
— Prensa p/ Uniforme
— Mesa Vaporizadora
— Caldeiras
— Banca c/ Exaustor
— Batedeira de Sangue
— Esterilizador
— Aquecedor Central
— Barcas de Tingir
— Tanque de Lixivia
— Carrinhos p/ Roupas
— Padsteen

Máquinas Especiais sujeito a

ORÇAMENTO



CALANDRA "KODAMA" — GARANTIA DE ROUPA SÊCA E EEM PASSADA

CALANDRAS "KODAMA" em tipo "Standard" e "Pesado"; o tipo Standard de 1 cilindro de 1,20, 1,50, 2,00 mts; o tipo pesado de 1, 2, 4, 6 e 8 cilindros de 2,00 e 2,50 mts.

QUALIDADE JUSTIFICA A FAMA

O sucesso habitual dos produtos "KODAMA" se deve a superior qualidade do material empregado e meticuloso acabamento e os frequentes contactos com as principais entidades do ramo, assim como, prestigiosas colaborações e preferências a nos atribuidas pelos prezados amigos e clientes.

Apresentando as características e garantias exclusivas da "KODAMA", permitem competir com supremacia sôbre suas similares nacionais ou extrangeiras.

Máquinas "KODAMA", submetidas ao mais rigoroso teste antes do despacho, oferecem aos seus usuários qualidade valiosa, que vem sendo preferida por crescente número de clientes do Norte ao Sul do país, além dos países circunvizinhos, como: Bolivia, Paraguai, etc.

KODAMA S/A Indústria de Máquinas - São Paulo - Brasil

DEP. COMERCIAL
RUA DOS ESTUDANTES, 73
FONE: 37-6432 — LIBERDADE
END. TELEGR.: "KODAMAQ"
SÃO PAULO — BRASIL

FÁBRICA - Sede própria
AVENIDA INDUSTRIAL, 2137
CAIXA POSTAL, 147
FONES: 44-4139 - 44-4140
SANTO ANDRÉ — SÃO PAULO

FILIAL
AV. RIO BRANCO, 108 - 13.º - SALA 1305 — FONE: 52-6243
RIO DE JANEIRO

Oficina Conservadora
AV. DOS DEMOCRÁTICOS, 315
FONE: 30-7842
BONSUCESSO
RIO DE JANEIRO — GB

CIPI-1/63

Ao prescrever um leite em pó para o lactente

lembre-se da resistência às infecções

A profilaxia das infecções é um problema fundamental da pediatria moderna. Graças às suas propriedades profiláticas, PELARGON, leite em pó integral acidificado, oferece a vantagem de aumentar a resistência do lactente às infecções e de assegurar um ótimo desenvolvimento.

Pelargon

QUALIDADE NESTLÉ GARANTIDA

LIMPEZA HOSPITALAR

SE O SEU PROBLEMA FÔR LIMPEZA HOSPITALAR, ELE JÁ ESTÁ RESOLVIDO. MAS, SE O SEU CASO É CONSERVAÇÃO MENSAL EM EDIFÍCIOS PÚBLICOS, COMERCIAIS E BANCÁRIOS, OU AINDA, LAVAGEM DE FACHADAS OU APLICAÇÃO DE CASCOLAC E IMUNIZAÇÃO CONTRA INSETOS, TAMBÉM PODEMOS ATENDÊ-LO.

EMPRÊSA LIMPADORA CONTINENTAL LTDA.

RUA ÁLVARO DE CARVALHO, 48 — 5.º ANDAR — TELEFONES: 33-6861 — 37-9479 — 36-0597 — SÃO PAULO

A PINÇA DE ESTERILIDADE PERMANENTE

STERILPINS

IND. BRAS.
PAT. REG.

De há longa data, hospitais, laboratórios, médicos, enfermeiros, parteiros, dentistas e farmaceuticos, vêm-se ressentindo da falta de uma pinça esteril, absolutamente segura, sempre pronta para apanhar, segurar e transferir materiais esterilizados.

STERILPINS: foi especialmente construida para:

- apanhar, segurar e transferir todo e qualquer material esterilizado.
- permitir a prática da técnica asséptica, a mais aprimorada.
- ensejar esterilização econômica e segura.
- manter esterilidade permanente.
- possibilitar fechamento asséptico do recipiente.

IND. "STERILPINS" LTDA., R. CEL. XAVIER DE TOLEDO, 210 - 6.º and., cj. 64 - Fones: 36-3889/35-2687

PLANEJAMENTO DE **HOSPITAIS**

O livro mais completo sôbre planejamento de hospitais, editado em lingua portuguesa.

Solicito a remessa, pelo correio, de ..... exemplares do livro **"Planejamento de Hospitais"**.

Nome .....

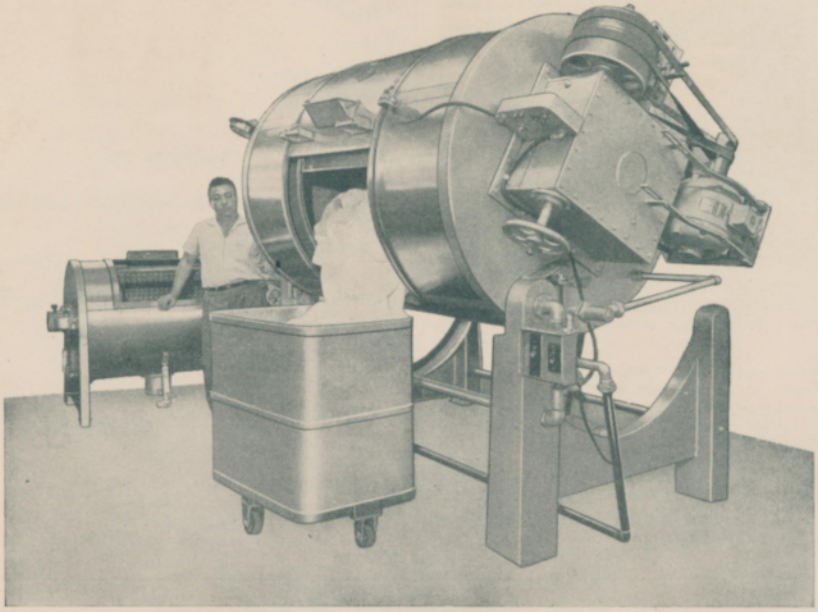
Endereço ..... N.º .....

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

A importância de Cr$ 20.000 por exemplar encadernado, Cr$ 18.000 para sócio do I.P.H.) e Cr$ 15.000 em brochura, segue por: cheque ☐ pagável em São Paulo; reembolso postal ☐, vale postal, ☐, em nome do IPH — INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES — R. Xavier de Toledo, 210 - 6.º - 36-3889 - SP

Castanho & Filhos S/A

COMERCIO E INDÚSTRIA



A MAIOR MÁQUINA DE LAVAR ROUPAS SEMI-AUTOMÁTICA E BASCULANTE FABRICADA NA AMÉRICA DO SUL. CAPACIDADE: — 160 QUILOS DE ROUPA SECA. O SEU MOVIMENTO BASCULANTE PERMITE DESPEJAR AS ROUPAS LAVADAS DIRETAMENTE NOS CARRINHOS.

FABRICANTES ESPECIALIZADOS EM LAVANDARIAS HOSPITALARES

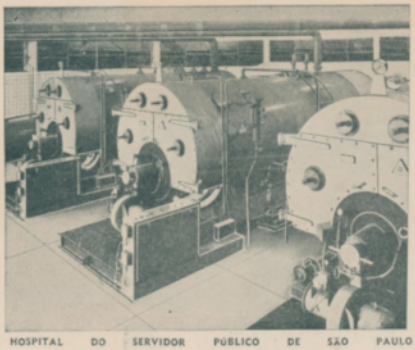
Máquinas de lavar — Extratores centrifugos — Secadores rotativos — Calandras e Acessórios

Rua Clélia, 98 — Tel. 62-1721 — End. Teleg.: "Castanho" — (Cod. Mascote) — SÃO PAULO

REPRESENTANTES:

RIO DE JANEIRO	—	Alfredo Rodrigues Ferraz — R. México, 119 — Gr. 1.809 — Tel. 42-5529 — Estado da Guanabara
BRASILIA	—	Organização Carvalho de Moraes Ltda. — Av. W 3 - Q. 12 - loja 9 A - (Lavand. Alvorada) - tel. 2-4042 - Distrito Federal.
RECIFE	—	Bade Instalações e Comércio Ltda. — Rua Velha, 352 — tel. 2-4747 — Estado de Pernambuco.
CURITIBA	—	Manoel J. da Cunha — Rua Cel. Dulcidio, 357 — apto. 21 — Caixa Postal, 629 — tel. 4-9734
VITÓRIA	—	Conrado de Oliveira Neves — Av. Saturnino de Brito, 829 — tel. 7-068 — Estado do Espírito Santo.
BLUMENAU	—	Emil A. E. Kammer — R. 15 de Novembro, 1.360 — Fundos — tel. 1686 — Estado de Santa Catarina.
BELO HORIZONTE	—	Roberto Mendes Macedo - Av. Afonso Pena, 952 - s/ 412 - Cx. Postal, 2002 - tel. 2-2224 - Est. M. Gerais.
SALVADOR	—	Gastão Sampaio - R. Torquato Bahia 3 - 4.º - s/ 49 - Cx. Postal, 1.185 - tel. 2-3085 - Est da Bahia.
PORTO ALEGRE	—	João F. de Freitas — Av. Bento Gonçalves, 1.503 — tel. 3-1033 — Estado do Rio Grande do Sul.
FORTALEZA	—	Lima e Albuquerque S/A. - Imp. e Repres. - R. Barão do Rio Branco, 910/914 - Cx. Postal, 24 - tel. 1-3430 - Estado do Ceará.
BELEM	—	Miranda & Cia. — Travessa Campos Salles, 205 — Cx. Postal, 264 — tel. 4827 — Estado do Pará.
JUIZ DE FÓRA	—	V. Castegliani — R. Irineu Marinho, 160 (Bom Pastor) — Cx. Postal, 471 — Estado de Minas Gerais.
MANAUS	—	T. Loureiro & Cia. — Rua Marcílio Dias, 143/149 — Caixa Postal, 71 — Estado do Amazonas.

CALDEIRAS A ÓLEO
AUTOMÁTICAS
"COMPAC"



HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO DE SÃO PAULO

3 Caldeiras, mod. CPA-100, fornecem vapor para tôdas as secções do hospital, a saber: lavandaria, cozinha, esterilização, vácuo e equipamentos diversos, bem como para o sistema de aquecimento central e ar condicionado.

CIA. PAULISTA DE CALDEIRAS "COMPAC"
Rua Major Sertório, 200 — 2.º andar — Fone: 37-9413 — S. P.

Representantes: Rio de Janeiro — GB — Av. Rio Branco, 156 3.º andar — Grupo 3.010 — Telefone: 42-1482.

APARELHOS DE ILUMINAÇÃO CIRÚRGICA EFICIENTES E MODERNOS

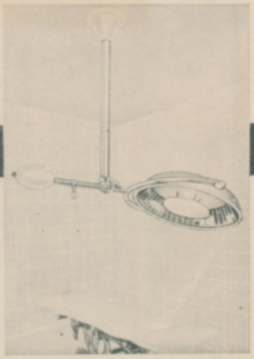
Scialytique BBT

MODÊLOS S 7 V e S 9 V

MUNDIALMENTE FAMOSOS

C/ SUSPENSÃO VERTICAL (V)

ESTES MODÊLOS SE ADAPTAM À TODAS AS INTERVENÇÕES E PODEM SER INSTALADOS EM QUALQUER TIPO DE SALA DE OPERAÇÃO. COM SEUS 4 MOVIMENTOS COMBINADOS, PERMITEM A ILUMINAÇÃO EM TODAS ÀS DIREÇÕES, TANTO VERTICAL COMO OBLIQUA.



Scialytique

(SCIALYTICA)

É MARCA REGISTRADA. EXISTE SOMENTE UMA VERDADEIRA SCIALYTICA: A CONSTRUIDA E FABRICADA POR BBT E SEUS LICENCIADOS.

DISTRIBUIDOR AUTORIZADO

Únicos Fabricantes Licenciados no Brasil:

micronal

S. A. Aparelhos de Precisão

Av. João Dias, 1929 — Sto. Amaro — Fone: 61-1644 — S. Paulo

STARCO

sociedade tecnica em ar condicionado

Representantes exclusivos e fabricantes, sob licença, dos produtos.

ANEMOSTAT CORPORATION of AMERICA

Carrier

NOSSO DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA ESTÁ À DISPOSIÇÃO DE V.S. PARA RESOLVER SEUS PROBLEMAS RELATIVOS À CONDICIONAMENTO DE AR EM SALAS DE OPERAÇÕES, PARTO, BERÇARIO, SALAS DE RECUPERAÇÃO OU TRATAMENTO INTENSIVO E OUTROS AMBIENTES HOSPITALARES.

RUA TAGIPURU, 249/271 - Tels.: 52-6874 - 52-7631 - 52-2087 - C. Post. 8872 - S.P. - End. Tel. Starcalor

já existe um produto que elimina totalmente as manchas de sangue das roupas:

Stella-H

Stella H é indispensável para a lavagem de roupa hospitalar, principalmente as roupas manchadas de sangue. Sua fórmula foi criada especialmente para impedir a fixação das manchas de sangue na roupa, proporcionando limpeza impecável. E Stella H dispensa o uso de alvejantes e outros complementos de limpeza. Stella H é um produto do Departamento de Produtos Industriais, que traz a garantia das Indústrias Gessy Lever.

O Departamento de Produtos Industriais tem uma linha completa de produtos para limpeza hospitalar.

STELLA L – para lavagem de roupa em geral.

SUPERSOL NC – para utensílios de cozinha e vidros em geral.

SUPERSOL LG – para azulejos, pias, geladeiras de aço inoxidável.

BLENDOL BG – para pisos em geral.

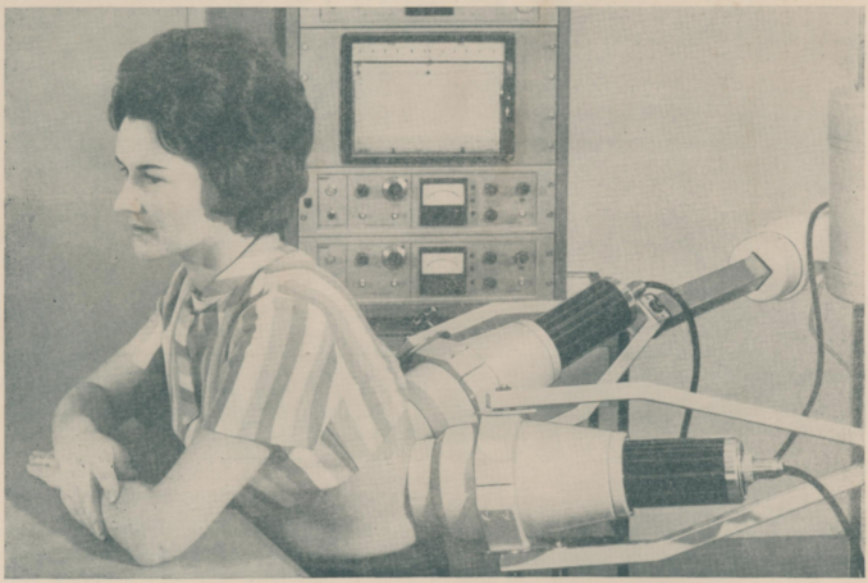
INDÚSTRIAS GESSY LEVER S. A.

DEPARTAMENTO DE PRODUTOS INDUSTRIAIS

Praça da República, 468 – Tel. 33-6668
C. Postal 2745 – S. Paulo

diagnóstico ou tratamento - seu paciente é nossa preocupação constante.

Qualquer que seja o tamanho do laboratório médico de radioisótopos ou a natureza de suas aplicações, a linha PHILIPS de equipamentos nucleares fornecidos pela INBELSA com circuitos totalmente transistorizados está capacitada a atender a tôdas as necessidades instrumentais. Constituído de unidades modulares, é possível transformar um conjunto elementar - pela simples adição de novas gavetas - num equipamento mais completo de maior versatilidade. Desta maneira, qualquer conjunto pode receber unidades que o tornarão mais moderno e atualizado, apto, portanto, a operar conforme novas técnicas e aplicações que venham a surgir.



Levantamento do nefrograma isotópico

EQUIPAMENTOS NUCLEARES
PHILIPS

Fornecidos
e Instalados pela

Matriz: Rua Amador Bueno, 474 - Santo Amaro
Caixa Postal 3159 - Tel.: 61-0511 - São Paulo

Equipamentos para Diagnóstico - Espectrômetro Gama - Instrumentos para Medição com Operação Programada e Automática - Monitores de Radiação - Tubos Geiger - Müller e Válvulas Fotomultiplicadoras - Cristais de Cintilação - Detetores de Partículas Alfa, Beta e de Radiações Gama... e mais uma ampla linha de outros equipamentos disponíveis para pronta entrega ou para importação direta.

Para informações mais completas sôbre os equipamentos para aplicações em medicina nuclear fornecidos pela INBELSA, queira nos remeter êste cupão, com a indicação da aplicação de seu interêsse.

Nome.....
Endereço..... n.º.....
Cidade..... Estado.....
Tenho interêsse no:.....
.....

Promo

FILIAIS EM: RIO DE JANEIRO • BELO HORIZONTE • RECIFE • PÔRTO ALEGRE • SALVADOR • FORTALEZA.

HOSPITAL DE HOJE

Órgão oficial do IPH - Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares

Membro da Federação Internacional de Hospitais

IPH é uma entidade científica sem fins lucrativos, cujo objetivo é o desenvolvimento hospitalar nacional em bases racionais e científicas

HOSPITAL DE HOJE IS THE OFFICIAL JOURNAL OF THE IPH — BRAZILIAN HOSPITAL RESEARCH INSTITUTE, WHOSE AIM IS THE IMPROVEMENT OF HOSPITALS ON SCIENTIFIC AND RATIONAL BASIS.

IPH — Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares:

Personalidade Jurídica - sob n. 2.076 em 27-4-1954 - 4.º R.T.D. — Entidade de Utilidade Pública — Lei Estadual n.º 4.774, de 12-8-1958, Entidade de Utilidade Pública — Dec. Federal n.º 44.735, de 23-10-1958 — Cons. Nac. de Serv. Soc. n.º 11.910, de 16-12-59.

SÉDE E REDAÇÃO DO IPH - R. Xavier de Toledo, 210 - 6.º and. - conj. 64 fone: 36-3889 — São Paulo — Brasil. Direção e Redação da Revista :

Diretor e Redator Responsável: Jarbas Karman. **Redatores:** Martinus Pawel, Pedro Ferraz do Amaral. **Diretores de Seção: Editorial:** José Reis, Vicente A. Neto. **Psicologia Hospitalar:** Betty Katzenstein Schoenfeldt, Maria Aparecida Albertini, Nóemy da Silveira Rudolfer, Sonia Letayf Lipszic Seichi Shimatai **coordenador. Laboratório:** Henrique Elkis, Isaac Amor, Otávio A. Germeck. **Farmácia:** Carlos H. Robertson Liberalli, Henrique Tostaldi, Quintino Mingoja, Myrcia de Paula Pereira. **Anestesia:** Antonio Pereira de Almeida, Kentaro Takaoka, Salvador Crombe'g. **Enfermagem:** Glete Alcântara, Maria Rosa de Souza Pinheiro. **Normas:** Eudora L. Berlinck, Francisco Inácio de Araujo Silva. **Sumário, Inglês e Revisão:** Charles Honnold G. Crispin, L. David Borgen. **Projetos:** Jarbas Karman, Constantin Schönburg. **Nutrição:** Ary Lopes de Almeida, F. Pompeu do Amaral. **Desinfetantes e Esterilização:** Jarbas Karman. **Frio e Calor:** Remi Benedicto Silva, **Radioterapia:** Carlos de Campos Pagliucci, Renato Araujo Cintra. **Radiodiagnóstico:** José Medeiros Salerinha. **Noticiário:** Martinus Pawel. **Instalações:** Alfredo Willer. **Administração:** Cornélio Rosenburgo, Ruy Buller Souto. **Acustica:** Roberto Paulo Richter. **Relações Públicas:** Domingos Labate, Alice Philipson. **Saúde Pública:** Humberto Pascalli, Paulo C. Castro, Rodolfo dos Santos Mascarenhas, Jehovah R. Nogueira. **Lavanderia:** Leopoldo C. Bechelli, Ruy da Silva de Souza, José de Godoy Crispim, Kurt Miller, Alfredo J. Sadler, Emil Allerhand, Daizo Miyaji. **Conselho Consultivo:** Reynaldo N. de Figueiredo, Luis de Gonzaga Bevilacqua, Domingos Labate, Henrique Cardim, Delcides de Oliveira Baumgratz, Henrique Elkis, Oscar Motta Mello Junior, Wilson Guimarães, Nedya Dorsa. **Secretaria do IPH:** Théa Margareta Winkler. **Contabilidade:** Magdalena Sipos. **Desenhos:** Maria Lucia A. Moreira Campos. **Impressão:** Soc. Impres. Bras. Brusco & Cia. - Rua Luiz Gama, 764 - fone: 33-7200 - São Paulo - Brasil. **Clichês:** Angelo Lastri & Filho.

OS ARTIGOS E PROJETOS ASSINADOS SÃO DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE DE SEUS AUTORES.

ÍNDICE

CAPA — ÍNDICE DE ANUNCIANTES E DE PRODUTOS ..... pág. 10

DIRETORIA DO IPH ..... pág. 10

TENDÊNCIAS ATUAIS NA ARQUITETURA HOSPITALAR — August Hoenack ..... pág. 11

RACIONALIZAÇÃO DO AMBULATÓRIO — SISTEMA DE REGISTRO — IV PARTE — ADMISSION AND REGISTRATION SYSTEM — Jarbas Karman ..... pág. 13

ANTE-PROJETO DO HOSPITAL PSIQUIATRICO ENCARNACION BLAYA — Irineu Breitman — Marcelo ..... pág. 17

A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DO BRASIL — Rodolfo Mascarenhas, Odair Pedroso, Nelson Luiz de Araujo Moraes, Martinus Pawel, Décio Pacheco Pedroso, Murillo Villela Bastos, Carlos Gentile de Mello, Jorge Coelho Tavares, Geraldo da Silva Ferreira, Woodrow Pimentel Pantoja, Hugo Alqueres ..... pág. 21

FORMULÁRIO FARMACÊUTICO — V PARTE — Nemésio Bailão ..... pág. 27

NOTICIAS NACIONAIS ..... pág. 31

Congresso Brasileiro de Serviço Social .....

Cursos de Pós-Graduação no Centro de Medicina Nuclear

Cursos de Especialização Hospitalar .....

V Jornada Mineira de Pediatria .....

Simposio sôbre Quimioterapia da Tuberculose .....

Congresso de Cirurgia Pediatrica .....

NOTICIAS ESTRANGEIRAS ..... pág. 32

Premio Nobel de Medicina .....

Previdência Social na França: 20 Anos de Aperfeiçoamento

Cirurgia com TV a Cores .....

CONGRESSOS NO EXTERIOR ..... pág. 32

PROPOSTA PARA SÓCIO DO IPH ..... pág. 34

LIVRO — PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO DE LAVANDARIAS HOSPITALARES ..... pág. 34

EQUIPAMENTOS DE LAVANDARIA — Tsutomu Ishiki — Daizo Miyaji ..... pág. 35

DIRETORIA DO IPH

Presidente: Jarbas Karman; **Vice-Presidente:** Luiz Gonzaga Bevilacqua; **1.º Secretário:** Nicolino Barbério; **2. Secretário:** Carlos Luiz Campana; **1.º Tesoureiro:** Magdalena Sipos; **2.º Tesoureiro:** Pio Cesar de Lobão Portellada. **Membros da Diretoria:** Acib Domingos Jaterne; Antônio Rubbo Müller; Constantim Schönburg; Cosme de Guarnieri Netto; Dante Pazzanese; Delcides de Oliveira Baumgratz; Geraldo José Rosa e Silva; Francisco Ludovico de Almeida; Henrique Elkis; José F. Kfury;; Mario Degni; Neméslo Ballão; Paulo Celso Duarte; Raphael Morales Ribeiro; Roberto Paulo Richter; Reynaldo Neves de Figueiredo; Ruy Büller Souza; Seitshi Shimatai; Vicente Amato Netto. **Conselho Consultivo:** Arthur Witzig; A. C. Pacheco e Silva; Alípio Correa Netto; Alvaro Guimarães Filho; Aloysio Neiva Filho; Amador Cintra do Prado; Amaury de Almeida Castanho; Anésio Alves Brito; Ariadne Lopes Menezes; Ariel Tacla; Benedito Montenegro; Athenar Guimarães de Queiroz; Celina Viegas; Alm. Corrêa de Sá Benevides; Décio de Almeida Cristovão; Dante Nese; Domingos Labate; Eudoro L. Berlinck; Ermano Marchetti; Emani de P. Ferraim Braga; Ester C. da Rocha Quintão; Francisco Pompêo do Amaral; Flaminio Fávero; Francisco J. Umbeito Maffei; Flávio Guimarães Barbosa; Francisco Inácio Araujo Silva; Floramante Garofalo; Florismundo M. Lins Sobrinho; Gabriel Martins Botelho; Galilieu Pasquinelli Filho;; Ganysson Amado; Geraldo Ferraz; Geraldo Prado Guimarães; Germano Galler; Hélio Lôbo; Henrique Maia Penido; Hilton Rocha; Hoover Americo Sampaio; Humberto Ballarini; Jairo Ramos; Jeny Gibertoni; João Amorim; João Feliciano Xavier; Jorge Machado Moreira; José Fleury; José Reis; José Ribeiro Villela; José Silveira; Lauro Monteiro de Cruz; Leonildo Ribeiro; Lilia Cesira H. Luchetti; Luiz Morato Fiorença; Irmã Superiora Lydia de Paiva Luna; Madre Maria A. Rezende; Madre Maria Domeneuc; Maria José Abreu; Maria José Imbassahy dos Santos; Manoel T. Hidal; Mario Ramos de Oliveira; Mario Machado de Lima; Maria Rosa de Souza Pinheiro; Mauricio Karman; Mauricio M. de A. Alchorne; Maury Pinto de Oliveira; Miguel Azevedo; Milton Machado Mourão; Myrcio de Paula Pereira; Noemy da Silveira Rudolfer; Oberdan Ravel Perrone; Oscar Valdetaro; Paulo Antunes Ribeiro; Paulo C. de Antunes; Paulo Fá; Plinio C. de Souza Dias; Roberto Moura; Rodolfo dos Santos Mascarenhas; Silvio de Barros; Thomaz Russel R. de Almeida; Vicencente Zioni; Zaira Bittencourt; Zeferino Vaz. **Conselho Fiscal:** Décio Silva Barros; Raul de Souza Amaral; Henrique Smith. **Suplentes:** Alfredo Willer; Gete Alcantara; J. Annibal Silva.

ESCOLA DE FORMAÇÃO DOS ADMINISTRADORES E CONSULTORES HOSPITALARES

Diretor: Prof. Zeferino Vaz. **Vice-Diretor:** Dr. Jarbas Karman. **Secretário:** Théa Margareta Winkler. **Diretores de Curso: Técnico de Limpeza Hospitalar** - Dr. Jarbas Karman. **2.º Curso Técnico de Lavandaria** - Pe. A. N. Cherubim. **7.º Curso de Técnica Asséptica e de Esterilização** - Dr. Pio Cesar de Lobão Portellada. **Estatístico Hospitalar** - Dr. José Maria Marlet. **Administração de Centro Cirúrgico** - Prof. Eugenio Luiz Mauro. **Copa e Cozinha Hospitalar** : Dr. Francisco Pompeu de Amaral.

ÍNDICE DE ANUNCIANTES E DE PRODUTOS

Aço Inoxidável
Indústria Mecano Cientifica Mercedes Imec ..... pág. 30

Aparelhos Científicos
Lutz Ferrando Ótica e Instrumental Científico S.A. .... 3.a capa
Sterilpins ..... pág. 4

Ar Condicionado
Starco Sociedade Técnica em Ar Condicionado ..... pág. 6

Caldeiras
Cia. Paulista de Caldeiras "COMPAC" ..... pág. 6

Desinfecção e Esterilização
Laboratório Sintético Steg ..... pág. 16

Equipamento de Lavandaria

Calandra
Castanho & Filhos S.A. ..... pág. 5
Kodama S.A. Indústria de Máquinas ..... 2.a capa
Máquinas Santo André ..... pág. 34

Extrator Centrífugo
Castanho & Filho S.A. ..... pág. 5
Kodama S.A. Indústria de Máquinas ..... 2.a capa
Máquinas Santo André ..... pág. 34

Máquinas de Lavar
Castanho & Filho S.A. ..... pág. 5
Kodama S.A. Indústria de Máquinas ..... 2.a capa
Máquinas Santo André ..... pág. 34

Secador Rotativo
Castanho & Filho S.A. ..... pág. 5
Kodama S.A. Indústria de Máquinas ..... 2.a capa
Máquinas Santo André ..... pág. 34

Prensas
Kodama S.A. Indústria de Máquinas ..... 2.a capa

Equipos Plásticos Esterilizados

Transfusão de Sangue
Rossifil Ind. Prod. Plásticos Ltda. ..... pág. 26

Soluções Parenterais
Rossifil Ind. Prod. Plásticos Ltda. ..... pág. 26

Coleta de Sangue
Rossifil Ind. Prod. Plásticos Ltda. ..... pág. 26

Equipamento Radiológico
Lutz Ferrando Ótica e Instrumental Científico S.A. .... 3.a capa
Inbelsa Ind. Brasileira de Eletricidade S.A. ..... pág. 8

Iluminação Cirúrgica
Micronal S.A. Aparelhos de Precisão ..... pág. 6

Instrumentos
Lutz Ferrando Ótica e Instrumental Científico S.A. .... 3.a capa
Sterilpins ..... pág. 4

Limpeza Hospitalar
Emprêsa Limpadora Continental Ltda. ..... pág. 1

Móveis Hospitalares
Indústria Mecano Científica Mercedes Imec ..... pág. 30

Produtos Alimentares
Prods. Nestlé Cia. Ind. Bras. de Prods. Alimentares ... pág. 3

Produtos Farmacêuticos
Johnson & Johnson do Brasil ..... 4.a capa
Laboratório Sintético Steg ..... pág. 16

Sabões e Detergentes
Indústrias Gessy Lever S.A. ..... pág. 7
Henkel do Brasil S.A. Indústrias Quimicas ..... pág. 30

Tratamento Acústico
Eucatex S.A. ..... pág. 27

TENDÊNCIAS ATUAIS NA ARQUITETURA HOSPITALAR

AUGUST HOENACK *
Chefe de Secção de Arquitetura e Engenharia, Serviço de Saude Publica dos Estados Unidos da América

Nos seus esforços de melhorar a utilização funcional de hospitais e manter um alto padrão de seus projetos, os arquitetos são obrigados a se preocupar intensamente com novos desenvolvimentos no campo hospitalar e com o aparecimento de sempre novos materiais de construção.

Enquanto o arquiteto está acostumado de lidar com novos materiais e possue competencia técnica de avaliar suas implicações dos pontos de vista funcional e estrutural, nos projetos hospitalares encontra ainda a dificuldade adicional de novos conceitos médicos, de inovações no equipamento e aparelhamento que estão fora do âmbito direto de sua tecnologia profissional. Nem sempre êle é capaz de avaliar sua significação e seus reflexos sôbre os seus projetos de edificios, embora precisem ser incluidos no programa de construção. Nessa situação êle precisa confiar no conselho de seus clientes hospitalares ou de outras autoridades que tenham estudado estas areas e feito recomendações.

De fato, acontece que muitas ideias novas são incorporadas em projetos hospitalares en base experimental, embora nem sempre intencionalmente. É preciso reconhecer que por causa da constante evolução no campo da saúde e a noção muito difundida entre profissionais hospitalares de que projetos hospitalares podem ser melhorados por seus próprios esforços, quase todos os novos prédios hospitalares são experimentais. Alguns dos novos conceitos e práticas incluem: a tendência para quartos de um leitosó, quartos de isolamento, facilidades hiperbéricas e a ênfase na assepsia, que influenciou o planejamento de centro cirurgicos e sistemas de ventilação e ar condicionado.

A que ponto algumas das tendências presentes afetarão a arquitetura hospitalar? Certamente afetarão; progressos significativos sempre afetaram a arquitetura. Provàvelmente um dos progressos mais significativos no planejamento hospitalar começou mais ou menos há dez anos, quando os hospitais reconheceram que o ar condicionado tinha nêles um lugar permanente. Ao mesmo tempo foi aceito que nem todos os compartimentos do hospital necessitavam de janelas e que o pessoal não sofreria psicologicamente por trabalhar em espaços interiores. Êste conceito permitiu aos arquitetos de agrupar tôdas áreas diagnosticas e clinicas em um bloco nos pisos inferiores, o que permitia maior liberdade no planejamento e melhor circulação. Mais importante, o tamanho dos compartimentos deixava de depender estritamente da distância entre um corredor e uma parede externa para efeito de iluminação e ventilação. Daí por diante muitos desenvolvimentos se iniciaram: foram estimulados melhoramentos na iluminação destas áreas internas, assim como nos sistemas de ar condicionado, com especial referência à filtração do ar e do contrôle.

* Tradução autorizada de Architectural Forum, Novembro 1965

FENESTRAÇÃO

As áreas de internação continuaram a ser localizadas em secções em nível mais alto, com ar condicionado e com janelas. As janelas nessas áreas não são mais necessárias para ventilação ou iluminação, e seu proposito principal parece ser agora o de permitir aos doentes apreciar a vista. Considerando as necessidades de um bom condicionamento de ar, tanto na época quente como na fria, o tamanho das janelas pode ser critico e por conseguinte exige planejamento cuidadoso. Áreas envidraçadas desnecessarias aumentarão o custo de construção e mais tarde o custo da manutenção. É duvidoso se os planejadores já avaliaram a função real das janelas ou decidiram sôbre sua forma e dimensões ótimas. Muitas salas de operações, de partos, de recuperação, de terapia intensiva e muitos berçários estão sendo projetados em espaços interiores, e não se constatou aí nenhuma necessidade real de janelas. Sòmente com relação à terapia intensiva há um argumento favorável às janelas: nem todos pacientes em terapia intensiva estão inconscientes e provàvelmente tirariam benefício de uma vista agradável; de outro lado, a existencia de janelas poderia complicar a localização do equipamento necessário junto ao leito desses doentes.

A tendência para uma proporção muito mais alta de quartos de um leito se refletirá sôbre o custo da construção e afetará a arquitetura. Por outro lado desse modo pode ser obtida uma taxa de ocupação mais alta e a maioria dos doentes provàvelmente preferem a seclusão dêsses quartos. Outros efeitos favoráveis poderiam advir daí, inclusive menor probabilidade de infecções cruzadas.

CAMARAS HIPERBÁRICAS

Em relativamente poucos hospitais, um desenvolvimento recente envolve o uso de camaras hiperbáricas. Esta facilidade volumosa, complexa e custosa apresenta um problema inicial, quanto à sua localização no hospital. Embora funcionalmente provàvelmente deveria ficar junto à área de cirurgia e tratamento, onde poderá recorrer a outros serviços médicos, observa-se a tendência de colocá-la em lugar distante onde se disponha do espaço que exige. Aqui reaparece a questão que se apresentou por ocasião da instalação de bombas de cobalto em hospitais: Até que ponto custo inicial, volume e peso devem ser considerados comparativamente ao custo da circulação do pessoal, do transporte de doentes e relações funcionais? Parece que é mais importante colocar essas facilidades onde pertencem funcionalmente do que estar preocupados em economizar nos custos iniciais, quando tais economias serão dissipadas em poucos anos pelo custo operacional maior causado por uma localização inconveniente.

ISOLAMENTO

Muitos hospitais estão insuficientemente preparados para acomodar infecções adquiridas no hospital ou outras molestias contagiosas. Já há quase vinte anos houve recomendações para prover facilidades apropriadas em cada unidade de enfermagem ou então agrupadas em local próprio dentro do hospital. Requeria-se habitualmente um ou dois quartos com sanitário privativo e chuveiro para cada um e uma saleta de sub-utilidade inter-ligada. Embora as técnicas variem de uma para outra doença contagiosa, êsse arranjo era suficientemente versatil para acomodar a grande maioria dos casos. Quando se passou a instalar mais quartos de um leito nos hospitais, muitas autoridades julgaram que cuidados especiais, como são unidades de isolamento, se tinham tornados desnecessários.

A experiência posterior provou entretanto que na maioria dos casos um quarto ordinário é inadequado. Frequentemente verificamos que algum carrinho de isolamento precisa ficar no corredor e que parte da técnica, como troca de avental e lavagem de mãos precisa ser feito fora da área de isolamento. Seria muito melhor, não só para o doente isólado e o pessoal que dele se ocupa, mas também para os outros doentes, que tais técnicas pudessem ser executadas numa ante-sala a isto destinada. Naturalmente os quartos comuns não necessitariam desta ante-camara.

CUIDADOS PROGRESSIVOS

O conceito de cuidados progressivos não é inteiramente novo e unidades de terapia intensiva foram aceitas por muitos hospitais; entretanto, unidades para convalescentes ou doentes capazes de cuidar de si em grande parte são vistas com hesitação.

Unidades de "self-care", como as chamam os autores de lingua inglesa, talvez seriam mais aceitáveis se houvesse flexibilidade entre elas e as unidades de cuidados intermediários. É duvidoso se o quarto para cuidados intermediários e o para "self-care" precisam ser diferentes arquitetonicamente. Se conseguirmos quartos de um leito iguais para todos doentes das duas categorias, obteremos ampla versatilidade. Bàsicamente as diferenças entre esses serviços incidirão sòmente sôbre certas áreas ancilares, como os postos de enfermagem, guarda de material e organização do pessoal.

Qualquer esforço na direção de maior flexibilidade do projeto resultará em dividendos operacionais, embora desapareçam os limites arquitetonicos entre as unidades. Algumas unidades de cuidados intensivos projetadas como alas separadas, quer em forma quadrada quer redonda, são exemplos de falta de flexibilidade. Embora com caracterização arquitetonica, ressentem-se da falta de relacionamento com uma unidade de cuidados intermediários que teria dado flexibilidade a sua organização e ao seu uso. É hoje reconhecido geralmente que a unidade de cuidados intensivos deve ficar contigua a uma unidade de cuidados intermediários.

FLEXIBILIDADE

Um dos desenvolvimentos mais importantes no planejamento hospitalar hodierno é o esforço para obter a máxima fexibilidade, não só do espaço, mas também no uso do ar condicionado, da iluminação e instalações hidráulicas. Tudo isto naturalmente deve ficar previsto no projeto inicial. Possuimos hoje técnicas de construção que permitem tal flexibilidade. Se vale a pena ou não economicamente ou se este grau de flexibilidade poderá ser aproveitado na prática, dve ser decidido pela equipe encarregada do planejamento de cada hospital. Técnicas de construção mais simplificadas que as atuais permitiam versatilidade maior, devendo-se exigir porém que sejam compatíveis com todos os aspectos da segurança do doente. Esse problema está sendo presentemente estudado pela Escola de Arquitetura da Universidade de Texas A&M.

Embora hospitais aceitem um condicionamento de ar quase completo, verificamos que também pode apresentar desvantagens. Condicionamento para maior conforto foi conseguido parcialmente no passado sem controle da umidade. Entretanto, a manutenção da umidade em niveis especificados no verão e no inverno se torna mais importante como meio de manter asséptico o ambiente e de reduzir a probabilidade de infecções das vias respiratórias superiores. Muitos estudos e relatórios indicam a grande necessidade de um controle da umidade. Êste exige alterações na construção das paredes exteriores nas zonas do País em que a condensação oferece problema, mas aqui também compromissos serão necessários para acomodar situações locais. Novas maneiras de suprir de ar salas de operações e de partos através de difusores ou "plenums" no forro deverão afetar o pé direito dessas áreas.

AMBULATÓRIOS

Os últimos anos presenciaram um incremento tremendo do uso dos hospitais por doentes ambulantes, de nenhum modo circunscrito aos seus serviços de emergência. A complexidade e o maior número de procedimentos diagnosticos utilizados hoje em dia levou os médicos particulares a encaminhar seus doentes a hospitais locais para grande número de provas diagnosticas. Como consequencia, os serviços diagnosticos complementares devem também levar em conta o afluxo indefinido de doentes ambulantes. Isto é extremamente importante do ponto de vista da circulação e é razão para a localização costumeira desses serviços no piso inferior, geralmente mais extenso. A procura pelo doente ambulante e sua circulação deverão influir consideràvelmente nos planejamentos futuros e deveriam ser antecipados nos projetos atuais.

Há muitos outros componentes da planta hospitalar que permitiriam comentários. Modificações radicais se observam no serviço de nutrição, e sem dúvida todos desenvolvimentos já ideados estão sendo experimentados em alguma parte no nosso grande sistema hospitalar. Sistemas de transporte mecanicos horizontais e verticais estão no mesmo estógio de desenvolvimento. Embora há muito usados na industria, sua adaptação a hospitais foi acompanhada por numerosos problemas. Sem dúvida esses problemas serão resolvidos e sistemas de condução terão papel muito útil nos hospitais futuros.

Precisamos dar atenção ao papel crescente do hospital em servir a comunidade para além das necessidades do assim chamado "paciente agudo". Programas hospitalares estão sendo gradualmente expandidos para incluir saúde mental, retardamento mental, reabilitação e outros serviços especiais usualmente oferecidos por outras instituições. Deste modo estes serviços são fortalecidos e coordenados e contam com a vantagem das facilidades clinicas do hospital. Esta tendência naturalmente tem importôncia arquitetonica.

RESUMO

NOVOS MATERIAIS, NOVOS TRATAMENTOS, NOVOS CONCEITOS DE PLANEJAMENTO, NOVOS PADRÕES DE CONTROLE DO AMBIENTE, USO CRESCENTE DE TRANSPORTES MECANIZADO E PROCURA DE FLEXIBILIDADE TOTAL.

Quase todos os novos hospitais são experimentais. A ciência, a tecnologia, os efeitos a longo prazo do patrocinio governamental da assistência médica e uma reavaliação da função dos hospitais gerais com relação à saude mental e a programas comunitários determinam alterações na arquitetura hospitalar.

Isto não significa que todos edifícios acabados estão obsoletos. Flexibilidade, extensibilidade e mudanças de tecnologia não são problemas novos para arquitetos. Mas a velocidade com que mudanças são introduzidas e a multiplicação dos elementos que compõem os programas hospitalares exigem uma reavaliação das implicações arquitetonicas de uma assistência realmente progressista e de flexibilidade total. As edificações em andamento dão apoio ao ponto de vista otimista de que a arquitetura hospitalar se mostra plenamente capaz de acompanhar os progressos e desenvolvimentos no funcionamento dos hospitais e na industria de construções.

ADMISSION AND REGISTRATION SYSTEM

At the "Hospital do Servidor Público" all forms to be recorded at the time of the patient's admission were gathered into two groups: the registration set and the hospitalization set. The former is composed of a registration card to be filled in alphabetical order, green for the government employee (compulsory pre-paid health insurance) and yellow for his family; one consultation card; one numerical registration card, blue for the employee and pink for his family; and the cover sheet of the folder, white for the employee and light yellow for his family. The numbering system is the terminal-digit per family. Members of the family have the same employee's number, with one different letter for each person. The folder's cover is printed on both sides. The back cover is attached at the Record Room. The black list of the cover corresponds to the last terminal-digit number, thus facilitating the filling of the records. On the cover's inside are recorded doctor's admission order, patient's discharge and out-patient's consultations. This system spares the admission and discharge order forms; saves time in filling them out, and is also the index of the complete record (to each recorded line corresponds a page number).

RACIONALIZAÇÃO DO AMBULATÓRIO-SISTEMA DE REGISTRO

J A R B A S K A R M A N
Assist. da Superint. do Hospital do Servidor Público Estadual

IV PARTE — SISTEMA DE REGISTRO

1. INTRODUÇÃO

Na reorganização administrativa do Hospital do Servidor Público Estadual os habituais formulários de admissão foram agrupados em dois jogos: o Jogo de Registro e o Jogo de Internação.

O Jogo de Registro reune os elementos concernentes à matricula do paciente no hospital, à abertura de seu prontuário e à marcação de suas consultas.

O Jogo de Internação, encabeçado pela Folha de Resumo Clínico, reune, entre outros, os impressos a acrescer ao Prontuário Médico, a cada nova hospitalização do paciente.

O desdobramento mencionado vem de encontro ao sistema mecanizado, previsto para a etapa final da organização; atende melhor ao intenso movimento do Ambulatório (mais de 2.000 consultas diárias) e aos contínuos retornos dos pacientes dentro do esquema de seguro saúde compulsório; facilita a rotina de internação, obrigatòriamente feita através do Ambulatório; evita o desperdicio de fichas de registro, etc.

2. FINALIDADES DO NOVO SISTEMA

Com a racionalização do Sistema de Admissão, objetivou-se:

1) Implantar a Admissão de Contrôle Centralizado (Hospital de Hoje, vol. 13)
2) Sistematizar a Matricula dos pacientes;
3) Sistematizar a Internação e Alta dos pacientes;
4) Especializar as funções;
5) Disciplinar o movimento do Serviço;
6) Reduzir o número de operações e, consequentemente, o número de funcionários;
7) Acelerar o atendimento;
8) Introduzir simplificações, como: contrôle dos leitos ocupados e feitura da relação diária dos pacientes hospitalizados, usando "chapinhas impressoras"; estas, confeccionadas no ato da Matrícula, são presas aos prontuários, por fio plástico, e destinam-se à impressão dos dados de identificação, nas requisições e papeletas, dos respectivos pacientes;
9) Facilitar o Registro, Contrôle, Cobrança, etc., por meio da adoção de um Número de Registro por Família, associado a uma Letra, para a individualização de cada membro da família;
10) Facilitar a futura mecanização;
11) Assegurar dados completos ao prontuário, de modo a prescindir ter que recorrer ao fichário (casos de cetidões, atestados, etc.).
12) Eliminar impressos, como os de Aviso de Internação, Alta, etc.;
13) Facilitar aos médicos a pronta localização de dados no prontuário;
14) Prevenir o extravio de fichas de registro.

3. ORGANIZAÇÃO DO JOGO DE REGISTRO

O sistema utiliza dois tipos de Jogos de Registro, cada qual composto do mesmo número de 4 impressos, mas distinguidos por côres diferentes; um jogo destina-se ao contribuinte pròpriamente dito, e outro aos seus dependentes.

Cada um dos jogos reune os seguintes impressos:

	Contribuinte	Dependente
3.1 Ficha de Registro Alfabético	Verde	Creme
3.2 Caderneta de Marcação de Consulta	Ouro	Ouro
3.3 Ficha de Registro Numérico	Azul	Rosa
3.4 Capa do Prontuário do Paciente	Palha	Beje

3.1 Ficha de Registro Alfabético

Esta ficha, arquivada em ordem alfabética, colige tôdos os dados referentes ao paciente e ao contribuinte: nome do paciente, seu número de registro, endereço e telefone; nome do contribuinte, seu número pregresso; sua fonte pagadora, número de seu hollerith e da sua folha de pagamento; nacionalidade do paciente, naturalidade, estado civil, sexo, côr, religião, profissão, categoria e afinidade; nome do pai, da mãe; nome do responsável, seu endereço e telefone; nome do conjuge; a quem chamar em caso de emergência, endereço e telefone; Secretaria em que trabalha o contribuinte; divisão, secção, telefone, número de referência, vencimentos e cargo ocupado; relação dos dependentes; visto do registrante e data da admissão; observação; data e assinatura do contribuinte. O preenchimento completo é feito apenas na Ficha do Contribuinte, dispensando-se a repetição de dados na dos Beneficiários.

3.2 Caderneta de Marcação de Consulta

Destina-se, bàsicamente, ao aprazamento de consultas. Suas demais características encontram-se descritas na III Parte dêste trabalho, publicada na "Revista Hospital de Hoje", n.º 26.

3.3 Ficha de Registro Numérico

É em tudo idêntica à Ficha de Registro Alfabético; o seu arquivamento é feito em ordem numérica e visa, entre outras finalidades, fornecer a letra seguinte a ser acrescida ao Número-Família, no ato do registro de mais outro componente da Família, com direito aos serviços do Hospital.

No Arquivo Numérico, o grupo de fichas, correspondente a uma mesma família, se encontra encabeçada pela ficha de côr azul do contribuinte, seguida de tantas rosas quantos forem os dependentes. O contrôle dos dependentes é facilitado tendo-se tôdas as fichas de registro da família reunidas e em sequência, e o nome de todos os beneficiários relacionados na ficha azul, do contribuinte.

3.4 Capa do Prontuário

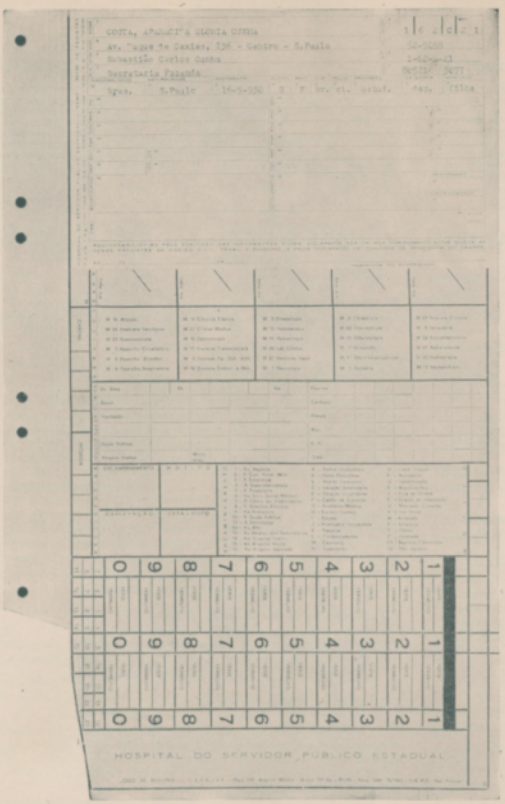
Por ser componente mais incorpado do Jogo, e de maiores dimensões, é o último elemento do bloco. Apresenta, no alto, decalcado da Ficha de Registro, todos os dados concernentes ao paciente. No Arquivo Médico, é aposta a contra-capa e os prontuários de uma mesma família, arquivados, agrupados sob um mesmo número; o prontuário do contribuinte, em côr palha, encabeçando os de côr beje dos dependentes, ordenados segundo a letra que individualiza cada membro.

A capa do Prontuário apresenta-se impressa em ambas as faces. A página frontal é subdividida em seis partes:

Na primeira, são reproduzidos todos os dados da Ficha de Registro; Na segunda, situa-se o "Barrado", cujas finalidades e importância, para a rápida distribuição e recolhimento de prontuários, figuram no trabalho: "Racionalização do Arquivo Médico";

A terceira parte apresenta os diferentes Serviços do Hospital, em ordem alfabética, com os seus respectivos números de referência; em vista de tôdas as Requisições de Exames, a "Papeleta Única" (Hospital de Hoje n.º 23) e os carimbos e demais impressos utilizarem tais números de referência, a sua impressão, na capa do prontuário, facilita o trabalho de médicos e enfermeiras;

O grupo seguinte é o de "Identificação Clínica", onde são consignados os seguintes elementos, também transcritos para a Caderneta de Marcação de Consulta do paciente, e de importância, principalmente em casos de emergência: Grupo Sanguíneo, Rh, Soros, Vacinas, Epilepsia, Neurose, Cardiopatia, Alergia, Alcoolismo e Dia-



FICHAS DE REGISTRO — as Fichas de Registro têm formato retangular, com 21cm x 31cm. A Caderneta de Marcação de Consulta aberta, 21cm x 17 cm e a capa do Prontuário, quando com a aba dobrada, junto à lombada numerada, 24,5 cm x 31cm, tendo a aba mais 8cm. Os vários vincos, acima dos furos e ao longo da lombada, permitem dobras e prontuários de variadas espessuras. A Caderneta de Marcação de Consultas foi omitida, dêste Jôgo, para não encobrir os dizeres da Capa, todavia, encontra-se reproduzida no Volume 26 de "Hospital de Hoje".

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL — os dizeres datilografados nas Fichas de Registro são integralmente decalcados, a carbono, na Capa do Prontuário e, parcialmente, na Caderneta de Marcação de Consultas.

"BARRADO" — o barrado, conjugado à Lista de Marcação de Consultas, visa rápida e controlada expedição e recepção de prontuários. Por ocasião de cada requisição, é inscrito, a lápis, o número da lista e sua linha em um dos quadrinhos; na devolução, a inscrição é apagada; os quadrinhos são em maior quantidade devido ao desgaste causado pela borracha.

SERVIÇOS MÉDICOS — a designação dos serviços por código abrevia o tempo gasto em escrituração. A relação, sempre à mão, das siglas e seus correspondentes serviços médicos, incentiva o seu emprêgo.

IDENTIFICAÇÃO CLINICA — visa chamar a atenção para particularidades tais como: Rh, grupo sanguíneo, soros; imunizações, ataques epilepticos, alergias, etc.

ENCAMINHAMENTO — providências e informações, referentes ao prontuário e ao paciente são solicitadas e transmitidas através da inscrição, a lapis, nos respectivos retangulos, de letras e números codificados, conforme a legenda impressa.

TARJAS — a tarja refere-se ao algarismo final do ultimo digito. Sendo, no caso, o digito terminal "21", o algarismo tarjado é o "1".

bete, e mais os de caráter administrativo: Saúde Pública, RX, Arquivo Inativo e Micro-Filmes;

A quinta parte destina-se a determinadas providências administrativas ou assistenciais; para tanto, inscreve-se, no primeiro quadrado, a lápis, um dos números abaixo, correspondente ao local ou Setor para o "Encaminhamento" do prontuário: 1 — Ao Registro, 2 — À Com. Pront. Méd., 3 — À Estatistica, 4 — À Superintendência, 5 — À Tesouraria, 6 — Ao Serviço Social Médico, 7 — À Chefia do Ambulatório, 8 — À Relações Públicas, 9 — Ao Protocolo, 10 — À Saude Pública, 11 — À Internação, 12 — Ao DAI ,13 — Ao Médico dos Funcionários, 14 — Ao Arquivo Médico, 15 — Ao Arquivo Morto, 16 — Ao Arquivo Separado.

No segundo quadrado, inscreve-se, também a lápis, uma das seguintes letras correspondentes ao "Motivo" do encaminhamento: A — Dados Incompletos, B — Efeito Disciplinar, C — Acerto Financeiro; D — Situação do Beneficiário, E — Situação do Dependente, F — Cartão de Consulta, G — Auditoria Médica, H — Esclarecimentos, I — Estudo; J — Prontuário Incompleto; K — Pesquisa; L — Credenciamento, M — Convênio, N — Seguimento, O — Letra Ilegível, P — Assinatura, Q — Identificação, R — Autorização, S — Fora de Ordem, T — Pedido de Internação, U — Marcação de Consulta, V — Vêr verso, W — Atestado, X — Relatório; Y — Óbito, Z — Demissão, Z1 — Registro Cancelado, Z2 — Não Usuário.

No terceiro quadrado, são completadas as "Observações" e, no quarto, são apostos a "Data e o Visto", sempre a lápis. Uma vez atendido o motivo, que determinou o encaminhamento e a providencia solicitada, as inscrições a lápis são apagadas com borracha, a não ser em casos tais como: Encaminhamento "15" (Arquivo Morto) — Motivo "Z": (Demissão) — quando todo o grupo de prontuários do contribuinte e de todos os seus dependentes, é retirado e transferido do Arquivo Ativo para o Arquivo Morto.

Este meio de intercomunicação de muito simplifica o entrosamento dos setores relacionados aos prontuários; serve de exemplo o Recem-Nascido, nascido no Hospital, cujo número de registro é inscrito no retângulo (2) da Ficha de Registro, do Prontuário e da Caderneta de Marcação de Consulta, mas cujo nome ficou dependendo da futura apresentação da Certidão de Nascimento. A inscrição no quadrado "Encaminhamento" do número "1" (ao registro) e no quadrado "Motivo" da letra "A" (dados incompletos) fará com que, no retorno da mãe ou do filho, seja cobrado o documento faltante.

O retangulo (43) destina-se à aposição de carimbos como "Óbito" e "Não Usuário"; o retangulo (44) a carimbos como: "Arquivo Morto", "Arquivo Separado", "Arquivo Inativo".

Nos retangulos "Capital" e "Interior", são consignados os períodos durante os quais o paciente fixou residência na Capital e no Interior.

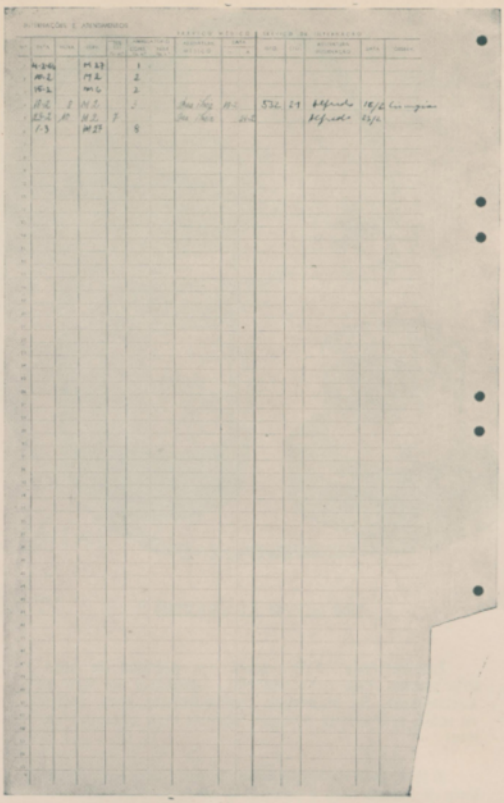
O retangulo (45) tem a finalidade de consignar o número primitivo de registro; quando o paciente passa ,eventualmente, de beneficiário a contribuinte ,o seu registro deixa de ser o de sua família original; novo número de registro lhe é dado e tôdas as suas papeletas são transferidas para o novo prontuário, ficando na sua primitiva posição apenas uma "Ficha Localizadora", com a referência do novo número, para atender a interêsse de pesquisa.

Finalmente, a última parte visa facilitar a classificação dos prontuários e assegurar o seu arquivamento em prateleira certa; para tanto, adotou-se o sistema de numeração "digito terminal" e fez-se corresponder, no prontuário, ao algarismo final do número de registro, uma barra preta; e, identicamente uma barra vermelha e outra verde, respectivamente, para o algarismo final do primeiro e segundo digito.

Para maior evidência, o algarismo final do digito terminal e o seu barrado preto figuram, impressos em destaque, na lombada do prontuário.

No Arquivo Médico, a cada funcionário corresponde um grupo definido de digitos terminais; os quadrados numerados de 1 a 23,

INTERNAÇÃO E ATENDIMENTO — nesta fôlha são consignadas as ordens médicas para internações e altas, são também registradas, pelas escriturárias, as páginas referentes às consultas atendidas e tratamentos dispensados no Ambulatório.



O exemplo ilustra o novo sistema: o paciente, cujo nome, número de registro e demais elementos de identificação constam da capa do prontuário, é atendido, no Ambulatório, em 4-2-66 pelo médico da clínica M-27 (Medicina Geral); a história clínica e demais dados são registrados na "Papeleta Única" de Fls. 1; em 10-2 o paciente é atendido pelo médico da clínica M-2 (Obstetrícia), o médico registra a consulta a Fls. 2; em 15-2 o paciente procura a clínica M-6 (Clínica do Aparelho Genito-Urinário), os dados são lançados a Fls. 2; em 18-2 Dra. Théa, determina, após o exame do paciente e das papeletas de Fls. 1 e 2, a sua internação, no dia seguinte, 19-2; o Serviço de Internação, à vista da assinatura e ordem de internação, destina o leito 21 do quarto 532 à paciente; ainda no dia 18-2, assina na coluna correspondente, para ciência das providências sob sua responsabilidade. No dia 23-2, às 10 horas, Dra. Théa, da Clínica M-2, determina a alta da paciente, para o dia 24-2; o Resumo Clínico referente ao caso consta de Fls. 7 do Prontuário; o Serviço de Internação toma ciência da ordem de alta, no próprio dia 23-2 e cuida das providências de sua responsabilidade; em 1-3 a paciente, sempre cumprindo ordens médicas, constantes da sua Caderneta de Marcação de Consultas, retorna à clínica M-27 (Medicina Geral) onde o seu médico clínico lhe dá alta definitiva.

ao pé da lombada, adequadamente coloridos, identificam os Prontuários segundo seus respectivos responsáveis.

3.5 Capa Interna

Na face interna, da capa, são registradas as internações, altas e atendimentos de ambulatório. Para a internação de um paciente, o médico não terá que preencher os dados exigidos pelos habituais "avisos de internação" e "avisos de alta", uma vez que todos os dados de indentificação do paciente já se encontram na Capa do Prontuário. Os elementos a completar são: Data, Hora, Serviço, Data de Internação e Assinatura do médico; após esta ordem simplificada do médico, o Serviço de Admissão consigna na mesma linha: Quarto, Leito, apõe sua Assinatura, Data e preenche um "Jôgo de Internação". Na alta, que é feita similarmente, o número, da Fôlha de Resumo Clínico que capea tôdas as papeletas de internação, é inscrito na coluna "Resumo Clínico". Da mesma forma, nas colunas "Consulta" e "Tratamento de Ambulatório", são registrados as páginas concernentes aos Relatórios e o número dos respectivos serviços. Êste registro não apresenta dificuldades, pois na Papeleta Única, cada novo relato é precedido pelos seguintes dados, marcados a carimbo: número do serviço, data, hora, nome e qualificação do relator (médico, enfermeira, assistente social, etc.).

A utilização da "Fôlha de Internação e Atendimentos" enseja:

1. Dispensar os impressos "Aviso de Internação" e "Aviso de Alta"
2. Aliviar o Prontuário dessas fôlhas
3. Abreviar o trabalho de escrituração do médico
4. Obrigar o Serviço de Registro a inteirar-se das internações, transferências, altas, óbitos, e a controlar os leitos ocupados e os vagos
5. A feitura do Índice do Prontuário através do qual, os médicos e enfermeiras podem, prontamente, encontrar qualquer dado, segundo data, serviço, consulta ou hospitalização, sem trabalho adicional.

4. PREENCHIMENTO DO JÔGO DE REGISTRO

O Jôgo de Registro tem os quatro impressos, de que se compõe, blocados, com cola plástica, ao longo da aresta superior, o que facilita a sua introdução na máquina de escrever. O papel carbono utilizado é do tipo que não borra, mesmo quando atritado, logo após o decalque. O preenchimento dos 4 impressos do jôgo é feito simultaneamente. Um certo número de jogos é reservado ao registro dos contribuintes. Para facilitar a sua numeração, em ordem cronológica, marcam-se, com máquina numeradora, os números a serem utilizados, na margem esquerda da capa de côr palha.

4.1. — Registro do Contribuinte

O jôgo utilizado é o correspondente à ficha de registro de côr verde. Após datilografadas, as fichas são arquivadas em ordem alfabética e numérica. A dualidade de côres (verde e azul) visa prevenir que, por engano, as duas fichas sejam postas no mesmo arquivo.

4.2. — Registro do Dependente

Procede-se idênticamente, porém, uma vez preenchido o jôgo, a ficha de registro de côr creme, com dados apenas os essenciais, é posta no arquivo alfabético, por sobrenome, junto à ficha verde do contribuinte. A ficha de côr rosa destina-se ao arquivo numérico.

4.3. — Registro de Dependente sem Contribuinte Registrado

A ficha de côr verde é destacada do jôgo, e preenchida com os dados do contribuinte. As fichas remanescentes do jôgo vão para um arquivo à parte, para serem escrituradas, quando algum contribuinte, com beneficiário já registrado, se apresentar como paciente. Esta medida visa poupar a abertura precoce do prontuário. A ausência da ficha azul, no arquivo numérico, indica que o prontuário do contribuinte ainda não foi aberto.

O registro do dependente far-se-á, normalmente, logo após preenchida a ficha verde do contribuinte. Os dados coligidos são apenas os essenciais, evitando-se repetir as informações, já consignadas na ficha verde.

UM NOVO APARÊLHO

Inteiramente confeccionado em plástico de absoluta pureza, êste novo aparêlho, adaptável ao litro do antisséptico, foi elaborado especialmente para deixar as mãos livres(evita o toque manual com qualquer objeto).

É leve, fácil de transportar de uma sala para outra, livre de vasamentos e possibilita integral aproveitamento do produto. Por sua funcionalidade, é muito útil em salas de cirurgia, consultórios, enfermarias, berçários e em todos os locais onde a assepsia das mãos e da pele em geral se faz necessária através de um antisséptico poderoso.

NOTA: Êste aparêlho acompanha o litro original do antisséptico Tergentolate; é gratuito. Para maiores detalhes e informações: Laboratório Sintético — Steg — Caixa Postal, 6.562, fone 31-3971 — São Paulo.

USO DE ANTISSÉPTICOS EM HOSPITAIS

Preocupação constante de médicos, clínicos e cirurgiões, é, ainda hoje, o contrôle das infecções em ambiente hospitalar. O estafilococo, principalmente, por sua faculdade de tornar-se resistente aos diversos antibióticos, constitui perigo constante, não só nos centros cirúrgicos mas, também, nas enfermarias e berçários. Por outro lado, o advento da antibioticoterapia reduziu a vigilância na luta contra as infecções hospitalares.

Portanto, é dever de todos colocar na ordem do dia, em primeiro plano, o problema da antissepsia e da assepsia.

Daí a atenção especial que devemos dedicar às últimas conquistas da Indústria Farmacêutica nesse campo: os antissépticos. Das diversas fórmulas existentes, uma merece destaque, pela feliz associação de um detergente ao hexaclorofeno — poderoso bacteriostático e bactericida. O detergente, já muito conhecido, é o Tergentol, que potencializa a ação do hexaclorofeno. Essa associação, segundo Montête, reune as condições do antisséptico ideal para a desinfecção das mãos de cirurgiões e enfermeiras, sendo ainda de grande utilidade em:

a) desinfecção de campo operatório e na fenda operatória.

b) desinfecção das piodermites.

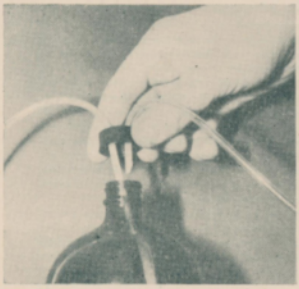
c) desinfecção do cordão umbelical do recém-nascido.

Êsse poderoso antisséptico foi lançado no Brasil com o nome de TERGENTOLATE pelo Laboratório Sintético — STEG, após a obtenção de resultados animadores nas muitas experiências realizadas em diversos hospitais.

Ficou demonstrado que, nos berçários, o uso de Tergentolate pelas enfermeiras reduz acentuadamente as infecções estafilocócicas.

Tergentolate pode ser dissolvido na água do banho da criança (uma colher das de sopa por litro de água) ou na limpeza das nádegas do bebê, a fim de controlar as assaduras.

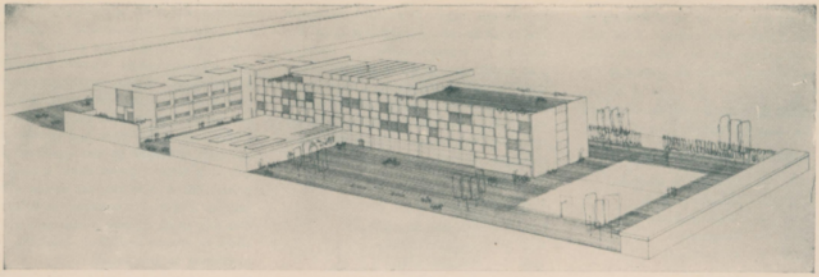
Nas queimaduras, Tergentolate poderá ser usado em "spray", conseguindo-se não só excelente assepsia, como também fácil remoção dos tecidos necrosados.



Retirar tampa e batoque do original, enroscando no lugar a tampa do aparêlho.

Colocar a sanfona sôbre o piso, pois é acionada com o pé.

O frasco de Tergentolate pode ser colocado sôbre mesas, pias, mármores, etc.



ANTE - PROJETO DO HOSPITAL PSIQUIATRICO ENCARNACION BLAYA

IRINEU BREITMAN **
MARCELO BLAYA ***

INTRODUÇÃO

O presente ante-projeto do hospital psiquiátrico se destina ao uso da Clínica Pinel, em Pôrto Alegre. Através de uma série de trabalhos, o segundo dos autores e associados (1, 2, 3, 4, 5, 6) apresentou sua concepção de tratamento hospitalar psiquiátrico. Aqui serão revisados alguns dêsses conceitos sempre que êles sirvam para melhor ilustrar o funcionamento dos vários setores do hospital.

PLANO DA ESTRUTURA E LOCALIZAÇÃO

O hospital será construído em zona (bairro Santana) próxima ao centro urbano da cidade de Pôrto Alegre, dentro de um cinturão que pode ser chamado de hospitalar, pois nele estão localizados os seguintes nosocômios: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, Hospital de Pronto Socorro, Hospital Ernesto Dornelles, Hospital de Reumatologia, Hospital Petrópolis, Hospital Fêmina, Hospital Moinhos de Vento. A área a ser utilizada é de mais ou menos quatro mil metros quadrados (36 metros x 110 metros). O terreno apresenta um desnível em relação ao plano da via pública de aproximadamente dois metros. O bairro, de moradia de famílias da classe média e pobre, é um dos mais antigos de Pôrto Alegre

* Trabalho apresentado à TERCEIRA JORNADA SULRIOGRANDENSE DE PSIQUIATRIA DINÂMICA, Torres, R. S., 1963

** Presidente da Secção do R. G. S. do Instituto de Arquitetos do Brasil; ex-vice-presidente do Instituto de Arquitetos do Brasil; membro da Associação Paulista de Hospitais e do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares.

*** Diretor da Clínica Pinel, P. Alegre; docente livre de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de P. Alegre; da Sociedade Psicanalítica de Pôrto Alegre, R. S.

e atravessa uma fase de decadência em relação ao progresso da cidade. É de fácil acesso através de avenidas asfaltadas e dispõe de recursos amplos de transporte coletivo.

A estrutura do hospital pode ser compreendida dos seguintes setores:

1. ÁREAS DE TRATAMENTO
   - 1.1 — Unidade de admissão
   - 1.2 — Unidade fechada
   - 1.3 — Unidade aberta
   - 1.4 — Hospital-dia
   - 1.5 — Ambulatórios
2. ADMINISTRAÇÃO
   - 2.1 — Setor de administração
   - 2.2 — Auditório de ensino
   - 2.3 — Lojinha
3. SERVIÇOS CENTRALIIZADOS
   - 3.1 — Cozinha
   - 3.2 — Restaurante
   - 3.3 — Refeitório de empregados
   - 3.4 — Oficinas de manutenção
   - 3.5 — Rouparia
   - 3.6 — Almoxarifado
   - 3.7 — Instituto de beleza
   - 3.8 — Barbearia
   - 3.9 — Auditório
   - 3.10 — Praxiterapia
   - 3.11 — Sala de jogos
   - 3.12 — Bibliotéca médica
   - 3.13 — Bibliotéca para pacientes
   - 3.14 — Canchas de esporte
   - 3.15 — Vestiários
4. RESIDÊNCIA DO DIRETOR

Como se pode ver nas plantas anexas, êsses setores estarão distribuidos em três pavimentos na parte dianteira e em quatro pavimentos, na que segue. O primeiro pavimento fica ao rés do chão. A entrada principal desemboca no segundo pavimento. Dêste há duas escadas para cima (ambulatório e unidade fechada+residência do diretor) e um lance para baixo (unidade aberta, restaurante, etc.). Elevadores foram omitidos por restrições econômicas. Cargas são movimentadas verticalmente através de um monta-carga.

FUNCIONAMENTO

- 1.1 — Unidade de admissão
- 1.2 — Unidade fechada
- 1.3 — Unidade aberta

O hospital tem uma capacidade de oitenta pacientes internados (admissão, 28; fechada, 28 e aberta 24), quarenta pacientes-dia e aproximadamente trezentos pacientes em ambulatório.

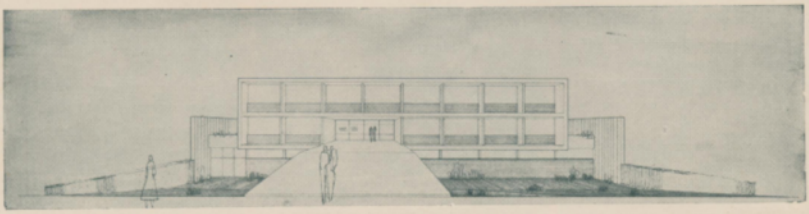
Cada unidade funciona com autonomia. A essa estrutura arquitetônica corresponde uma equipe terapêutica, que também funciona com autonomia. As unidades de admissão e fechada tem uma disposição idêntica. A aberta prevê uma maior utilização das áreas centrais (restaurante, oficinas da praxiterapia, sala de jogos, etc.). Todos os quartos de pacientes são semi-privados (dois leitos) e dois quartos são acoplados com um banheiro. A nossa preferência por essa solução se deve a razões de ordem econômica e terapêutica. É nosso pensamento que quartos individuais reforçam a tendência ao isolamento dos pacientes.

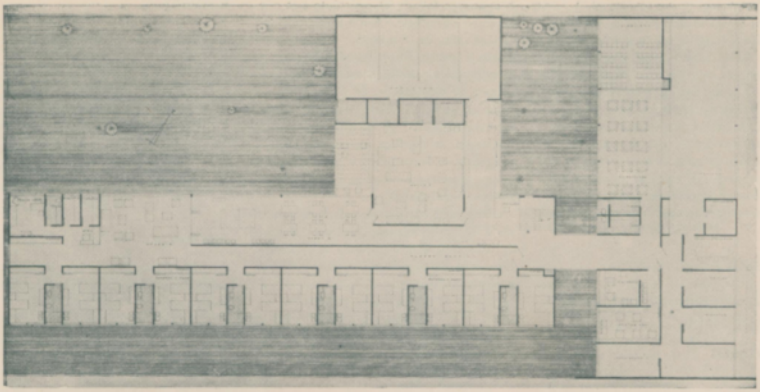
As unidades de enfermagem contam com uma área social e de recreação ligada à uma de refeitório. É nestas áreas que o paciente passará grande parte de seus dias no hospital, ocupado em atividades de praxiterapia, recreação, refeição, jogos e lazer. Um compacto compreendendo o posto de enfermagem, consultório e áreas de serviço está estrategicamente disposto permitindo à enfermagem manter contato permanente com a área de estar. Finalmente, junto à entrada de cada unidade há uma sala de visitas disposta de modo que permite aos pacientes receberem os seus familiares sem que estes tenham acesso direto à unidade, preservando a intimidade dos demais e impedindo a saida dos pacientes da unidade. Esta sala serve, durante o dia, para atividades de grupos limitados, afastados do borborinho da área social.

Uma unidade como esta é guarnecida por uma equipe terapêutica, liderada por um médico, com dois a três residentes, uma enfermeira, uma assistente social, e atendentes. Psicólogas e recreacionistas serão compartilhados pelas três unidades.

Pacientes das três unidades poderão ter suas refeições, atividades, jogos, etc., tanto na unidade como na área central. Assim, pacientes de unidade fechada podem ter permissão do seu médico a ir ao restaurante para suas refeições. Existe pois uma duplicidade de locais para essas atividades dependendo do paciente em particular utilizar a área central ou a da própria unidade.

Todos os pacientes internados o são através da unidade de admissão que pode ser caracterizada como de diagnóstico e tratamento. Desta unidade o paciente terá três destinos possíveis: 1. alta do internamento (para casa, para o ambulatório ou para o hospital-dia); 2. transferência para a unidade fechada e 3. transferência para a unidade aberta. Essas alternativas estão ligadas ao tipo de situação patológica e ao plano de





1.º pavimento. Estacionamento, rouparia, cozinha, restaurante, auditório, barbearia, instituto de beleza; salas de estar; oficinas; unidade aberta; esportes.

tratamento em vista. Pacientes com situações agudas hospitalizados para tratamento sintomático terão, provàvelmente, alta diretamente da unidade de admissão. Aquêles casos crônicos cujo tratamento prevê mudanças mais radicais de personalidade e, portanto, de maior duração sob regime hospitalar serão, conforme o caso, transferidos para a unidade fechada ou aberta. Note-se que nesses casos o médico psicoterapeuta continua a ser o mesmo a despeito da transferência.

Como se pode ver não organizamos uma unidade de pacientes agitados. Tanto a unidade de admissão como a fechada dispõem de quatro quartos de segurança que em circunstâncias especiais podem funcionar como celas de segurança para a contenção de pacientes violentos ou que exijam reclusão. Como estão no próprio corpo das unidades não implica em transferências e facilita a sua posterior reintegração na vida da unidade.

Ainda que haja uma previsão de internar pacientes de classes sociais diferentes e se pense numa variação no custo dos internamentos, não se optou por qualquer distinção de classes, tanto no tipo de acomodações como no de serviços. Finalmente, consoante nosso ponto de vista, não existe previsão ou possibilidade de permitir a permanência de familiares acompanhando os pacientes.

1.4 HOSPITAL-DIA

Os pacientes-dia vêm ao hospital entre 9,00 e 17,00 horas, exceto aos domingos. O centro de suas atividades é no primeiro pavimento, onde dispõem de uma unidade enfermagem para atendê-los, uma sala de estar e uma bateria de armários individuais para guarda de objetos de uso pessoal. Ao lado ficam salas para toilete e sanitários. As atividades dêstes pacientes são mais frouxamente estruturadas e sua realização fica mais ao critério do próprio paciente. Praxiterapia, jogos, esportes, refeições são atividades que êles farão nas áreas centralizadas, tôdas elas localizadas no mesmo pavimento. As entrevistas com médicos e as sessões de psicoterapia, individual e de grupo, se realizarão na bateria de consultórios, no setor de ambulatório.

1.5 AMBULATÓRIOS

O setor de ambulatórios está situado no terceiro pavimento e o acesso é feito por um lance de escada. Êste acesso é controlado pela secretaria, cuja posição lhe permite orientar a circulação dêsses pacientes, dando o aviso correspondente ao médico respectivo. Há um total de quinze consultórios além de outros sete disseminados pelas unidades e setor de administração. Dos consultórios, sete são pequenos e servem principalmente para sessões individuais e oito, maiores servem tanto para sessões individuais como de grupo. O problema de circulação foi resolvido através de salas de espera individuais para êstes e uma sala comum para aquêles. O tratamento de paredes e portas garante o isolamento acústico.

2. ADMINISTRAÇÃO

A entrada principal desemboca num hall e em tôrno dêste ficam situadas as dependências de administração. A central de comunicações telefônicas e a portaria servem como elemento de informação e ligação entre todos quantos trabalham e vivem no hospital e o público em geral. O acesso às dependências depende de uma triagem prévia neste setor. Ao lado está a secretaria, o gabinete do administrador, o da enfermeira-chefe e o do médico de plantão, além de sanitários de uso privado e público. Do outro lado do hall está o gabinete do diretor médico, secretária e a sala-auditório para as atividades didáticas e administrativas de conjunto. Finalmente haverá uma lojinha com dupla finalidade: fornecer aos pacientes objetos de uso pessoal e servir como amostra para objetos confeccionados pelos pacientes que desejam pô-los a venda.

3. SERVIÇOS CENTRALIZADOS

A enumeração dêstes feitas acima dispensa comentários ulteriores no tocante à função. O uso das áreas centralizadas é permitido a qualquer paciente. Se está no hospital-dia ou na unidade aberta isso é automático. Se está na unidade de admissão ou na fechada, dependerá de autorização do médico respectivo. Além dos pacientes elas servirão aos que trabalham no hospital e em alguns casos a visitantes.

Alguns setores ficam duplicados, como acima se disse. Assim o paciente poderá ter as suas refeições na unidade, quando se julgar conveniente que êle não circule fora, ou no restaurante. O mesmo se aplica à Praxiterapia. Os trabalhos nas unidades serão mais simplificados e as oficinas centrais ficarão com tipos de ocupação mais elaborados e especializados.

Há dois auditórios. Um servirá para as ati-

vidades (cinema, teatro, shows, etc.) de pacientes e está situado junto ao restaurante. O outro, junto à administração, servirá para as reuniões de equipe, discussões de caso coletivas, reuniões científicas, etc. O mesmo se passa com as bibliotecas. Uma delas é médico-psiquiátrica para o uso de médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiras, atendentes, etc. A outra, localizada na sala de estar do hospital-dia, é de uso dos pacientes. O catálogo desta será duplicado em cada unidade para permitir os empréstimos a pacientes que não tenham saída.

4. RESIDÊNCIA DO DIRETOR

Estará situada no terraço, com circulação pela escada interna.

COMENTÁRIOS

As condições sócio-econômicas que atravessa o país tornam um investimento dêste tipo desinteressante dos pontos de vista financeiro e econômico. O hospital foi planejado levando em conta funcionamento ao preço mínimo, tanto de investimento como de operação. A cobertura financeira para a construção é prevista em duas alternativas: com recursos próprios, a ser executada em aproximadamente 48 meses ou com auxílio de empréstimos hipotecários, a ser feita em 30 meses.

A segurança foi um fator presente mas não exclusivo no projeto. Sempre que possível os elementos de contenção, especialmente janelas e muros, foram tratados de modo a constituirem elementos decorativos na composição do conjunto.

Tôdas as estruturas foram projetadas visando funcionamento. Ainda que não tenham trabalhado os detalhes de equipamento e mobiliário, a disposição e o funcionamento foram elementos básicos na fase do planejamento arquitetônico.

As áreas externas são fechadas mas sem a preocupação de segurança máxima. A nossa opinião é que o paciente que precise dêsse tipo de segurança estará na unidade e não circulando pois é injusto dar um ar de campo de concentração ao conjunto levando-se em consideração o risco existente com um décimo dos pacientes. As áreas externas tratadas como jardins e a parte trazeira utilizada para esportes.

RESUMO

Apresentamos neste trabalho o ante-projeto de hospital psiquiátrico por nós elaborado. Trata-se de um hospital privado, com capacidade para oitenta pacientes internos, quarenta pacientes-dia e trezentos pacientes em ambulatório. As características do projeto são revisadas e discutidas em função de nossa orienttação de tratamento hospitalar.

SUMMARY

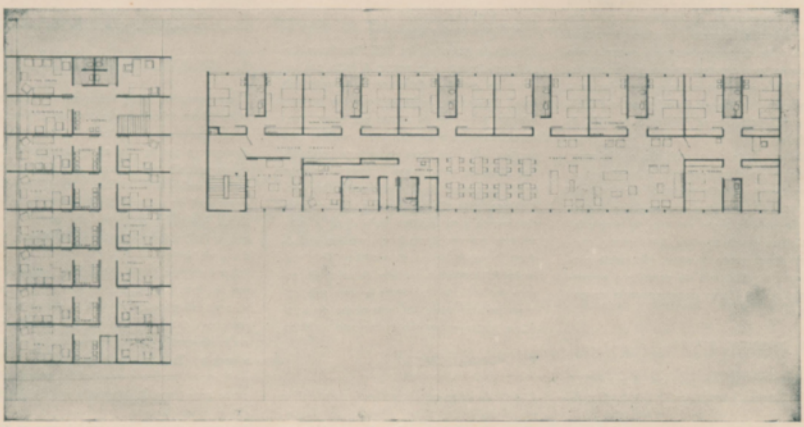
A PLAN FOR A MENTAL HOSPITAL

We discuss in this paper a plan for a private psychiatric hospital. This is a 80 bed hospital with three units: admission, closed and open for continued treatment. Besides it will have 40 day-patients and an average of 300 patients in the Out-Patient Department. The details are discussed in view of our philosophy and orientation for psychiatric treatment, in and out.

REFERÊNCIAS

1. Blaya, M.: Tratamento hospitalar com orientação psicanalítica. Tese. Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre, 1960.
2. Blaya, M.: Conceito e indicações do hospital-dia psiquiátrico. Rev. Assoc. Med. R. G. S., 4: 64, 1960.
3. Blaya, M.: Assistencia hospitalar psiquiátrica em Geriatria, Hospital, 59: 309, 1961.
4. Blaya, M.: O primeiro hospital-dia psiquiátrico no Brasil. Arq. Clin. Pinel, 2: 28, 1962.
5. Blaya, M.: A unidade psiquiátrica no hospital geral como célula da assistência psiquiátrica hospitalar, Arq. Clin. Pinel, 2: 153, 1962.
6. Zimerman, D.: Nossa experiência no tratamento hospitalar de jovens. Arq. Clin. Pinel, 2: 149, 1962.

3.º pavimento (da esquerda à direita). Consultório, unidade fechada; estar, refeitório e jogos. No 4.º e último pavimento situa-se a residência do Diretor.



A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DO BRASIL

Tema oficial
I Congresso Interamericano de Hospitais
IV Congresso Nacional de Hospitais

Rodolfo Mascarenhas, Odair Pedroso, Nelson Luiz de Araujo Moraes, Martinus Pawel, Decio Pacheco Pedroso, Murillo Villela Bastos, Carlos Gentile de Mello, Jorge Coelho Tavares, Geraldo da Silva Ferreira, Woodrow Pimentel Pantoja e Hugo Alqueres.

ASPECTOS DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO BRASIL

O desconhecimento de que existem relações de íntima interdependencia entre saúde e economia é fator determinante da série de planos irreais que, vez por outra, são apresentados para dar solução aos problemas médicos assistenciais do país. Êste trabalho pretende demonstrar algumas dessas relações, confrontando o número de médicos e de leitos hospitalares de alguns países, com seus respectivos níveis de desenvolvimento e econômia.

Do mesmo modo que os gastos de uma família são limitados pela renda de seus componentes, também os gastos totais de um povo não podem normalmente exceder o que êsse povo ganha, uma vez que sua renda depende ùnicamente do que produz. Por essa razão, nas contas nacionais, os valores que correspondem às designações de Produto Nacional, Renda Nacional e Despesa Nacional devem equivaler-se. De outro lado, assim como uma família é forçada a repartir seus rendimentos entre as despesas com habitação, alimentação, vestuário, educação dos filhos, transporte, recreação, higiene e saúde, também os povos, como conjunto de famílias, repartem a Renda Nacional pelos vários setores em que são grupados seus compromissos e obrigações. Ao conjunto dessas contas, cabe a designação de Despesa Nacional. Qualquer aumento da despesa em um setor corresponde necessàriamente a uma redução em outro qualquer. Os gastos governamentais são apenas uma parte dos gastos nacionais e sua distribuição se faz conforme critérios de prioridade de cada povo. Como o total dos gastos nacionais não pode exceder a Renda Nacional, também os gastos do govêrno não devem exceder a receita do Estado. Do ponto de vista do estudo das economias setoriais, é indeferente se os dispêndios são feitos pelo govêrno diretamente ou pela população.

Admitindo que as necessidades fundamentais dos diferentes povos sejam semelhantes, as grandes parcelas de suas despesas — os gastos setoriais — também o seriam. Alguns setores são, entretanto, fortemente influenciados por condições locais ou regionais. Assim, por exemplo, nos países de clima excessivamente frio os gastos com habitação e aquecimento pesam sobremaneira nos orçamentos. No setor saúde, entretanto, observa-se que os gastos dos diferentes povos guardam estreita relação com a Renda Nacional, evidenciando que todos lhe atribuem a mesma importância, ou seja, mais especificamente, em tôrno de 4% a 6% da Renda Nacional (Quadro I).

Um estudo dos gastos nacionais no setor saúde evidência a existência de valores relativamente constantes, a exemplo do que se consideram valores normais em antropometria e biologia. Assim como se aceitam valores normais para a temperatura do corpo humano, consumo básico de oxigênio, pressão do sangue nas artérias, amplamente usados em medicina e refletindo a uniformidade de comportamento do organismo humano nas mais diversas latitudes, também o comportamento das diversas sociedades ou povos, nos vários países, mostram determinados valores de comportamento sócio-econômico. Por analogia aos valores normais da biologia, pode-se dizer que os valores normais de despesa de um povo com a saúde estão situados entre 4 a 6% da renda total dêsse povo, e que os gastos com "serviços profissionais médicos", se situam pouco abaixo de 1% da Renda Nacional (Quadro II).

QUADRO I

GASTOS COM SAÚDE EM RELAÇÃO A RENDA NACIONAL, EM ALGUNS PAÍSES

País	Ano	Renda Nacional em milhões na moeda nacional	Porcentagem da Renda Nacional, gasta no setor saúde
Brasil (1)	1949	180.000	6,1
	1964	14.500.000	—
Países Baixos (2)	1953/55	26.900	4,4
França (2)	1952	103.500	5,0
Canadá (3)	1960/1	36.877	5,8
Ceilão (3)	1957/8	5.725	4,0
Inglaterra e País de Gales (3)	1960/1	20.370	4,7
Israel (3)	1959/60	4.716	5,1
Suécia (3)	1956	49.106	4,7
EE.UU. (3)	1960/61	522.500	5,5

Fontes:
(1) Para 1949, vêr referência bibliográfica n.º 10
(2) Ver referência bibliográfica n.º 12
(3) Ver referência bibliográfica n.º 21

Nota:
O que se inclui como gastos com o setor saúde pode variar ligeiramente de um país para outro, sendo, porém sempre excluídas as despesas com alimentação.

QUADRO II

RENDA DA PROFISSÃO MÉDICA EM RELAÇÃO À RENDA NACIONAL EM ALGUNS PAÍSES

País	Ano	Renda Nacional em milhões na moeda nacional	Porcentagem da Renda Nacional, gasta com médicos
Brasil (1)	1949	180.000	0,92
	1964	14.500.000	1,00 (5)
Inglaterra (2)	1949	11.060	1,00
Canadá (3)	1960/1	36.877	0,94
Países Baixos (4)	1953/55	26.900	0,95
França (4)	1952	103.500	0,91
Suiça (4)	1944	12.524	0,76
México (4)	1953	50.000	0,70

Fontes:
(1) Em 1964, o percentual da Renda Nacional auferido pela profissão médica foi estimado; para 1949, ver referência bibliográfica n.º 10.
(2) Ver referência bibliográfica n.º 8
(3) Ver referência bibliográfica n.º 21
(4) Ver referência bibliográfica n.º 12
(5) por hipótese.

QUADRO III

GASTOS TOTAIS BRUTOS COM ASSISTÊNCIA MÉDICA, HOSPITAIS (MANUTENÇÃO E CONSTRUÇÃO), MÉDICOS DENTISTAS E MEDICAÇÃO, EM PORCENTAGEM DA RENDA NACIONAL, EM ALGUNS PAÍSES

Países	Período	Assistência médica total	HOSPITAIS		Médicos clínicos, inclusive os dos hospitais	Dentistas	Remédios e curativos
			Manutenção inclusive drogas	Construção			
Bélgica	1952/4	4,06	1,5	0,22	0,83 (a)	0,11 (a)	0,82
Canadá	1952/4	4,41	2,12	0,62	0,99	0,29	0,49 (b)
Dinamarca	1952/4	3,67 (a)	1,88	0,23	0,76	0,38	0,36
França	1952/4	4,43	2,07	—	0,87	0,31 (a)	1,18
Inglaterra	1952/4	4,43	2,01	0,07	0,68	0,22	0,34
Nova Zelandia	1952/4	4,56 (a)	2,19	0,60	0,82 (a)	0,53 (a)	0,40
Noruega	1952/4	4,52	1,90	0,31	0,56	0,51	0,77
Países Baixos	1952/4	3,76	1,43	—	0,91	0,32	0,52
Italia	1952/4	3,83	1,84	0,13	0,80	0,22	0,95
Estados Unidos	1952/4	4,48	1,94	0,22	0,94	0,31	0,53
Alemanha	1952/4	4,30	2,48 (c)	—	1,02	0,56	0,83
Ceilão	1959	4,73	2,1	0,22	0,66	0,03	1,08
Israel	1959	5,26	2,6	0,58	1,09	0,24	0,7
Suécia	1959	5,03	3,3	0,46	0,95	—	0,7
Tchecoslovaquia	1959	3,45	1,37	0,29	0,47	0,05	0,68
Brasil	1949	5,3	0,81	—	1,0	0,45	2,08 (d)
Média aproximada	—/—	4,4	2,0	20% (e)	0,83	0,31	0,73

Fontes: Para 1949, ver referência bibliográfica n.º 10.
Para 1952/4, ver referência bibliográfica n.º 12.
Para 1959, ver referência bibliográfica n.º 1.

Notas: (a) Não inclui todos os gastos
(b) Entre 1960 e 1962, a produção interna de medicamentos foi de 1,6% da Renda Nacional.
(c) Inclui os gastos de construção.
(d) Inclusive gastos em hospitais, calculados entre 10% e 20%.
(e) Estimado em 20% dos gastos com manutenção de hospitais.

NÚMERO DE MÉDICOS E RENDA NACIONAL

A Renda Nacional líquida do Brasil no ano de 1964 foi calculada pela Fundação Getulio Vargas em 14,5 trilhões de cruzeiros. Admitindo que os médicos que vivem do exercício da profissão recebem, em conjunto, 1% dessa renda, a remuneração total da classe, no ano passado, teria sido de 145 bilhões de cruzeiros. Aceitando que o número de médicos em atividade fosse de 31.100, extrapolação dos dados de 1949 e 1959 (quadro IV), a renda média "per-capita" dos médicos teria atingido a aproximadamente 400 mil cruzeiros mensais, auferida de atividades profissionais.

QUADRO IV

RENDA NACIONAL, POPULAÇÃO, NÚMERO DE MÉDICOS E DE LEITOS HOSPITALARES NO BRASIL, EM VÁRIOS ANOS

Discriminação	1949	1959	1964
Renda Nacional (em dólares dos EE.UU. (a)	177	121	120
Taxa média de conversão do dolar papel em cruzeiros	18,72	165	1.500
População (em milhões (b)	51,05	69,8	80,1
Total de Médicos (c)	19 135	27 111	31 100
Médicos por 1.000 habitantes	0,374	0,389	0,389
Total de leitos (d)	163 335	226 237 (e)	242 907 (e)
Leitos totais por 1.000 habitantes	3,20	3,24	3,03
Leitos de curta permanência por 1.000 habitantes	1,89	1,91	1,79
Leitos de curta permanência por médico (e)	5,05	4,9	4,7
Leitos totais por médico	8,5	8,3	7,8

Fontes:
(a) Ver referência bibliográficas n.ºs 10, 2 e 14.
(b) Estimativas baseadas nos censos demográficos nacionais.
(c) Ver referências bibliográficas n.ºs 10 e 7.
(d) Ver referências bibliográficas n.ºs 10 e 2.
(e) Estimativas.

Pode-se então fàcilmente concluir que: **se a renda dos médicos no país estiver realmente muito próxima daquêle valor limite máximo do sub-setor "serviços profissionais médicos", ou seja 1% da Renda Nacional, um incremento do número de médicos mais rápido que o aumento da Renda Nacional, deverá resultar em redução do valor da remuneração média dos médicos.**

É assim evidenciado que o aumento do número de médicos não implicará necessàriamente no aumento dos gastos globais do povo com serviços médicos, enquanto a renda média dêsse povo não aumentar. Haverá apenas uma redistribuição da quantia disponível para tais despesas por um número maior de profissionais.

Pode concluir-se, por igual, que: **um aumento percentual de médicos** maior do que o c'escimento da Renda Nacional, induzirá ao abandono da profissão ou a migração para outro país.

Não se cogita, na espécie, de mera especulação teórica. No Paraguai, por exemplo, o número de médicos formados anualmente, é proporcionalmente superior à elevação da Renda Nacional e, em consequência, dá-se a migração de médicos paraguaios para os países visinhos, onde a relação número de médicos Renda Nacional se mostra mais favorável. Fenômeno análogo se verifica na India, no Paquistão e na Inglaterra, países que perdem médicos em favor dos Estados Unidos, Canadá e outros, onde o progresso econômico tem sido mais rápido do que o aumento da produção de médicos.

Ainda de igual natureza é o fenomeno verificado entre nós com médicos e outros profissionais da saúde, formados nas regiões de baixo coeficiente de desenvolvimento econômico, que não conseguem manter os profissionais que produzem, perdendo-os para as regiões mais prósperas, como sejam os Estados do Sul e Centro Oeste.

O estudo da remuneração da classe médica, em diversos países, revela que, exceto em situações particularíssimas, a renda média do médico nunca é superior a 30 vêzes a renda média "per capita" do país. Na medida em que o número de médicos se aproxima de 1 por 1.000 habitantes, a renda média do médico tende a diminuir em relação à renda média da população geral (Quadro V). Existe, pois, uma correlação entre o número de médicos em atividade e a Renda Nacional.

Outro fator limitante pode ser observado no estudo da situação referente a 20 países (Quadro VI), onde não se encontra um caso sequer, no qual a relação seja inferior a 250.000 dolares da Renda Nacional por médico, valor êsse que poderia ser tomado como um limite mínimo.

No Brasil, em 1959, a relação era de um médico para 350 mil dólares da Renda Nacional. Assim, teòricamente, poderia ser tentado o incremento do número de médicos até atingir o limite referido, ou sejam 250 mil dólares por médico. Isso importaria na redução da

renda média do médico brasileiro, atualmente estimada em 400 mil cruzeiros mensais. Ressalta-se que tal diretriz determinaria, sem dúvida, um aumento da taxa de evasão do exercício da prática médica.

MÉDICO E LEITOS HOSPITALARES

Os leitos hospitalares necessitam da atuação dos médicos para preencherem suas finalidades específicas. Seu total é condicionado pelo número de médicos. Tôda vez que a relação médicos-leitos hospitalares se torna inadequada é inevitável a transformação de leitos hospitalares em meros leitos de abrigo ou asilo. Se, como já ficou demonstrado, o número de médicos que o Brasil pode manter é limitado pela Renda Nacional, o número de leitos hospitalares também será nessa dependência. A análise da distribuição de médicos e leitos hospitalares pelas diversas regiões (Quadro VII), demonstra que a situação não difere substancialmente do que ocorre em outros países, mantendo-se vinculada à variação geográfica da Renda Nacional.

Na região Norte-Oeste, por exemplo, onde se encontra o menor percentual de médicos, como era de se esperar, observa-se a menor percentagem de leitos hospitalares, enquanto que nos Estados da Guanabara, São Paulo e Rio de Janeiro, onde existe a maior concentração de médicos, ocorre igualmente a maior concentração de leitos hospitalares. **Resulta evidente que não adianta construir mais hospitais, nem ampliar os existentes, se não houver número suficiente de médicos para tratar dos doentes que nele serão internado**

QUADRO V

RAZÃO ENTRE RENDA MÉDICA "PER CAPITA" DA POPULAÇÃO E RENDA MÉDIA "PER CAPITA" DOS MÉDICOS, NA MOEDA DO RESPECTIVOS PAÍS

País	Ano	Renda Media anual **per capita** da população	Renda Media anual **per capita** dos médicos	Razão entre as rendas médias **per capita** dos médicos e da população
Brasil (1)	1949	3.300	87.000	26
	1964	181.000	4.700.000	29 (a)
Grã Bretanha (2)	1949	202	2.200	11
Ghana (3)	1961	67	2.570	48 (b)
Países Baixos	1953/55	2.540	24.750	10
França (4)	1952	2.350	22.900	9
Suíça (4)	1944	2.870	28.703	10
México (4)	1953	1.790	27.500	14

Fontes:
(1) Para o Brasil, em 1949, ver referência bibliográfica n.º 10.
(2) Ver referência bibliográfica n.º 8.
(3) Ver referência bibliográfica n.º 16.
(4) Ver referência bibliográfica n.º 12.

Nota:
(a) Na hipótese de os médicos obterem 1% da Renda Nacional.
(b) Médicos estrangeiros, no país, sob contrato limitado. Para os poucos médicos nacionais, a razão é 28.

QUADRO VI

RENDA NACIONAL E LEITOS HOSPITALARES POR MÉDICO EM DIVERSOS PAÍSES

País	Ano	Renda Nacional (em dólares) por médico (a)	Leitos Hospitalares por médico (b)
Perú	1948	250.000	6
Portugal	1948	272.000	6
México	1948	320.000	3
Argentina	1948	340.000	3,7
Chile	1948	390.000	9
Tchecoslováquia	1948	400.000	9
Colômbia	1948	410.000	10
Irlandia	1951	480.000	17
Brasil	1959	315.000	9,3
Índia	1948	530.000	1,6
França	1948	600.000	7
Rodésia do Norte	1948	700.000	26
Porto Rico	1948	760.000	12
Nova Zelandia	1948	800.000	9
Ceilão	1959	800.000	36
Estados Unidos	1948	2.050.000	7
Filandia	1960	1.150.000	15
Marrocos	1948	1.500.000	15
Vietnam	1960	3.150.000	41
Alto Volta	1960	3.500.000	22

Fontes:
(a) Ver referência bibliográficas n.ºs 7, 10 e 17
(b) Ver referencias bibliográficas n.ºs 7 e 10

É interessante ressaltar que na Tchecoslováquia, Israel, Suécia, Inglaterra, como nos Estados Unidos o custo do leito-dia oscila em tôrno de cinco vêzes a Renda Nacional "per capita". Se essa observação for aplicada ao Brasil, o custo do leito-dia de Hospital Geral será de, aproximadamente, US$ 1,65. Não obstante, tal valor deve ser considerado sob reserva, tendo em vista que foi estimado com base em observações limitadas e não encontra justificação teórica. Outro aspecto merecedor de atenção refere-se à classificação dos leitos hospitalares em leitos de curta e longa permanência. Êsses últimos, leitos para mentais crônicos, geriátricos, leprosos, tuberculosos crônicos, etc., necessitam menos médicos por leito e exercem influência muito menor sôbre o nível de saúde. Logo, sendo seu rendimento mais baixo, devem ser situados em escala prioritária inferior aos leitos de curta permanência, sobretudo nos países em desenvolvimento.

De um modo geral, nos países desenvolvidos a cada médico correspondem 5 leitos de curta permanência e 5 de longa permanência, refletindo um atendimento satisfatório. Há ainda a assinalar, nêsses países, a tendência de reduzir o número de leitos hospitalares à disposição da população sem baixar o número de médicos.

Na Inglaterra, prevê-se entre 1960 e 1975, uma redução dos leitos de curta permanência de 4,45 para 4 e dos leitos mentais de 5,9 para 4,5 por mil habitantes. Com isso a razão leitos de curta permanência por médico baixará a 4 por 1. Em vista dessa tendência, não se justifica tomar com base a razão mais elevada, ou seja a de 5 por 1.

Aplicando-se essas proporções, o Brasil, com 31.100 médicos, poderia manter entre 124.400 e 155.500 leitos de curta permanência. Na realidade, para 1964, estima-se em 145.7500 os leitos de curta permanência, na base de 4,7 leitos por médico, o que já constituiria uma proporção bastante razoável.

Ao se apreciar a situação no Brasil, atribuíu-se às despesas com médicos e valor máximo encontrado para a relação dessa despesa com a Renda Nacional.

Se for feito o mesmo para leitos hospitalares, para medicamentos, etc., ter-se-ão todos os gastos com o Setor Saúde calculados aos valores máximos encontrados no mundo, o que constituiria uma aberração. A despesa máxima de um país com um dêsses sub-setores é geralmente compensada por um valor correspondente mais baixo em outros. De outra forma, o teto de 6% da Renda Nacional destinado ao Setor Saúde seria ultrapassado, pois que o Setor inclui ainda as despesas com assistência odontológica, próteses diversas e atividades de saúde pública.

Além do mais, os países em desenvolvimento não podem permitir gastos excessivos com manutenção de leitos hospitalares — um dos

Nestes leitos a nação despenderá recursos sem qualquer proveito e e até em prejuízo do desenvolvimento do país.

Se no Ceilão, por exemplo, a relação de leitos hospitalares por médico é quatro vêzes maior de qua a existente no Chile, pode-se concluir desde logo que naquêle país asiático os serviços hospitalares são muito menos eficientes (Quadro VI). O custo de manutenção do leito de hospital geral é baixo no Ceilão (US$ 1,50) quando comparado com o do Chile (US$ 5,10), confirmando a diversidade dos padrões operacionais.

componentes mais caros do sistema de proteção da saúde — porque neles predominam em geral doenças de massa, que podem ser prevenidas ou tratadas fora do hospital. Os gastos com medicamentos atingem neles elevadas proporção na despesa com saúde, embora se saiba que muita gente deixa de se tratar adequadamente pela insuficiência de recursos para a compra dos remédios prescritos.

Em estudos de Martinus Pawel, o Brasil teria gasto, em 1949, 0,81% da Renda Nacional com a manutenção dos leitos hospitalares existentes. Naquele mesmo ano, outros países mais desenvolvidos gastaram, no mesmo sub-setor, entre 1,4 a 2% da Renda Nacional. Existem países sub-desenvolvidos que gastavam menos. Mas, se para efeito de raciocínio, fôr admitido que o Brasil tivesse dispendido, em 1964, na mesma proporção (1,4%) que a Bélgica e a Tchecoslováquia, teria gasto 203 milhões de cruzeiros. Dêste total cêrca de 25% teria sido consumido com a manutenção dos leitos de longa permanência, restando assim 75%, correspondendo a 152 bilhões e 250 milhões de cruzeiros para os leitos de curta permanência. O custo do leito-dia teria sido de 2.920 cruzeiros equivalentes a 1,95 dólares.

Aos valores máximos de 2% da Renda Nacional, tais somas seriam elevadas respectivamente a 290 bilhões de cruzeiros por ano e a 4.090 cruzeiros por leito-dia, equivalente a 2,72 dólares. Nêste ano, entretanto, o valor médio do leito-dia pago pelo IAPC nos hospitais de curta permanência foi de 5 mil e duzentos cruzeiros. Ao estudioso dêsses assuntos, parece evidente que não se está em condições de manter nossos hospitais no mesmo nível médio daqueles encontrados nos países desenvolvidos econômicamente.

Hospitais de padrão razoável, como o da Santa Casa de Santos e o Hospital do IAPC de São Paulo, tiveram, em 1962 a 1964, um custo de leito-dia de, aproximadamente, 4 dólares. O Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo e outros de padrão equivalente, de 8 a 14 dólares.

O Hospital dos Servidores do Estado, na Guanabara, apresentou, no mesmo ano, custo superior à média observada nos Estados Unidos, enquanto que numerosos hospitais do interior têm o custo do leito-dia inferior a 1 dólar. Êsse desnível de custo do leito-dia traduz, de certo modo, diferença de padrões operacionais. Essa variação no custo hospitalares e, consequentemente, elevada dos leitos de padrões técnicos, não é observada na Inglaterra. Naquele país, o padrão operacional é de tal modo uniforme, que o custo dos hospitais de ensino é apenas 20% superior ao custo médio dos demais. Entre nós, se fôr tomado como modêlo o Hospital da Santa Casa de Santos e partindo do pressuposto que ali são adotadas as medidas objetivando conter a elevação do custo de produção dos seus serviços em 1,5% da Renda Nacional, só seria possível manter naquele padrão 70% dos leitos hospitalares ora instalados. Se essa disponibilidade se reduzisse de 1,5 para 1,05% da Renda Nacional, seria necessário diminuir 50% dos leitos hospitalares do país para mantê-los nos níveis operacionais do Hospital da Santa Casa de Santos.

Acresce que, devido aos constantes avanços tecnológicos, o custo de manutenção dos leitos hospitalares têm-se elevado substancialmente nos últimos anos. Isso ocorre independentemente da elevação do custo de vida, pois que é observado mesmo nos países de moéda estável. É o que se verifica nos Estados Unidos onde o custo do leito-dia, no Hospital Geral, subiu de 8,31 dólares em 1945 para 35,60 dólares em 1959. Na Grã Bretanha a elevação foi de 4,35 dólares em 1949 para 13 a 14 dólares em 1959. Em nosso meio, o custo do leito-dia no Hospital das Clínicas de São Paulo subiu de 7,50 dólares em 1949 para 8,20 dólares em 1962 e a aproximadamente 10 dólares em 1964.

A elevação do custo operacional deve, entretanto, resultar em uma redução de tempo médio de permanência dos doentes e, consequentemente, no aumento da capacidade de atendimento à população. Assim é de concluir-se que, a melhoria dos hospitais existentes não só deve corresponder a um aumento de eficiência, na recuperação dos doentes, como a uma ampliação da capacidade de atendimento, sem necessidade de novas construções de hospitais.

HOSPITAL E PROTEÇÃO DA SAÚDE

Está hoje amplamente comprovado que a proteção da saúde de uma comunidade depende de uma ação social organizada que permite criar um ambiente favorável para o homem e estabelecer uma rêde de instituições de prevenção, tratamento e reabilitação.

Segundo Mckeown, "A melhora acentuada da saúde é devida principalmente, não ao que ocorre quando adoecemos, mas ao fato de que não adoecemos. E a principal razão de não adoecermos está em vivermos num ambiente melhor. É aos serviços e à tendência favorável do padrão de vida que devemos em grande parte a melhor saúde que desfrutamos . . ."

O hospital representa importante instrumento de que a ação social organizada pode se valer para a proteção da saúde das comunidades; não obstante, deve-se aqui ressaltar que êle é apenas um dentre muitos outros.

Torna-se assim evidente a necessidade de planejar para todo o setor saúde, e não apenas em termos de assistência médica e hospitalar.

No planejamento, será necessário selecionar os campos de aplicação dos recursos disponíveis com critério que leve em conta a diferença de rentabilidade social dos investimentos.

QUADRO VII

RENDA "PER CAPITA" E DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO, DOS MÉDICOS E DOS LEITOS HOSPITALARES, DE ACÔRDO COM CERTAS REGIÕES BRASILEIRAS

Regiões	Renda **per capita** (US$) (a) em 1957	Participação percentual na formação da Renda Nacional	Distribuição percentual: Dos médicos existentes em 1958 (b)	Distribuição percentual: Dos leitos hospitalares existentes em 1957 (b)	Distribuição percentual: Da população (b) em 1957
Nordeste	45	8,5	9,7	11,2	24,4
Norte e Oeste	120	6,6	4,7	5,8	7,2
Estados da Guanabara, S. Paulo e Rio de Janeiro	243	49,6	49,3	45,4	26,8
Restante das Regiões Leste e Sul	111	35,3	36,3	37,5	41,6
Brasil todo	130	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fontes: (a) Ver referência bibliográfica n.º 3
(b) Ver referência bibliográfica n.º 2

PERSPECTIVA PARA O FUTURO

Se o aumento do número de médicos — e, consequentemente, do de leitos hospitalares — depende do crescimento da Renda Nacional, como se mostrou anteriormente, a melhora imediata da saúde do povo brasileiro, ficará na dependência: 1.º) da mobilização eficiente de recursos capazes de tornar seu ambiente mais favorável; 2.º) da obtenção de maior produtividade da rêde de instituições de prevenção, tratamento e reabilitação, já existente.

No que se refere ao primeiro fator, deve-se destacar, por exemplo, o valor da transformação da parte física do ambiente, por intermédio do saneamento.

No que diz respeito ao segundo ,há muito o que fazer no sentido de corrigir o enorme disperdício que se observa quando diversos orgãos executam programas semelhantes nas mesmas áreas, sem qualquer coordenação; de permitir a aplicação em massa de recursos profiláticos de alta eficiência e baixo custo; de incluir novos métodos e técnicas de valor comprovado na rotina de trabalho de hospitais e centros de saúde; de anular a capacidade ociosa da mão-de-obra, equipamento e instalações existentes; de melhorar a qualificação do pessoal.

Poder-se-á então afirmar que o nível de saúde possível para o povo brasileiro será aquêle que for obtido, mediante a mobilização eficiente de recursos para a melhora de seu ambiente físico, biológico e sócio-econômico, e pela utilização de uma rêde de instituições de prevenção, tratamento e reabilitação compatível com seu nível de desenvolvimento econômico.

CONCLUSÕES: —

1. Não dissociar os planos de saúde do planejamento global econômico.

2. Nos planos setoriais, considerar, para cada região geoeconômica, os investimentos que possam produzir maior e mais rápida rentabilidade social, beneficiando ao maior número de pessôas com menores dispêndios.

3. Considerar o planejamento hospitalar não dissociável dos demais planos de saúde, vinculado ao crescimento da Renda Nacional e Regional, aos coeficientes regionais de morbidade e às disponibilidades de pessoal profissional e técnico.

4. Atribuir prioridade à formação do pessoal de saúde, fator fundamental para a dinamização e melhoria dos recursos assistênciais instalados.
5. Considerar a melhoria de eficiência dos hospitais existentes com prioridade sôbre a construção de novos hospitais.
6. Em termos de planejamento hospitalar, a única opção válida na atual conjuntura consistirá na elevação da rentabilidade dos leitos hospitalares existentes, a traduzir-se, entre outros indicadores, pelo aumento da taxa de ocupação, pela diminuição do tempo médio de permanência e pela redução da mortalidade hospitalar.

RESUMO: —

Nêste trabalho, os autores estudam o porcentual da Renda Nacional gasto no setor saúde em vários países, verificando que o mesmo varia entre 4% e 6% para todo o setor, e em torno de 1% para o "serviços profissionais médicos".
A regularidade com que se apresentam êsses valores, independente do grau de desenvolvimento econômico atingido pelos respectivos países, parece refletir o reconhecimento não só da relativa importância atribuida ao setor bem como de certo modo das necessidades de saúde sentidas por esses povos.
A Renda Nacional líquida no Brasil, em 1964, foi estimada em 14,5 trilhões de cruzeiros. Admitindo que a classe médica tivesse auferido 1% dessa renda, teria sido aproximadamente 400 mil cruzeiros a renda média mensal do profissional brasileiro.
Os autores concluem que se a renda total dos médicos no Brasil estiver muito próxima de 1% da Renda Nacional, um incremento do número de médicos mais rápido que o aumento da Renda Nacional deverá resultar em redução do ganho médio dêsses profissionais, o que certamente induzirá ao abandono da profissão ou à migração para outros países.
Por outro lado, partindo do princípio de que os leitos hospitalares necessitam da atuação do médico para preencherem suas finalidades específicas, o Brasil, com 31.100 médicos, poderia manter em tôrno de 145.700 leitos de curta permanência, na base de 4,7 leitos por médico. Concluem, portanto, que na atual conjuntura brasileira, não adianta instalar novos hospitais nem ampliar os existentes, se o crescimento da Renda Nacional não permitir ao país manter maior número de médicos.
Admitindo ainda mais que, em 1964, o Brasil tivesse aplicado 1,05% da Renda Nacional para a manutenção dos leitos hospitalares existentes, os 145.700 leitos de curta permanência teriam de ser reduzidos em 50% para atingir ao nível operacional equivalente ao de um hospital de razoável padrão, como o da Santa Casa de Santos, no Estado de São Paulo, por exemplo.
Os autores, considerando que a proteção da saúde de uma comunidade depende de ação organizada que permite criar um ambiente favorável para o homem e estabelecer uma rêde de instituições de prevenção, tratamento e reabilitação, concluem ser necessário planejar para todo o setor saúde e não apenas em têrmos da assistência médica e hospitalar. Admitem, ainda, que o nível de saúde possível para o povo brasileiro será aquele que for obtido mediante mobilização eficiente de recursos para a melhora de seu ambiente físico, biológico e sócio-econômico e pela utilização de uma rêde de instituições de prevenção e tratamento compatível com seu nível de desenvolvimento econômico.

SUMMARY - ECONOMIC LIMITATIONS OF HOSPITAL CARE IN BRAZIL

In this paper, the authors study expenditures on health care as a percentage of Gross National Product in several countries, showing that they vary between 4% and 6% for the health sector as a whole, and around 1% for physicians' services.
The regularity with which these percentages occur in countries with different degrees of economic development seems to reflect the relative importance attributed them to the health sector and may be taken as an indicator of their health demands.
In 1964 the net National Product in Brazil was estimated at Cr$ . . 14.500.000.000,000. If expenditures on physicians' services amounted to 1% of this total the per capita income of Brazilian physicians could be estimated at Cr$ 400.000 por month in that same year.

Therefore the conclusion may be arrived at that, if Brazil can devote at the most 1% of total national output to pay for physicians'services, and if the number of physicians increase at a more rapid pace than the G.N.P. there will be a reduction in the monthly per capita income of Brazilian physicians. In this case they will be forced to give up medical practice or migrate to other countries in large numbers.
On the other hand, there is an evident relationship between the number of hospital beds and the number of physicians. Therefore Brazil with 31,100 physicians will be in a position to maintain approximately 145,700 hospital beds for short stay patients, if the ratio of 4,7 such beds per physician is acceptable. On the basis of this information it becomes apparent that it will be useless to build new hospitals or to expand the existing ones if Brazil's G.N.P. will not increase correspondingly in order that the country may support a larger number of physicians.
The authors also estimate that if Brazil had spent 1,05% of its G.N.P. on hospital services in 1964, a reduction of 50% in its 145,700 beds for short stay patients would have to be made in order to reach the reasonable operation level of the "Santa Casa de Santos" Hospital.
Considering that community health protection depends on an organized social action that tends to create a healthier environment and o estabelish a network of preventive, treatment and rehabilitative services, the authors conclude that it is imperative to plan for the whole health sector and not for hospital and medical care alone. Finally, they assume that in planning an adequate level of health for the Brazilian people we must strive for the most effective utilization of the national resources in order to improve its physical, biological and socio-economic environment and employ a network of preventive, treatment and rehabilitative services that the country is capable of rendering according to its degree of economic development.

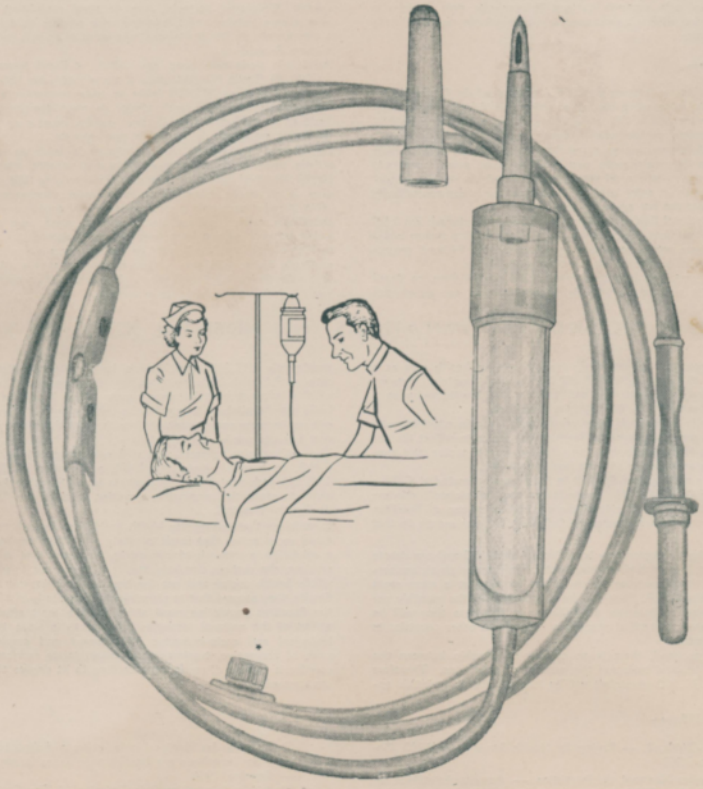
BIBLIOGRAFIA: —

1) Abel-Smith, B. — Paying for Health Services — WHO, Genebra 1963
2) Conselho Nacional de Estatística — Anuário Estatístico do Brasil, Ano XXV (e anteriores) — IBGE, Rio de Janeiro 1964
3) Conselho Nacional de Geografia — Atlas do Brasil — IBGE, Rio de Janeiro, 1960
4) Donke, H. R. e outros — Am. J. Pu He. Liv, 5.729, maio 1964
5) Gentile de Mello, C. — Saúde e desenvolvimento econômico, Rio de Janeiro 1962
6) National Health Service — A Hospital Plan for England and Wales — H. M. Stationery Office, London 1962
7) Organização Mundial da Saúde — Annual Vital and Epidemiological Statistics — Ano 1960 (e anteriores) — WHO, Genebra 1963
8) Pawel, M. — Report on Observation of the National Health Service in Great Britain — British Council, Londres 1951 (edição mimeografada).
9) Pawel, M. — Health Insurance in the Netherlands — Ministério de Assuntos Sociais, Haia 1951 (edição mimeografada).
19) Pawel, M. — Bases para discussão da Estatização da Medicina no Brasil — São Paulo 1953.
11) Pawel, M. — The use of Statistics in Health Planning — Conferencia das Nações Unidas sôbre a Aplicação da Ciência e da Tecnologia em Benefício de Áreas Subdesenvolvidas — Genebra 1963
12) Repartição Internacional do Trabalho — The Cost of Medical Care — ILO, Genebra 1959
13) Repartição Internacional do Trabalho — The Cost of Social Security 1949-54 — ILO, Genebra 1958
14) Heller, F. — Atualidade Econômica — O Estado de São Paulo, de 29-10-1964, página 24
15) Fairbarn, D. G. — A National Hospital Service — Symposium on Hygiene and Sanitation in Relation to Housing — CCTA, Niamey 1961, página 239 ss.
16) R. Oswald — National Income in Ghana — Bureau of the Government Statistician, Accra 1962, e dados colhidos pessoalmente.
17) Statistical office of the U. N. — Statistical Yearbook 1951 e ulteriores, United Nations, New York
18) Conjuntura Econômica, XIX, 4.100, abril 1965
19) J. Sady Netto — A Santa Casa de Santos e o problema da Assistência Hospitalar do Estado de São Paulo — Rev. Paul. Hosp. XI, 7 14 julho 1963
20) O Médico Moderno — Outubro 1964 — página 37
21) Government of Canada. Royal Commission on Health Services, 1964 Vol. 1
22) Mckeown, Thomas, The Next Forty Years in Public Health. Population Studies, Março, 1964

EQUIPOS PLÁSTICOS ESTERILIZADOS
PARA:
TRANSFUSÃO DE SANGUE.
SOLUÇÕES PARENTERAES.
COLETA DE SANGUE.

BOLSAS PARA COLOSTOMIA.

BOLSAS COLETA DE URINA ADULTO.
BOLSAS COLETA DE URINA INFANTIL.
BOLSAS PLÁSTICAS PARA CIRURGIA.



CONEXÃO TIPO ROSEMBERG PARA APLICAR CONCOMITANTEMENTE ANESTÉSICOS E REMÉDIOS

ROSSIFIL

INDÚSTRIA PRODUTOS PLÁSTICOS LTDA.

RUA DOS CAMPINEIROS, 222 — FONE: 93-4968 — SÃO PAULO

REGISTRADO

SERVIÇO DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL SOB N.º 26.511
SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA SOB N.º 1.275

Dr. NEMÉSIO BAILÃO
Diretor da Divisão Médica do Hospital do Servidor Público Estadual

V — PARTE
(a 1.a parte foi publicada no n.º 23 e as demais nos números subsequentes)
Engenheiro e Assistente Técnico de Máquinas Santo André — Isshiki e Cia.

VIII — DROGAS DE AÇÃO NO APARELHO RESPIRATÓRIO

VIII — I — BRONCO DILATADORAS

VIII-I - 1 TEOFILINA	0,13 g	FRANOL
Sulfato de efedrina	0,015 g	WINTHROP
Fenobarbital	0,0008 g	
Tenfidil	0,01 g	(comprimidos)
Excipiente....	q.s.	
Para 1 comprimido — Md.		

VIII - I 2 PREDNISONA	1,5 mg	
Cloridrato de efedrina	10,0 mg	ASMOSEDIL
Fenobarbital	10,0 mg	SARSA
Teofilina	80,0 mg	(comprimidos)
Excipiente	q.s.	
Para 1 comprimido — Md.		

VIII I - 3 EFETONINA	0,20 g	
Dionina	0,04 g	
Xarope de tonilho composto q.s.p.	100,00 cm3	EFETONINA MERCK (xarope)
Crianças menores de 3 anos (uso cauteloso): 1/4 a 1.2 colher de chá 2 a 3 vêzes ao dia; Maiores de 3 anos: 1/2 a 1 colher de chá 2 a 3 vêzes ao dia. Adultos: — 1/2 a 1 colher de sopa 3 a 4 vêzes ao dia.		

VIII-I - 4 AMINOFILINA	0,87 g	"S" 57
Cloridrato de efedrina	0,12 g	(xarope)
Luminal sódico	0,04 g	
Extrato fluido de groselha	10,0 cm3	
Xarope simples	900 cm3	
Criança 1 colher de chá 4 vêzes ao dia.		

VIII-I - 5 CLORIDRATO DE EFEDRINA	25,0 mg	
Teofilina	120,0 mg	
Iodeto de potássio	320,0 mg	"S" 58
Luminal sódico	25,0 mg	
Amido	500,0 mg	(comprimidos)
Talco	60,0 mg	
Para 1 comprimido — Md. Adultos 1 comprimido 4 vêzes ao dia.		

VIII-I - 6 CLORIDRATO DE EFEDRINA	25,0 mg	
Teofilina	120,0 mg	"S" 59
Gardenal	25,0 mg	(supositório)
Manteiga de cacau	3,0 g	
Para 1 supositório — Md.		

VIII-I - 8 CLORIDRATO DE EFEDRINA	25,0 mg	
Teofilina	120,0 mg	
Gardenal	25,0 mg	"S" 60
Amido	500,0 mg	(comprimidos)
Para 1 comprimido — Md. Adultos: 1 comprimido 4 vêzes ao dia. Ver "DROGAS QUE AGEM ATRAVÉS DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO (Aleudrin, Novodren, Adrenalina) e "DROGAS VASODILATADORAS (Aminofilina).		

VIII - II - EXPECTORANTES E BALSÂMICOS

VIII-II - 1 Cada 5 cm3 (1 colher de chá) contém:		
Iodeto de potássio	0,10 g	M.M. EXPECTORANTE
Extrato Fluido de lobélia	0,015 g	LAB. AMERICANO DE
Extrato fluido de Hiosciamus	0,015 g	FARMACOTERAPIA
Propileno glicol	0,20 g	(xarope)
Xarope aromatizado q.s.p.	5,0 cm3	
Md. em vidros de 120,0 cm3 Crianças: de 3 a 5 cm3, 3 a 5 vêzes nas 24 horas. Adultos: 1 colher sôpa 3 a 4 vêzes nas 24 horas.		

VIII-II - 2 IODETO DE CÁLCIO	0,1516 g	
Cloridrato de efedrina	4,1665 mg	DRINECALCI
Nembutal sódico	4,1665	ABBOTT
Mentol	0,8330 mg	(xarope)
Veículo apropriado q.s.p.	5,0 cm3	
Em frasco de 120,0 cm3 Crianças: — 1 a 5 anos: — 1/2 colher de chá cada 2 a 4 Horas De 5 a 12 anos: 1/2 a 1 colher das de chá cada 2 a 4 Horas. Adultos: — 1 a 2 colheres das de chá cada 2 a 4 horas.		

VIII-II - 3 IODETO DE SÓDIO a 10%	10,0 cm3	IODETO SÓDIO 10%
Para 1 ampola — Md. Uso venoso		(injetável)

VIII-II - 4 IODETO DE POTÁSSIO	0,32 g	IODETO DE POTÁSSIO
Excipiente	q.s.	PARKE DAVIS
Para 1 comprimido — Md.		

VIII-II - 5 TRIPSINA CRISTALINA LIOFILIZADA	2,5 mg	
QUINOTRIPSINA CRISTALINA LIOFILIZADA	2,5 mg	AMBOZYM
Acompanha 1 ampola de solvente contendo:		BALSÂMICO RICHTER
Éter guaiacolglicérico	100,0 mg	(injetável)
Cânfosulfonato de sódio	100,0 mg	
Solução a 5% de glicerina hidrolizada	2,0 cm3	
Uso exclusivamente muscular		

VIII-II - 6 Cada colher das de chá (5 cm3) contém:		
Bitartrato de dihidrocodeinona	1,8 mg	
Cloridrato de dietilandiamina	2,5 mg	RECINDAL
Sulfoguaiacolato de potássio	87,5 mg	
Cloreto de amônio	87,5 mg	WINTHROP
Benzoato de sódio	5,5 mg	
Frascos de 120 cm3		(xarope)
Adultos: 1 colher das de chá de 2 em 2 horas. Crianças: 1/2 colher das de chá de 2 em 2 horas. puro ou misturado em água açucarada.		

VIII - III - BEQUICOS

VIII-III - 1 FOSFATO DE CODEINA	0,60 g	FOSFATO DE
Água destilada	20,0 cm3	CADEINA H. S.
(XX gôtas — 30,0 mg) Posologia (adultos): XX gôtas 3 a 4 vêzes nas 24 horas.		(gôtas)

VIII-III - 2 Cada cm3 (XXX gôtas) contém:		
Cloridrato de etilmorfina	0,01 g	
Benzoto de sódio	0,10 g	
Tintura de lobélia	020 cm3	DIOLASA ANDRO-
Tintura de beladona	0,20 cm3	MACO
Tintura de grindélia	0,25 cm3	
Tintura de raiz de acônito	0,15 cm3	(gôtas)
Água de louro-cereja	0,20 cm3	
Frasco com 15 cm3 Crianças menores de 2 anos: 1 a 3 gôtas, 3 a 4 vêzes ao dia. Crianças maiores de 2 anos: 5 a 10 gôtas, 3 a 4 vêzes ao dia. Adultos: 30 gôtas 3 a 4 vêzes ao dia. Uso cauteloso em crianças		

VIII-III - 3 Cada cm3, contém:		
Codeina pura	0,02 g	BELACODIDE
Sulfato de esparteina	0,02 g	CLIMAX
Nitrato de metil homatropina	0,0001 g	(gôtas)
Veículo — q.s.p.	1,0 cm3	
Vidro com 15 cm3		

IX - DROGAS DE AÇÃO NO APARELHO DIGESTIVO

IX-I - EUPEPTICOS

IX-I - 1 ACIDO CLORIDRICO — ACIDO CLORIDRICO DILUIDO H. S.

Agua destilada	5,0 cm3	
	10,0 cm3	

Md. — Tomar X a X gôtas, diluidas em água, após as refeições principais.

IX-I 2 CLORIDRATO DE BETAINA — ACIDOL-PEPSINA BAYER (comprimidos)

Pepsina	0,20 g	
Excipiente	0,15 g	
Para 1 comprimido — Md.	q.s.	

Tomar 2, 3, 4 comprimidos durante as refeições.

IX-I - 3 EXTRATO ESTOMACAL (PEPSINA E CATEPSINA) — PANZINORM LABOFARMA (drágeas)

Pancreatina (tripsina, amilase e lipase)	100,0 mg	
Extrato de bile de boi	95,0 mg	
Concentrado de fator intrin-sêco	40,0 mg	
Excipiente	15,0 mg	
Para 1 drágea — Md.	q.s.	

Tomar 1 a 2 drágeas às refeições, sem mastigar

IX-I - 4 PANCREATINA EM PO' — PANCREATINA (pó)

Prescrever a quantidade desejada)

IX-I - 5 PANCREATINA — TRIPTON LAFI (cápsula)

Pepsina	150,0 mg
Celulase	50,0 mg
Acido deidrocólico	1,0 mg
Vitamina B1 (mononitrato)	25,0 mg
Vitamina B2	5,0 mg
Vitamina B6	2,0 mg
Acido erótico	1,0 mg
Excipiente q.s.p.	10,0 mg
	1 cápsula

IX - II - ANTI-ÁCIDOS E ABSORVENTES

IX-II - 1 CARBONATO DE CALCIO EM PO' — CARBONATO DE CÁLCIO (pó)

(prescrever a quantidade desejada)

IX-II - 2 SUSPENSÃO DE HIDRÓXIDO DE MAGNÉSIO A 9% — LEITE MAGNESIA PHILIPS, LEITE MAGNÉSIA FONTOURA, LEITE MAGNÉSIA MAJER

150,0 cm3

IX-II - 3 SUSPENSÃO COLOIDAL DE GÉL DE HIDROXIDO DE ALUMINIO — PEPSAMAR WINTHROP, ALDROX FONTOURA, WYETH (Suspensão)

Frascos de 240 ou 350 cm3

IX-II - 4 SUSPENSÃO COLOIDAL DE GÉL DE HIDROXIDO DE ALUMINIO + TRISSILICATO DE MAGNESIO — PEPSIMAR OU ALDROX COM TRISSILICATO DE MAGNESIO (Suspensão)

Frascos de 240 ou 350 cm3

IX-II - 5 BROMETO DE PROPANTELINA — GASTROP COMPOSTO PRAVAZ-RICORDATI (drágeas)

Cloridrato de 4-cloro-3 aminobenzoato de dimetilaminoetila	0,015 g	
Fenobarbital	0,010 g	
Aminoacetato básico de aluminio	0,050 g	
Carboximetilcelulose sódica	0,025 g	
Excipiente — q.s.p.	0,530 g	

Para 1 drágea — Md.

Tomar 1 a 2 drágeas cada 4/6 hs.

IX-II - 6 Leite magro em pó — CONTRAZIL DE ANGELI (comprimidos)

Hidróxido de aluminio gél sêco	1,50 g	
Carbonato de cálcio	0,130 g	
Carbonato de bismuto	0,290 g	
Trissilicato de magnésio	0,140 g	
Carragenina	0,135 g	
Sacarose — q.s.p.	0,030 g	
Para 1 comprimido — Md.	2,80 g	

Deixar dissolver lentamente, na bôca, um comprimido cada 1 a 2 horas.

Ver "DROGAS DE AÇÃO ATRAVES DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO (NABLAN, PAMINAL, PAMINE, ETC.).

IX - III - EMÉTICOS

Tanto os de ação central como os de ação periférica estão, atualmente, abolidos da terapêutica-sobretudo a apomórfina que teve grande uso. Para os fins da emêse, devem ser preferidas as manobras mecânicas ou a lavagem gástrica.

IX - III - ANTI-EMÉTICOS

IX-III - 1 BETA-DIMETILAMINO-ETIL-BENZOIDRIL-ÉTER-8-CLOROTEOFILINATO — DRAMIN INSTIT. HORMOQUIMICO E BIOLOGICO (comprimidos)

Brometo de potássio	100,0 mg	
Excipiente	10,0 mg	
Para 1 comprimido — Md.	q.s.	

IX-III - 2 BETA-DIMETILAMINO-ETIL-BENZOIDRIL-ETEL-8-CLOROTEOFILINATO — DRAMIN INSTITUTO HORMOQUIMICO E BIOLÓGICO (supositório)

Brometo de potássio	100,0 mg	
Excipiente	10,0 mg	
Para 1 supositório — Md.	q.s.	

IX-III - 3 BETA-DIMETILAMINO-ETIL-BENZOIDRIL-ETER-8-CLOROTEOFILINATO — DRAMIN - B6 INSTITUTO HORMOQUIMICO E BIOLÓGICO (injetável)

Vitamina B6	50,0 mg	
Veículo	50,0 mg	
Uso muscular e venoso	1,0 cm3	

Quando aplicado por via venosa deve ser diluido em 10 cm3 de solução fisiológica ou glicosada.

Até 4 ampolas nas 24 horas (1 de 6 em 6 horas).

IX - IV - ANTI-DIARREICOS

IX-IV - 1 Cada colher medida (5 cm3) contém: — ENTEROPIRISTINA CARLO ERBA (líquido)

PIRISTINA	4,89 mg
Sulfadiazina	200,0 mg
Sulfato de dihidroestreptomicina	15,29 mg
Caolim	201,79 mg
Pectina	30,58 mg
Veículo	5,0 cm3

Vidros com 50 cm3

Crianças: 1/2 a 2 colheres medidas de acôrdo com a idade, 4 vêzes ao dia.

IX-IV - 2 PIRISTINA — ENTERO-PIRISTINA CARLO ERBA (comprimidos)

Sulfadiazina	0,020 g
Sulfato de dihidroestreptomicina	0,400 g
Caolim	0,050 g
Pectina	0,050 g
Excipiente — q.s.p.	0,010 g
Para 1 comprimido — Md.	0,700 g

IX-IV - 3 NEOMICINA BÁSICA — ENTIBIOS LABOTERÁPICA BRISTOL (comprimidos)

Sulfadiazina	50,0 mg	
Bissulfato de a a-difenil-y-dimetilamino-valeramida (Centrine)	150,0 mg	
Sub-carbonato de bismuto	30,0 mcg.	
Caolim	180,0 mg	
Pectina	200,0 mg	
Excipiente	20,0 mg	
Para 1 comprimido — Md.	q.s.	

Adultos: — 3 a 4 comprimidos 4 vêzes ao dia.

IX-IV - 4 Cada medida do pó, (3,0 g) contém: — ENTIBIOS LABOTERÁPICA BRISTOL (pó)

NEOMICINA BÁSICA	50,0 mg	
Sulfadiazina	150,0 mg	
Centrina	30,0 mg	
Sub-carbonato de bismuto	180,0 mg	
Caolim	200,0 mg	
Pectina	20,0 mg	
Excipiente — q.s.p.	3,0 g	

Crianças: até 2 anos: 1/2 a 1 medida 4 vêzes ao dia 2 a 7 anos: — 1 a 2 medidas 4 vêzes ao dia. 7 a 12 anos, 2 a 3 medidas 4 vêzes ao dia.

Adultos: — 3 a 4 medidas 4 vêzes ao dia.

IX-IV - 5 ATAPULGITA ATIVADA — ATASORB COM NEOMICINA (líquido)

Atapulgita ativada coloidal	10,0 g	
Sulfato de neomicina	3,0 g	
Pectina cítrica com dextrse	1,07 g	
Veículo — q.s.p.	1,0 g	
Adultos: — 2 colheres das de sopa 3 a 4 vêzes ao dia.	100,0 cm3	

IX-IV - 6 SULFAGUANIDINA — GUANIDIVACIN INSTITUTO HORMOQUIMICO E BIOLÓGICO (líquido)

Sulfato de neomicina	5,0 g	
Caolim coloidal	50,0 mg	
Hidróxido de aluminio	10,0 g	
Vacina polidisentérica — q.s.p.	1,0 g	
Crianças: 1 colher das de chá de 2/2 horas.	100,0 cm3	

Adultos: 1 colher das de sopa de 2/2 horas.

IX-IV - 7 Cada colher de chá (5 cm3) contém: — FRAMIDAL TORRES (líquido)

SOFRAMICINA	25,0 mg	
Batus alba (caulim)	1,0 g	
Pectina	22,0 mg	
Veículo saborizado	q.s.	

Vidros com 100 cm3

IX-IV - 8 SUSPENSÃO DE LACTOBACILUS — LEIBA PINHEIROS FERMENTO LATICO

Acidófilos vivos 5,0 cm3

Para 1 frasco-ampola — 1 Md.

Uso oral — Agitar antes de usar

VER "DROGAS DE AÇÃO CONTRA ORGANISMOS EM PARASITISMO" "ANTI-ESPASMÓDICOS", ETC.).

CONTINUA

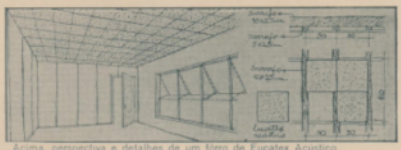
Além do pessoal do escritório, sabe quem mais vai gostar que V. instale um Fôrro Eucatex ?

Êles.

É o barulho das máquinas de escrever e calcular. É o barulho das campainhas e dos telefones. É o barulho das portas. É o barulho de passos ecoando no corredor. É o barulho de vozes. É barulho, barulho, barulho.

Você já percebeu o mal que isto causa à sua saúde? O ruído é responsável pela tensão nervosa — um bom caminho para o enfarte — pela neurastenia, pelo embotamento do cérebro, pela elevação da pressão arterial, fadiga. (Você ainda quer saber mais?)

É por isto, talvez, que ao chegar em casa V. não tem disposição para conversar com seus filhos. Ou para fazer um programa com sua espôsa. É por isto que V. precisa conhecer, com urgência o Fôrro Eucatex. Porque êle absorve até 93% dos ruídos. O ambiente de trabalho fica mais agradável. (Todo mundo vai produzir mais!) Quanto a V., garantimos que vai voltar para casa mais tranquilo, mais bem disposto, bem humorado. Só isto compensaria a instalação de um Fôrro Eucatex. Sem falar na sua beleza decorativa.



Acima, perspectiva e detalhes de um fôrro de Eucatex Acústico

À Eucatex S. A. Indústria e Comércio - Av. Francisco Matarazzo, 530 - Caixa Postal 1663 - São Paulo. Desejo receber mais informes sôbre o Fôrro Eucatex.

Nome: .....

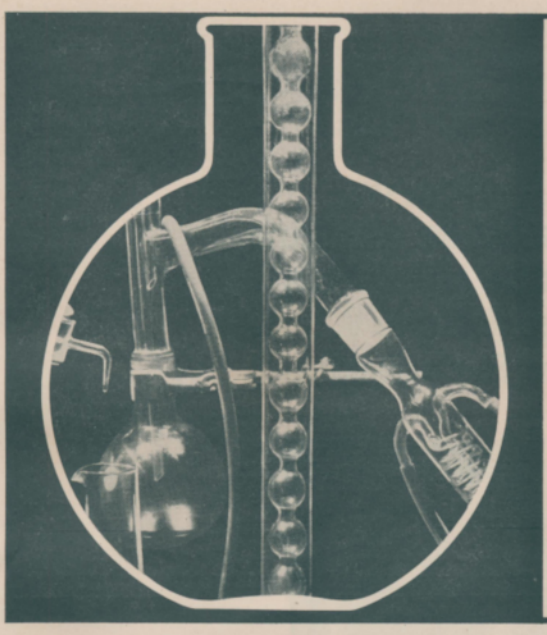
Profissão: .....

Endereço: .....

Cidade: ..... Estado: .....

eucatex

— chapas para tratamento acústico



Pesquisa para lavar melhor!

"SABÃO" já é conhecido há 2.000 anos, mas o que garante uma limpeza impecável são os produtos aperfeiçoados pela evolução da química moderna, que resolvem com rapidez e economia todos os problemas de lavagem.

Henkel

Henkel do Brasil S. A.
Indústrias Químicas
Rua Pedro Américo, 32 - 18.º
Tels:
36-4011 - 37-6721 - 34-4988
Caixa Postal: 1183
São Paulo

VOCÊ DESEJA

EQUIPAMENTO HOSPITALAR

- MODERNO?
- RESISTENTE?
- ESMERADO?
- FUNCIONAL?
- ACESSIVEL?
- DE ALTO PADRÃO?

Consulte

A INDÚSTRIA MECANO CIENTIFICA S. A. — PRODUTOS

MERCEDES IMEC

R. MERCEDES, 101 - LAPA - Fones: 5-0251 e 5-0072 - S. PAULO - BRASIL

NOTICIAS NACIONAIS

CONGRESSO BRASILEIRO DE SERVIÇO SOCIAL

Realizou-se no Rio de Janeiro, de 24 a 29 de outubro p.p., o III Congresso Brasileiro de Serviço Social, com o objetivo de debater o tema "Planejamento para o Bem-Estar Social".
Participaram do Congresso profissionais diversos, entre os quais médicos, assistentes sociais, arquitetos, urbanistas, engenheiros, antropólogos, sociólogos, economistas e educadores.

I — ESTUDO DA REALIDADE

A totalidade dos congressistas na primeira etapa foi distribuida por 7 grupos de estudo, que se reuniram em três sessões, totalizando 8,30 horas de trabalho. As experiências apresentadas foram nos seguintes setores:
1 — Experiências do Campo Médico para o Bem-Estar Social;
2 — Experiências do Setor Agrário para o Bem-Estar Social;
3 — Experiências no Campo do Urbanismo para o Bem-Estar Social;
4 — Experiências de Bem-Estar Social para promoção de elementos a margem do processo de Desenvolvimento;
5 — Experiências de Bem-Estar Social no Campo da Empresa e da Mão de Obra;
6 — Experiências de lazer para o Bem-Estar Social; e
7 — Experiências de educação para o Bem-Estar Social.

II — ESTUDO DAS POSSIBILIDADES

Após o relato e debate das experiências brasileiras no campo do Bem-Estar Social e arrolamento dos resultados positivos e negativos, passou-se a segunda etapa, da qual participaram 3 Grupos de Debate. Foi feito arrolamento das sugestões encontradas ou indicadas para sanar os problemas diagnosticados e arrolamento das medidas cujos resultados foram satisfatórios.

III — INDICAÇÕES DE DIRETRIZES

Na terceira etapa o trabalho do plenário proseguiu numa Sintese da Politica de Planejamento Social Adequada.

CONCLUSÕES DE NIVEL TECNICO DO GRUPO MEDICO

Preambulo

O Serviço Social Médico é o trabalho social efetuado em relação à Medicina Preventiva e Curativa.
Neste campo age o assistente social, como parte integrante do trabalho de equipe cooperando com o médico, enfermeiras e demais técnicos, cabendo entretanto a liderança ao primeiro.

Conclusões

1 — Observação comum apresentada em todos os trabalhos foi a da deficiência do numero de técnicos em tôdas as equipes.
2 — Observou-se como ponto importante a valorização da pessoa humana pela equipe de Saúde.
Foi sentida a necessidade de que todos os membros da equipe dêem o devido valor aos fatores físico, emocional social, econômico e cultural do paciente, tomando a pessoa humana como um todo complexo sujeito a tôdas as injunções acima, e não como máquina que necessita de reparo. Qualquer dos fatores acima são capazes de provocar o desajustamento e influir na recuperação da pessoa.
3 — Aspecto negativo bastante focalizado diz respeito à atuação deficiente do profissional de Serviço Social, que se vê obrigado a atuar com planos de Previdencia, ao invés de realizar trabalho técnico.
4 — O acumulo de clientes sobrecarrega os assistentes sociais que necessitam fazer um atendimento mais racional.
5 — Recomendou-se que já no planejamento de organização do hospital sejam previstas as atividades de Serviço Social. A implantação do Serviço Social a "posteriori" dificulta o seu desenvolvimento técnico.
6 — Além do "Caso individual" que é a técnica mais aplicável ao Serviço Social Médico, de cooperação em programas educacionais e de Saúde, deverá o Serviço Social participar do planejamento de programação e normas dentro da obra, utilizando-se mais de pesquisa social, não só em relação à doença, isto é, em colaboração com o médico, mas em relação ao próprio método de seu trabalho.

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO NO CENTRO DE MEDICINA NUCLEAR

O Centro de Medicina Nuclear, anexo à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ministrará, em 1966, a exemplo do que vem fazendo anualmente, diversos cursos de Pós-Graduação para médicos, bioquimicos, biologos, físicos e outros cientistas que utilizam radioisotopos.

METODOLOGIA DE RADIOISOTOPOS

Maio, 1966
A partir do dia 3 de maio, VIII Curso Internacional de Metodologia de Radioisotopos, sob o patrocínio do Ministério da Saúde.

MEDICINA NUCLEAR

Junho, 1966
A partir do dia 1.º de junho, VII Curso Internacional de Medicina Nuclear, sob o patrocínio do Ministério da Saúde.

APLICAÇÕES DOS RADIOISOTOPOS

Junho, 1966
A partir do dia 1.º de junho, III Curso de Aplicações dos Radioisotopos em Pesquisas Biologicas, sob o patrocínio do Ministério da Saúde.

ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA NUCLEAR

Julho-Outubro, 1966
De julho a outubro, V Curso Internacional de Especialização em Medicina Nuclear, sob o patrocínio do Ministério da Saúde.

HIGIENE DAS RADIAÇÕES

Outubro-Novembro 1966
A partir do dia 3 de outubro, IV Curso de Higiene das Radiações, sob o patrocínio do Ministério da Saúde.
Informações: Centro de Medicina Nuclear — caixa postal, 22022 — (fone 8-5298) — São Paulo, SP.

CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO HOSPITALAR

O INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES programou, para o corrente ano, os seguintes cursos: Limpeza Hospitalar (junho); Técnica Asséptica e de Esterilização (julho); Arquivo Médico e Estatistica (agôsto); Lavandaria Hospitalar (setembro) e Administração de Centro Cirúrgico (outubro).

V JORNADA MINEIRA DE PEDIATRIA

Belo Horizonte sedeará em julho a Quinta Jornada Mineira de Pediatria a ser realizada sob o patrocínio da Sociedade Mineira de Pediatria (Departamento de Pediatria da Associação Médica de Minas Gerais).
Tôdas as informações alusivas ao conclave podem ser solicitadas ao presidente da SMP, Dr. Helvecio Henrique Ferreira Borges, à Av. João Pinheiro, 161 — fone: 4-3447.

Novos diretores da SMP

A Sociedade Mineira de Pediatria elegeu e empossou em dezembro sua nova diretoria para o bienio 1966-67, assim constituida:
Presidente — Dr. Helvecio Henrique Ferreira Borges
Vice-Presidente — Dr. Nilo Marciano de Oliveira
1.º Secretário — Dr. Carlos Vitor Mendonça
2.º Secretário — Dr. Clarindo Elesbão de Cerqueira
1.º Tesoureiro — Dr. Navantino Alves Filho
2.º eTsoureiro — Dr. Wilson Santos

SIMPOSIO SOBRE QUIMIOTERAPIA DA TUBERCULOSE

Promovido pelas catedras de Tisiologia e de Farmacologia da Faculdade de Medicina de Sorocaba, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, foi realizado a 13 e 14 de janeiro em São Paulo um Simposio sôbre Quimioterapia da Tuberculose.
O programa dos trabalhos esteve assim elaborado:

I — Bacteriologia

1 — Provas de sensibilidade do bacilo de Koch.
2 — Interpretação dos resultados das provas de sensibilidade e significação clinica da resistência aos diversos títulos de concentração das drogas.
3 — Resistência no curso do tratamento. Resistência primaria. Resistência cruzada. Reversibilidade da resistência.
4 — Germes persistentes.

II — Farmacologia

1 — Arsenal terapeutico atual: absorção; distribuição e transformação; concentração no meio interno; eliminação; efeitos colaterais indesejáveis e intolerancia.
2 — Perspectivas da quimioterapia.

III — Pratica da Quimioterapia da Tuberculose
1 — Esquemas terapeuticos standard e de 2.a linha em doentes não tratados.
2 — Esquemas terapeuticos em doentes bacilíferos anteriormente tratados.
3 — Conduta nos casos persistentes negativos com sequelas extensas ou destribuições tissulares após a quimioterapia.

IV — Quimioterapia nos Programas de Saúde Público

1 — Aplicação e controle dos programas de quimioterapia, nos centros urbanos, nos de recursos limitados e nas areas rurais.
2 — Laboratórios de referência laboratórios regionais para o trabalho bacteriologico.
3 — Difusão dos conhecimentos para aplicação correta da quimioterapia.
4 — Legislação sôbre venda e uso de quimioterapicos.

CONGRESSO DE CIRURGIA PEDIATRICA

Realizou-se recentemente em São Paulo, sob os auspicios da Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediatrica, o I Congresso Brasileiro de Cirurgia Pediatrica, e primeira reunião da especialidade também na América Latina. Do certame participaram cêrca de 200 especialistas de quase todos os Estados do País, da Argentina, do Uruguai, da Venezuela e da Bolivia.
O dr. Mario Altenfelder Silva, presidente da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, abordou, na solenidade de abertura, o tema do bem-estar da criança e da cirurgia infantil, ressaltando a gravidade do problema de assistência à criança no Brasil e o grande trabalho que deve ainda ser feito no setor.
O prof. Virgilio de Carvalho Pinto, presidente do Congresso, em discurso de boas-vindas aos participantes, afirmou: "vivemos uma época em que as conquistas básicas ,que serviam e servem de substrato à afirmação da ciencia médica, passam por modificações, golpes de audacia e progresso. Os setores tradicionais da cirurgia são submetidos à revisão geral e a reajustamentos completos de seus processos, métodos e critérios.

Mais adiante prosseguiu o prof. Virgilio: "Tenhamos em mente ainda, que o grandioso edificio da Cirurgia Pediatrica não repousa apenas no conhecimento especializado de cada individuo, exigindo, antes, instalações hospitalares cada vez mais custosas e complexas e todo um sistema de entrosamento médico e de intercambio profissional. Eis por que a Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediatrica reclama o direito de responder pela normativa de alguns aspectos que presidem à organização da Cirurgia Pediatrica em nosso País, notadamente, a autonomia didática da especialidade, a implantação de padrões mínimos hospitalares à criança operada, a divulgação do sistema de resistencia em Cirurgia Pediatrica, a concessão do título de especialistas, a aprovação da tabela de remuneração própria e a concessão de bolsas de estudo e outras facilidades à formação de especialistas".

TEMÁRIO

Do programa cientifico do congresso constaram 8 mesas redondas, em que foram discutidas as anomalias e deficiencias congenitas do recém-nascido e da criança, e cêrca de 200 temas livres relacionados com a especialidade.
Nas anomalias congenitas do trato digestivo do recém-nascido foram referidas estatisticas com resultados de cura auspiciosos, particularmente nas atresias do tubo digestivo em que a criança é impossibilitada de alimentar-se.
Também problemas relacionados com urologia pediatrica foram amplamente debatidos, destacando-se as várias e frequentes anomalias congenitas do aparelho urinário na criança, que acarretam complicações renais da maior gravidade. Problemas de diagnostico foram ventilados de maneira que o tratamento correto o impeça o prejuizo grave nos rins da criança.
Problema de grande importancia entre nós é do megacolo congenito, assunto objeto de uma mesa redonda em que se pôde cristalizar resultados terapêuticos satisfatórios obtidos até o momento usando técnicas modernas de tratamento cirurgico.
Finalmente, os graves problemas relacionados com a hidrocefalia e com a espinha bifida foram amplamente discutidos e varias contribuições foram apresentadas. Nas sessões de temas livres foram relatados trabalhos sôbre a cirurgia do torax, do pescoço, da face e do abdomen, do recém-nascido e da criança.
Na sessão do encerramento do Congresso foi reeleita a atual diretoria da Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediatrica, presidida pelo prof. Virgilio de Carvalho Pinto, e apresentadas moções endereçadas aos institutos universitários e de previdência social no sentido de conceituar e firmar a cirurgia da criança, como uma especialidade a ser exercida por cirurgiões pediatras, titulo de especialista que, por convênio com a Associação Médica Brasileira, será atribuido exclusivamente pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediatrica.

NOTICIAS ESTRANGEIRAS

PREMIO NOBEL DE MEDICINA

Três professôres franceses receberam, conjuntamente, o Prêmio Nobel de Medicina do Colégio de Professôres do "Instituto Carolino" de Estocolmo, constituído em juri para a atribuição da láurea. São os profs. André Lwoff, Jacques Monod e François Jacob, escolhidos por unanimidade em reconhecimento aos trabalhos que desenvolveram.

Ao anunciar a decisão do juri, o prof. Sven Gard acentuou o fato de que o prêmio houvesse sido conferido a 3 cientistas pertencentes a especialidades diversas, e declarou: "Com efeito, no estado atual da ciência, nenhum ramo poderia existir sem o auxílio dos outros". O prêmio, no valor de 282 mil coroas suecas, foi entregue aos cientistas franceses no último dia 10 de dezembro, pessoalmente pelo rei Gustavo VI, da Suécia.

ANDRE' LWOFF

Nascido em 1902, em Ainay-le-Chateau, no Allier, o prof. André Lwoff é o chefe do serviço de Fisiologia Microbiana no Instituto Pasteur. Fundou êsse serviço antes da 2.a Guerra Mundial. Depois da guerra, seus estudos estenderam-se à genética bacteriana, à genética do bacteriófago, alcançando finalmente a fisiologia dos vírus.

Essas pesquisas permitiram também compreender a natureza dos fenômenos que governam a atividade patogênica dos vírus, assim o mecanismo de intervenção dos hormônios na doença virulenta. Foram abordados, outrossim, os estudos da transformação genética dos bacteriófagos, da genética dos vírus de animais, e do determinismo da virulência dos vírus de animais.

JACQUES MONOD

Nascido em 1910, em Paris, o prof. Jacques Monod é o chefe do serviço de Bioquímica Celular no Instituto Pasteur, professor na Faculdade de Ciências de Paris e vice-presidente do Comitê de Biologia Molecular da Delegação Geral junto à Pesquisa Científica.

Seus trabalhos abrangeram principalmente a fisiologia, a cinética e o metabolismo do crescimento das bactérias; o mecanismo da biossíntese das enzimas; e a regularização do metabolismo celular. Em cada um dêsses domínios, êle apresentou dados fundamentais, que hoje se tornaram clássicos, e atualmente é o chefe incontestado da escola francesa de biologia molecular.

FRANÇOIS JACOB

Nascido em 1920, em Nancy, o prof. François Jacob é docente no Colégio de França e chefe do serviço de Genética Microbiana do Instituto Pasteur.

Seus trabalhos, realizados no Instituto Pasteur, em colaboração com o prof. Monod, sôbre os mecanismos genéticos e bioquímicos das bactérias, permitiram melhor compreender o funcionamento dos genes e dos mecanismos reguladores das células.

O artigo publicado por Jacob e Monod, em 1961, sôbre "Os mecanismos reguladores genéticos da síntese das proteínas", exerceu uma profunda influência sôbre os modernos pesquisadores de fisiologia genética.

O conjunto dêsses trabalhos, relativos aos mecanismos de sinalização e regulação da célula, vem trazer uma nova luz sôbre um dos problemas fundamentais da biologia — o das comunicações entre moléculas biológicas, o da linguagem molecuar.

PREVIDENCIA SOCIAL NA FRANÇA: 20 ANOS DE APERFEIÇOAMENTO

Em declarações feitas pelo sr. Gilbert Granval, ministro francês do Trabalho, ao ensêjo da recente comemoração do 20º aniversário da criação da Segurança Social na sua forma atual, foram ressaltadas 2 cifras, a propósito do desenvolvimento alcançado pela Previdência Social no país: de 1950 a 1963, o orçamento dos regimes de Segurança Social passou de 13,20% a 17,95% da renda nacional. Em 1965, êsse orçamento passou a representar 76% do orçamento geral francês, ou ainda, 4,5 vêzes o orçamento da Educação. Em seguida, frisou o ministro Granval: "Desde 1945, o aparecimento de terapêuticas novas permitiu melhorar a eficácia da medicina, mas teve, também, o efeito de aumentar de maneira muito importante os encargos da Segurança Social. Basta recordar que as despesas do seguro por doente representavam em 1947, no regime geral, 5,07% dos salários sujeitos à cotização. Em 1964, essa porcentagem passou para 11,47%. Atualmente, estudos recém-realizados demonstram que essas despesas só tendem a aumentar nos próximos anos, em virtude do progresso técnico, da complexidade crescente das terapêuticas e do simples fato que soda francês deseja tratar-se convenientemente". Após afirmar que as despesas em prol da vehlice, que vinham sendo pequenas, tornam-se mais pesadas conforme a evolução da situação demográfica, concluiu lembrando, por outro lado, que a política de prestações familiares contribui, em grande parte, para o reerguimento do índice da natalidade na França.

CIRURGIA COM TV A CORES

O professor Lucien Leger inaugurou em novembro o circuito de televisão colorida do Hospital Cochin. Enquanto na sala de operações do pavilhão Pasteur o celebre cirurgião procedia a uma duodeno-pancreatomia, dois receptores de televisão transmitiam no anfiteatro (situado em outra ala do edifício) essa delicada abloção de uma parte do pancreas.

Colocada acima da mesa de operação e um pouco de lado, uma camara munida de tubos "vidicon" mergulhava, por assim dizer, nas vísceras do paciente. A vantagem da côr sôbre o processo normal era evidente: no anfiteatro, um receptor, em branco e preto permitia comparar os dois métodos. Enquanto um não oferece nenhuma possibilidade de diferenciar nitidamente os orgãos, o outro, pelo contrário, facilita enormemente essa distinção.

Aparelhos similares já estão funcionando em Marselha e em Lião, onde operações se efetuam no centro neurologico e são retransmitidas até ao anfiteatro da Faculdade de Medicina.

Como se constata, os métodos audio-visuais estão se generalizando cada vez mais. O sistema de televisão colorida adapta o ensino médico ao afluxo dos estudantes e resolve, parcialmente, o problema da carência de locais, uma vez que permite acompanhar as operações nas melhores condições possíveis.

CONGRESSOS NO EXTERIOR

PATOLOGIA INFECCIOSA

Abril, 1966
Stuttgart, Alemanha
De 24 a 30 de abril, IV Congresso Internacional de Patologia Infecciosa.

HORMÔNIOS ESTERÓIDES

Maio, 1966
Milão, Itália
No mês de maio, II Congresso Internacional sôbre Hormônios Esteróides. Informações: Sec. Gen., Dr. Martini, Dept. of. Pharmacology, 21 via A. del Santo, Milan, Italy.

FUMO E SAÚDE

Junho, 1966
New York, E.U.A.
De 5 a 8 de junho, I Congresso Internacional sôbre Fumo e Saúde. Informações adicionais: W. A. Schaffenberg, 6830 Sr NW. Washington 12 DC, E.U.A.

GERONTOLOGIA

Junho-Julho, 1966
Viena, Austria
De 27 de junho a 3 de julho, VII Congresso Internacional de Gerontologia. Informações: "Sekretariat — VII — Internationaler Kongress fur Gerontologie (Mrs Ingrid Andersons), Wiener Medizinische Akademie — Alsèr Strasse 4. Viena IX Austria.

TERAPIA OCUPACIONAL

Julho, 1966
Londres, Inglaterra
De 18 a 23 de julho, IV Congresso Internacional sôbre Terapia Ocupacional. Informações: Miss B. M. Stow Asstn. of Occupational Therapists, 251 Brompton Rd. London S.W.3, England.

PSIQUIATRIA INFANTIL

Julho, 1966
Edinburg, Grã-Bretanha
De 24 a 29 de Julho, VI Congresso Internacional de Psiquiatria Infantil. Informações: Sec. Dr. J. B. Mac Winnie, 36 Frogston Ro., Edinburg, Great-Britain.

MICROBIOLOGIA

Julho, 1966
Moscou, URSS
De 24 a 30 de Julho, IX Congresso Internacional de Microbiologia. Informações: Sec. Gen. Prof. V. M. Zhdanov, Dir. Inst. of Virology, 1st Schchikinskiy proyezd 24, Moscou D-98, USSR.

QUIMICA CLINICA

Julho, 1966
Munique, Alemanha
De 26 a 30 de julho, VI Congresso Internacional sôbre Química Clínica. Informações: Sec. Gen. Dr. Oberdorfer, Krankenhaus Fa. d. Isar, Munich, Germany.

MEDICINA PSICOSSOMÁTICA

Julho, 1966
Paris, França
Em data ainda não determinada, Congresso Internacional de Medicina Psicossomática. Informações adicionais: Société Française de Medicine Psychossomatique, Hôpital Cochin, 27 Faubourg Saint Jacques, Paris 14e, França.

PREVENÇÃO À CEGUEIRA

Agôsto, 1966
Munique, Alemanha
No mês de agôsto, Assembléia Geral da Associação Internacional para o Prevenção à Cegueira. Informações: Sec. Gen. Dr. J. Balliliart, 47 rue de Bellechasse, Paris, 7e, France.

PSICOLOGIA

Agôsto, 1966
Moscou, URSS
No mês de agôsto, XVIII Congresso Internacional de Psicologia. Informações: Sec. Gen. Dr. A. C. Tihomirov, Dept. of Psychology, Univ. of Moscow, Marx Ave. 18, Moscow, URSS.

TOXICOLOGIA E MEDICINA OCUPACIONAL

Agôsto, 1966
Miami, EUA.
De 1.º a 4 de agôsto, V Conferência Interamericana de Toxicologia e Medicina Ocupacional, sob o patrocínio da Escola de Medicina da Universidade de Miami e com a assistência da Escola de Medicina de Pôrto Rico. Informações: Wm. B. Deichmann, Ph. D. (Professor titular da cadeira de Farmacologia e diretor do Centro de Investigações e Ensino de Toxicologia) — University of Miami, School of Medicine — Coral Gables, Florida 33134, USA.

NUTRIÇÃO

Agôsto, 1966
Hamburgo, Alemanha
De 3 a 10 de agôsto, VII Congresso Internacional de Nutrição. Informações: Sec. Gen. Prof. U. Ritter, I Medizinische Klinik, Martinistr. 52, Hamburg 20, Germany.

CIÊNCIAS FISIOLÓGICAS

Agôsto, 1966
Mar del Plata, Argentina
De 7 a 12, VII Congresso da Associação Latino-Americana de Ciências Fisiológicas. Informações: Secretaria do Congresso: Paraguay 2155, 7.º piso, Buenos Aires, Argentina.

MEDICINA DO TRAFEGO E ACIDENTES

Agôsto, 1966
Estocolmo, Suécia
De 10 a 12 de agôsto, II Congresso da Associação Internacional de Medicina do Tráfego e Acidentes. Informações adicionais: Dr. Milton Helpern, 520, First Ave., New York, E.U.A.

OFTALMOLOGIA

Agôsto, 1966
Munique, Alemanha
De 14 a 19, XX Congresso Internacional de Oftamologia. Informações: "Kongressburo des XX. Internationalen Ophthalmologen-Kongresses, 8 Munchen 15, Bettlhovenstrasse 8".

IMUNOLOGIA, MEDICINA, PATOLOGIA E TOXICOLOGIA FORENSES

Agôsto, 1966
Copenhague, Dinamarca
De 15 a 18 de Agôsto, IV Congresso Internacional sôbre Imunologia, Medicina, Patologia e Toxicologia Forenses. Informações adicionais: Dr. Milton Helpern, 520 First Ave, New York. E.U.A.

MOLÉSTIAS DO TORAX

Agôsto, 1966
Copenhagen, Dinamarca
De 20 a 25 de agôsto, IX Congresso Internacional de Moléstias do Torax. Informações: Mr. M. Kornfeld 112 East Chesnut St. Chicago, 111. USA.

HEMATOLOGIA

Agôsto, 1966
Sydney, Austrália
De 21 a 26 de agôsto, XI Congresso Internacional de Hematologia. Informações: Sec. Gen. Prof. R. J. Walsh & Prof. W. R. Pitney, 1 York St. Sydney. Australia.

CIÊNCIAS E TÉCNICAS DE ALIMENTAÇÃO

Agôsto, 1966
Varsóvia, Polonia
De 22 a 27 de agôsto, II Congresso Internacional de Ciências e Técnicas Alimentares.

HEMOTERAPIA

Agôsto, 1966
Sydney, Austrália
De 25 a 31 de agôsto, XI Congresso Internacional sôbre Hemoterapia. Informações: Sec. Gen., 11th Int'l Congress of Hemotérapy, 1 York St. Sydney, Austrália.

TALASSOTERAPIA

Agôsto, 1966
Westerland-Sylt, Alemanha
De 27 a 31 de agôsto, Congresso Internacional de Talassoterapia. Informações: Sec. Gen. Prof Jessel, 228, Westerland-Sylt Germany.

PSICODRAMA

Agôsto, 1966
Paris, França
De 25 de agôsto a 1.º de Setembro, II Congresso Internacional de Psicodrama.

MICROSCOPIA ELETRÔNICA

Agôsto-Setembro, 1966
Kioto, Japão
De 28 de agôsto a 4 de setembro, VI Congresso Internacional sôbre Microscopia Eletrônica. Informações: Institute for Chemical Research, Kyoto Univ., Kyoto, Japan.

FARMÁCIA E BIOQUÍMICA

Agôsto, 1966
Buenos Aires, Argentina
Em data ainda não marcada, Congresso de Farmácia e Bioquímica. Sec. Geral. Dr. Benjamin Schijvarger, C.C., 6 Ramos Mejia, Buenos Aires, Argentina.

HISTÓRIA DA MEDICINA

Setembro, 1966
Berlim, Austria
Em data ainda não determinada, XX Congresso Internacional de História da Medicina.

PSICOTERAPIA DE GRUPO

Setembro, 1966
Paris, França
Em data ainda não determinada, IV Congresso Internacional de Psicoterapia de Grupo.

PESQUISAS SÔBRE RADIAÇÕES

Setembro, 1966
Roma, Itália
Em dia ainda não determinado, III Congresso Internacional de Pesquisas sôbre Radiações. Informações adicionais: Dr. G. E. Magni, Instituto di Genetica, via Sant'Epifanio 14, Pavia, Itália.

CIRURGIA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA

Setembro, 1966
Paris, França
De 4 a 9 de setembro, X Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia Ortopédica e Traumatológica. Informações: Pavillon Ollier, Hôpital Cochin, 27 rue du Flg. St. Jacques Paris 14e, France.

SERVIÇO SOCIAL

Setembro, 1966
Washington, EUA
De 4 a 10 de setembro, XIII Conferência Internacional sôbre Serviço Social. Informações: Joe R. Hoffer 345 E.46th St. New-York 17, USA.

PSIQUIATRIA

Setembro, 1966
De 5 a 11 de setembro, IV Congresso Mundial de Psiquiatria. Informações: Sec. Gen. Prof. Vallejo Nagera, Congresso Mundial de Psiquiatria, Faculdad Medecina San Carlos, C/Atocha 106 Madrid Espanha.

MEDICINA INTERNA

Setembro, 1966
Amsterdam, Países Baixos
De 7 a 10 de setembro, IX Congresso Internacional de Medicina Interna. Informações: Sec. Gen. Dr. A. H. Wiebenga, c/o Holland Org. Centre, 16 Lange Voorbout, the Hague, the Netherlands.

PATOLOGIA GEOGRAFICA

Setembro, 1966
Leiden, Holanda
De 8 a 10 de setembro, IX Conferência da Sociedade Internacional de Patologia Geográfica. Informações: Sec. Gen. Prof. J. R. Ruttner, Kanton Spital. Zurich, Switzerland.

REABILITAÇÃO DOS INCAPACITADOS

Setembro, 1966
De 11 a 17 de setembro, X Congresso Mundial da Sociedade Internacional de Reabilitação dos Incapacitados. Informações: Sec. Gen. Frau Dr. M. Mueller, Deutsche Vereinigung fuer die Rehabilitation Behinderter, Sechnerweg la 69 Heidelberg-Schlierbach, Germany.

GENETICA HUMANA

Setembro, 1966
Chicago, E.U.A.
De 5 a 12 de setembro, III Congresso Internacional de Genética Humana. Informações adicionais: Mrs. Frances T. Stutzman, 5801 111 5801 Illis, Chicago, E.U.A.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Setembro, 1966
Tóquio, Japão
De 15 a 17 de setembro, Congresso Internacional de Endoscopia Digestiva.

MEDICINA DO TRABALHO

Setembro, 1966
Viena, Austria
De 19 a 24 de setembro, XV Congresso da Associação Internacional de Medicina do Trabalho.

NEFROLOGIA

Setembro, 1966
Washington, EUA
De 25 a 30 de setembro, III Congresso Internacional de Nefrologia. Informações: Sec. Gen. Dr. G. E. Schreiner, 9650 Wisconsin Ave. Washington D. C. 20014, USA.

HIDROLOGIA E CLIMATOLOGIA MEDICA

Setembro-outubro, 1966
Aix-Les-Bains ou Cannes, França
De setembro a outubro, Congresso da Sociedade Internacional de Hidrologia e Climatologia Médica. Informações: Prof. V. P. Consigli, Largo Tortini 4, Roma, Italia.

OTORRINOLARINGOLOGIA

Outubro, 1966
Cidade do México, México
Em data ainda não determinada, VI Congresso Latino-Americano de Otorrinolaringologia.

PATOLOGIA CLINICA

Outubro, 1966
Roma, Itália.
De 3 a 8 de outubro, VI Congresso Internacional de Patologia Clínica. Informações: Pres. Prof. T. De Sanctis Monaldi, Sec. Via del Peniteriziri 18, Roma, Italia.

NEURO-CIRURGIA

Outubro, 1966
San Juan, Pôrto Rico
De 19 a 22 de outubro, Congresso de Neuro Cirurgia. Sec.: Dr. John R. Russell, 1815 N Capitol Ave., Indianopolis 46202, E.U.A.

PATOLOGIA

Outubro, 1966
Tóquio, Japão.
De 13 a 19 de outubro, VI Congresso Internacional da Academia Internacional de Patologia. Informações: Sec. Gen. Dr. U. Egashira, Dept. Path. National Institute of Health, Shinagawa-ku, Tokyo, Japan.

MEDICINA CIBERNETICA

Outubro, 1966
Nice, França
De 19 a 22 de outubro, IV Congresso de Medicina Cibernética. Informações: Sec. Gen. Dr. G. Darcourt, c/o Dr. Cossa, 29 bvd Victor Hugo, Nice, France.

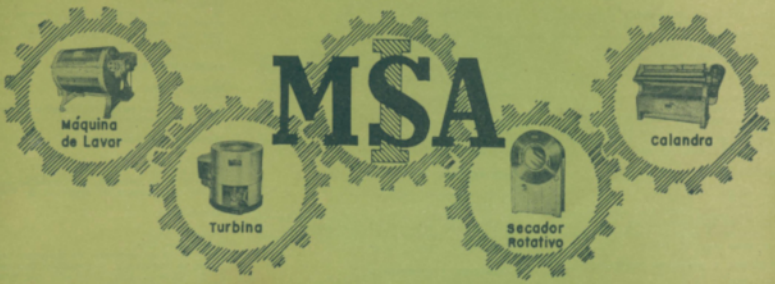
CANCER

Outubro, 1966
Tóquio, Japão.
De 23 a 29 de outubro, IX Congresso Internacional de Cancer. Informações: Sec. Gen. Prof. K. Oota, National Org. Committee c/o Cancer Inst., Nishisugamo 2, Chome Toshima-ku. Tôkyo, Japan.

PEDIATRIA

Outubro-Novembro, 1966
México
Três conclaves de Pediatria serão realizados simultaneamente no México, no período de 29 de outubro a 3 de novembro de 1966: o VIII Congresso Pan-Americano, o I Latino-Americano e o XI Mexicano.
A Comissão Organizadora dos certames informa, através da Sociedade Brasileira de Pediatria (que é o departamento da especialidade, da AMB), que os interessados em inscrever-se nas sessões de temas livres devem encaminhar os títulos dos seus trabalhos até o próximo dia 31 de dezembro à secretaria geral da SBP — à av. Franklin Roosevelt, 39, grupo 1112, no Rio de Janeiro.
O resumo dos trabalhos inscritos, por sua vez, contendo cêrca de 250 palavras cada um, deverá ser remetido à SBP até 10 de abril, a fim de ser feita uma pré-seleção dos mesmos, consoante pedido formulado pela Comissão Organizadora dos Congressos de Pediatria do México.

SOLUÇÃO FACIL... DOS PROBLEMAS DIFÍCEIS...



com as nossas máquinas para lavanderias

a serviço da HIGIENE HOSPITALAR...

MÁQUINAS SANTO ANDRÉ

ISSHIKI & CIA.

ESCRITORIO: R. Cons. Crispiniano, 344 — 6.º andar Conj. 603 — Fone: 35-5840 — S. Paulo

FILIAL: R. Evaristo Veiga, 35 — Sala 1304 Fone: 22-6179 — Rio de Janeiro

FÁBRICA: Rua Dona Gertrudes de Lima, 302 Fone: 44-3594 (discar 07) — Sto. André

Representantes: Belo Horizonte — Salvador — Recife — Curitiba — Pôrto Alegre — Belém — Manaus — João Pessôa — Maceió — Fortaleza — Vitória — Florianópolis

I P H Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares
R. XAVIER DE TOLEDO, 210 - 6.º - CONJ. 64 - TEL. 36-3889 - S. PAULO

PROPOSTA PARA SOCIO

A presente ficha destina-se à **atualização** ou **confirmação** de endereço, bem como para a **inscrição** de novos sócios.

1 — NOME .....

2 — ENDEREÇO PARA REMESSA DA REVISTA **"HOSPITAL DE HOJE"** .....

3 — ONDE TRABALHA ..... — PROFISSÃO .....

4 — ENDEREÇO INDIVIDUAL .....

CIDADE ..... ESTADO ..... CAIXA POSTAL ..... FONE .....

5 — DATA E CIDADE ..... — ASSINATURA .....

REMETO ANEXO EM CHEQUE, VALE POSTAL, ORDEM BANCÁRIA, VALOR DECLARADO, MINHA ANUIDADE PARA .....

ANUIDADE: 1966 — SÓCIO INDIVIDUAL: Cr$ 7.000 — SÓCIO COLETIVO: Cr$ 15.000

LIVRO — PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO DE LAVANDARIAS HOSPITALARES

Nas páginas que se seguem, **Hospital de Hoje** tem o prazer de oferecer, aos seus leitores e alunos do **IPH**, mais alguns Capitulos do seu livro **Planejamento e Administração de Lavandarias Hospitalares**, cuja publicação foi iniciada no Volume 24.

Sendo livro formado por folhas soltas e numeração por Capítulo ensejará a sua permanente atualização, com a adição de sucessivas publicações sôbre novos produtos, técnicas, equipamentos e progressos.

EQUIPAMENTOS DE LAVANDARIA

TSUTOMU ISSHIKI
DAIZO MIYAJI

A) MÁQUINA DE LAVAR

A máquina de lavar deve lavar e enxaguar bem, ser de fácil manejo, silenciosa, de fácil consêrto e grande durabilidade e oferecer segurança ao operador.

Para lavar e enxaguar bem: Depende quase que totalmente das batedeiras e da velocidade de rotação do cêsto interno. As batedeiras com furos laterais e abertas na parte externa, darão melhor resultado para a circulação de água na parte interna do cêsto. Os furos laterais das batedeiras têm por função injetar a água externa do cêsto para seu interior, ocasionando assim maior rapidez na renovação da água. Se a máquina é alimentada pelo lado externo do cêsto, é necessário injetar o sabão no menor tempo possível em seu interior.

Quantidade das batedeiras: Número excessivo ou deficiente de batedeiras não dará o resultado desejado. O excesso de batedeiras fará com que a roupa fique suspensa, e assim não será possível atingir o fundo do cêsto, enquanto falta das mesmas não haverá a elevação das roupas. Portanto o número adequado para as máquinas com capacidade até 100 (cem) quilos de carga é de 3 (três) batedeiras, sendo que a altura das mesmas varia de acôrdo com a capacidade do cêsto.

Trabalho fácil: Carga e descarga rápida da água fria e quente; tampa ampla afim de facilitar a retirada das roupas.

Segurança: Deverá possuir: chave de contacto conjugada com as tampas externas, para que, estando a tampa aberta, não funcione o volante de comando manual do cêsto, desligável do movimento; estando a máquina em funcionamento, o volante deve ficar parado.

Silenciosa: O mecanismo do sistema de reversão elétrica e em banho de óleo deve ser silencioso. As batedeiras do cêsto também provocam barulho, principalmente quando em contacto com a água, porém as batedeiras que possuem entrada e saída no sentido transversal ao nível da água reduzem o barulho.

Fácil consêrto: As máquinas de lavar ou quaisquer outras máquinas de lavanderia não devem parar um dia sequer, pois as lavanderias não adquirem máquinas de reserva. No sistema de reversão elétrica há muito mais facilidade em substituir peça do que noutro mecanismo, podendo mesmo ser trocada por qualquer pessôa, sem que seja técnico. É necessário adquirir peças das industrias que fabriquem as máquinas, pois as máquinas não são fabricadas em série e caso surja desarranjo, seria necessário levar a peça defeituosa a fábrica, fabricar outra igual ou, conforme o caso, até provêr a remoção total da máquina para ser consertada. Isto naturalmente, além da demora do consêrto, ocasionaria gastos maiores.
As máquinas de lavar variam em capacidade. Por exemplo: há máquinas de lavar com capacidade para 20; 30; 50; 80; 100; 150 e 200 quilos por carga, a qual é calculada da seguinte maneira: por cada 11 dm3, 1 quilo de roupa sêca. Esta capacidde refere-se à dimensão útil do interior do cêsto, descontando as batedeiras.

Velocidade da rotação do cêsto: A velocidade não deve ser nem muito alta e nem muito baixa. No caso de alta rotação, a roupa não despreende do cêsto, sendo que se a roupa girar junto com o cêsto, não haverá nem batida e nem enxaguamento. No caso de baixa rotação, não haverá a elevação da roupa, com resultado idêntico ao anterior. A rotação mais indicada para o cêsto é de 24 R.P.M.

Reversão do cêsto: O cêsto deve girar para ambos os lados em número igual de rotações. Caso isto não aconteça, a roupa ficará enrolada e não haverá perfeita lavagem. A rotação mais indicada do cêsto é de 4 a é R.P.M. para cada lado.

MAPA DAS DIMENSÕES E DEMAIS CARACTERÍSTICAS

Modelo	CAP. Kg.	MOTOR H. P.	CESTO comp.	CESTO diôm.	CESTO chapa	CESTO furos	CESTO r.p.m.	Tambor chapa	ESP. comp.	OCUP. larg.	PESO Líquido	AMP.	FIO
101-M	10	0,5	50 cm	56 cm	aço	3/8	24	aço	115 x	75	330 Kg.	2.3A	16
101	20	0,75	70	65	inox.	3/8	24	inox.	125 x	80	340 Kg.	2.3A	16
103	30	1,0	100	65	(18-8)	3/8	24	(18-8)	150 x	80	350 Kg.	3.1A	14
105	50	1,5	100	85		3/8	24		160 x	110	570l Kg.	5.1A	14

Modelo	CAP. Kg.	MOTOR H. P.	CESTO comp.	CESTO diôm.	CESTO chapa	CESTO furos	CESTO r.p.m.	Tambor chapa aço inox.	ESP. comp.	OCUP. larg.	AMP.	FIO
107	80	2,0	160	85	aço inox.	3/8"	25	(18-8)	210 x	100 cm	6.8A	12
109	100	3,0	200	85	(18-8)	3/8"	25		250 x	100 cm	8.8A	12

B) TURBINA CENTRIFUGA

A função da turbina centrífuga é extrair a água de um máximo de unidade do tecido num mínimo de tempo, funcionando silenciosamente e com segurança. Para obtenção da boa extração da água do tecido, é preciso haver rotação de acôrdo com o diâmetro do cêsto, e é indispensável que ela turbine de maneira que a roupa fique enxuta a fim de haver uma só operação na calandra horizontal, de 4 rolos, para passar e secar qualquer tipo de tecido.

Rotação e diâmetro do cêsto indicado:

Diâmetro	Motor necessário	R. P. M.
45 a 50 cms.	1.5 HP.	1200
50 a 55 cms.	2.0 HP.	1100
55 a 60 cms.	3.0 HP.	1000
— — 80 cms.	7.5 HP.	900
— — 95 cms.	10.0 HP.	800

Se a roupa fôr turbinada em turbina de menor rotação e diâmetro fora de proporção, não haverá secagem dentro do tempo desejado para transferência ao secador e calandra.
Para a turbina com capacidade até 20 quilos de carga, é aconselhável a do sistema basculante, com correia laminada. Para as de maior capacidade, o sistema deverá ser tripé-pêndulo, com correias em V.

Breque: O breque do sistema fecho conserva sempre o cêsto com equilíbrio e segurança. O mínimo de espessura da chapa do cêsto deverá ser a seguinte:

Turbina de 10 kg/carga ..... chapa aço inox. n.º 16
Turbina de 20 kg/carga ..... chapa de aço inox. 16
Turbina de 30 kg/carga ..... chapa aço inox. n.º 16
Turbina de 50/100 kg/carga ..... chapa aço inox. n.º 14

Em vista da alta rotação, a turbina deve ser lubrificada no mínimo de 30 em 30 dias.

Manter o cêsto na posição certa: O cêsto com o uso está sujeito a sair do equilíbrio. A regulagem deverá ser feita pelo parafuso do suporte, colocado na parte inferior do mesmo. Apertar ou desapertar de maneira a que fique centralizado com a capa externa, para a turbina basculante, e no caso de turbina tripé, fique bem no nível.

Turbina basculante: Possue correia laminada. Portanto observar bem em que estado está a pressão. Se estiver frouxa não derá a rotação certa. Já para a turbina tipo tripé-pêndulo, usa-se correia em V.
A capacidade da turbina calcula-se da seguinte forma: 4 dm3 para cada quilo de roupa sêca.

C) SECADOR ROTATIVO

O secador rotativo é usado para secagem de qualquer tipo de roupas. O funcionamento poderá ser elétrico, a vapôr ou a góz.
O secador compõem-se do seguinte: corpo assentado na base, aspirador, câmara de aquecimento, cêsto interno, porta para colocação e retirada de roupas, termômetro e dispositivo para limpeza da felpa.
As capacidades são variáveis, assim como o consumo de eletricidade, vapôr ou góz, conforme quadro ao pé da página.
Para o bom funcionamento do secador, é necessário a limpeza da felpa que se acumula na tela, no mínimo 3 vêzes por dia.
A capacidade do secador calcula-se da seguinte forma: 30 dm3 para 1 quilo de roupa sêca. A rotação indicada do cêsto do secador é de 40 R.P.M.
Evitar ao máximo, na carga e descarga de roupa, deixar a porta aberta, pois a perda de calor causará demora na secagem e maior gasto de energia. Se o secador estiver a 80 a 100ºC e sem felpa, e não se obtiver a secagem desejada, a causa poderá ser desarranjo do aspirador ventoinha ou outras partes, assim como falta ou excesso de rotação do cêsto.
A rotação adequada é de mais ou menos 40 R.P.M., mas o importante é que a roupa no cêsto esteja flutuando. Se a roupa acompanhar a rotação sem se desprender do cêsto, não secará.
O secador é usado para secagem de roupas com botões, mas se outras roupas também forem passadas ligeiramente no secador, se obterá maior produção na calandragem, isto porque, as roupas turbinadas passando diretamente para a calandra, o operador tem seu tempo tomado em abrir a roupa.

Secador elétrico: No secador elétrico o importante é a ligação da resistência, do exaustor e do cêsto. É aconselhável máquina que esteja ligada de maneira que sem o exaustor e o cêsto em funcionamento não possam funcionar as resistências, evitando assim o esquecimento do operador de desligar as resistências; deixando as mesmas ligadas com o exaustor e o cêsto rodando, não haverá perigo algum.

D) CALANDRA HORIZONTAL

As roupas ao serem passadas, deslizam sôbre o cilindro rotativo, sendo pressionadas contra a calha aquecida, de forma a assegurar um serviço perfeito e de qualidade uniforme. Existem vórias capacidades, conforme as necessidades. Por exemplo:

1 rolo	—	1.200 mm	—	produção 270 m2 de tecido
1 "	—	1.650 mm	—	produção 390 m2 de tecido
1 "	—	2.000 mm	—	produção 500 m2 de tecido
1 "	—	2.500 mm	—	produção 650 m2 de tecido
2 "	—	2.000 mm	—	produção 500 m2 de tecido
2 "	—	2.500 mm	—	produção 650 m2 de tecido
4 "	—	2.000 mm	—	produção 900 m2 de tecido
6 "	—	2.500 mm	—	produção 1200 m2 de tecido.

Na prática, esses valores devem ser reduzidos de cêrca de 20%, levando-se em conta a não ocupação total da superfície aquecida.
As calandras de 1 rolo não darão secagem numa só operação.
Para as de 2 rolos, duas operações secam e passam a roupa.
As de 4 rolos para cima, secam e passam numa só operação, após a centrifugação adequada.
As calandras podem ser aquecidas a vapôr ou elétricamente.

Calandras elétricas: São providas de resistências especialmente fabricadas para trabalharem "em seco". Operam normalmente durante muito tempo. É indispensável a regulagem automática da temperatura e proteção das resistências por meio de chave magnética e termostato. A inversão do movimento é feita por intermédio de uma chave de reversão que permite mudar o sentido de rotação do cilindro, a fim de retirar a roupa que haja sido mal colocada, ou para proteção do operador.
A calha deve estar solta até aquecer e logo depois que termine de passar as roupas, usando mecanismo de afastamento da calha, evitando assim o desgaste do tecido e dos cobertores do cilindro.

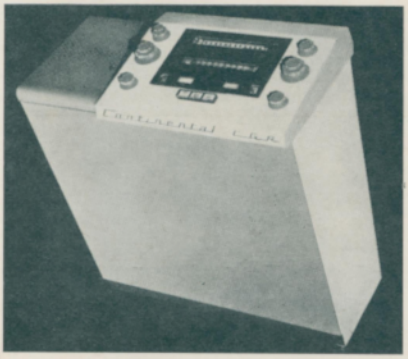
Facilidade de operação: O manejo da calandra não oferece dificuldades, mesmo ao operador menos experiente. As peças são esticadas na entrada (mesa rotativa) e deslizam sôbre os cilindros que as comprimem contra a calha aquecida.

TIPO Elétrico	TIPO A Vapor	Capacidade	H. P. Motor	Cesto Interno (/)	Cesto Interno Fundo	Espaço Ocupado	Elétrico KW Resist.	Consumo de Vapor	Pêso
301	307	10 kg.	0,5	93	50	1,00 x 1,00	12	25 Kg/h	820
303	309	15 kg.	0,75	93	65	1,20 x 1,00	15	40 Kg/h	330
305	311	20 kg.	1	93	85	1,20 x 1,20	18	60 Kg/h	380
—	313	35 kg.	2	110	120	1,40 x 1,60	—	120 Kg/h	600 Kg.
—	—	80 kg.	3	140	150	1,50 x 2,20	—	250 Kg/h	—
—	—	120 kg.	5	150	250	2,00 x 3,50	—	400 Kg/h	—

COMPAGNIE GÉNÉRALE DE RADIOLOGIE

COMPLETA LINHA DE EQUIPAMENTO RADIOLÓGICO

VENDAS COM FINANCIAMENTO A LONGO PRAZO
POR PREÇOS DE FÁBRICA



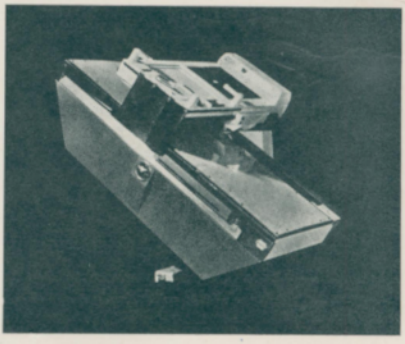
CERADOR CONTINENTAL
Para 1600 MA - 160 KV - Tensão Constante

GERADORES E COMANDOS

1600 MA - 160 KV
1200 MA - 160 KV
700 MA - 150 KV
500 MA - 130 KV
300 MA - 130 KV
200 MA - 110 KV

MESAS RADIOLOGICAS

Auvergne; Ile de France; Champagne; Magister; Mesas com Movimentação de 180.º; Tampo móvel; Seriografos Automáticos; Dispositivos de Tele-comando e Compressor à distância; Intensificares de imagem; aparelhos de Abreugrafia; para Cardiologia; para Neuroradiologia; para Radio-Cirurgia, etc.



MESA COM DISPOSITIVO DE TAMPO MOVEL

VENDAS COM FINANCIAMENTO A LONGO PRAZO
POR PREÇOS DE FÁBRICA

DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS:

LUTZ FERRANDO

ÓTICA E INSTRUMENTAL CIENTIFICÓ S. A.

A maior organização do Brasil em Equipamentos hospitalares, indústrias farmacêuticas, químicas, laboratórios, etc.

SÃO PAULO: AV. DUQUE DE CAXIAS, 325 - Esq. Av. S. João - TEL. 52-4554 e 51-2108
RIO DE JANEIRO: MATRIZ - LARGO SÃO FRANCISCO, 34 — TEL. 43-2955
RECIFE: AV. CONDE DA BOA VISTA, 118 — TEL. 2-1743

Molham-se inteiramente em 5 segundos!

ATADURAS GESSADAS "Specialist"

Fabricadas com tecido especial, impregnado de uma emulsão uniforme de gêsso, formam um só material depois de prontas.
Êsse processo permite que cada atadura seja imersa na água *na hora de se usar*. Sòmente 5 segundos são necessários para que as Ataduras Gessadas "SPECIALIST" fiquem inteiramente molhadas.

NÃO HÁ DESPERDÍCIO — O número de ataduras necessário para cada aparelho pode ser controlado.

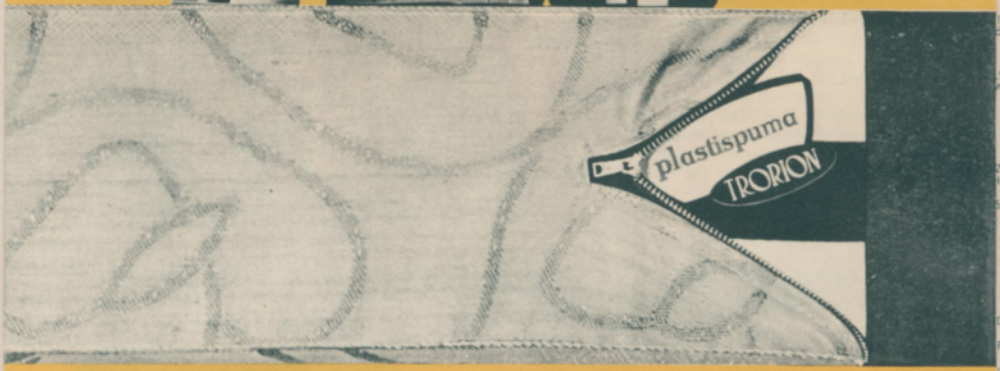
As únicas com dois tempos de secagem!

ULTRA-RÁPIDA — (Rótulo Verde) 2 a 3 minutos
Tamanhos: 6x2 — 8x2 — 10x3 — 12,5x3 — 15x3

RÁPIDA — (Rótulo Azul) 5 a 6 minutos
Tamanhos: 10x3 — 12,5x3 — 15x3 — 20x4

Johnson & Johnson

— GARANTIA DE QUALIDADE



PLASTISPUMA TRORION

nôvo produto ético para seu receituário

colchão

PLASTISPUMA TRORION

novo colchão que proporciona um repouso perfeito para a coluna, seja êle terapêutico ou noturno (profilaxia normal).

O colchão de PLASTIPUMA TRORION, fabricado com a melhor espuma flexível de plástico, de porosidade técnicamente combinada para proporcionar a mais perfeita correlação pêso-elasticidade, é o único pesquizado cientificamente para garantir repouso para os músculos, posição correta para os ossos, ajudando e aliviando no tratamento dos males que afetam a coluna. Nos casos das afecções agudas (lombalgias agudas, entorses, hérnias de disco, rupturas ligamentares) que podem ser tratadas por hiperflexão, com apagamento da lordose lombar em camas articuladas especiais, o colchão de PLASTISPUMA TRORION atende plenamente às necessidades: é flexível e ao mesmo tempo macio, proporcionando posição terapêutica livre das escaras comuns advindas de colchões excessivamente duros.

como dizemos em nossa propaganda: "cuida de sua saúde... enquanto v. dorme"

Temos feito intensa campanha de nosso colchão junto ao grande público. E as qualidades para a saúde que temos procurado ressaltar, encontram ampla justificativa nas pesquisas que realizamos e que provaram o seguinte:

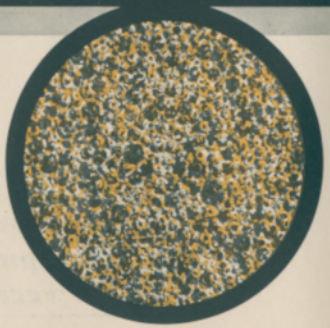
O colchão comum de molas, devido à fadiga do aço das molas e ao recalque de pêso diferencial, produz rotações e curvaturas indesejáveis da coluna e contrações musculares causadoras da fadiga.

o leito duro, de madeira ou crina também não é recomendável porque:

a) provoca pressões excessivas sôbre as saliências ósseas, obrigando a freqüentes mudanças automatizadas de decúbito durante o repouso.

b) provoca flexão lateral ao nível da coluna lombar em virtude da maior saliência das cinturas – escapular e pélvica – à qual seguem-se indesejáveis curvas de compensação. Isto, quanto ao decúbito lateral.

c) No decúbito dorsal, há sòmente apôio no sacro, coluna dorsal, calcâneos e occípio, deixando sem sustentação os demais pontos do perfil corpóreo.



Micro-células ampliadas de PLASTISPUMA TRORION, observando-se os poros que asseguram a ventilação permanente do material, tornando-o imune à proliferação de germes e micro-organismos

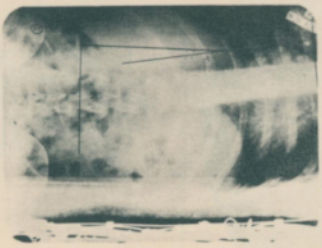
Travesseiros de PLASTISPUMA TRORION – mesmas características, mesmas condições de confôrto, higiene e anatergia.

O colchão PLASTISPUMA TRORION, trabalhando como um meio fluido, uniforme e inalterável, funciona de acôrdo com o princípio de Arquimedes, isto é, devolve ao corpo uma pressão uniforme que independe do pêso localizado em determinados pontos do corpo. Por essa forma, as saliências afundam, dando ao corpo a posição mais anatômica possível.

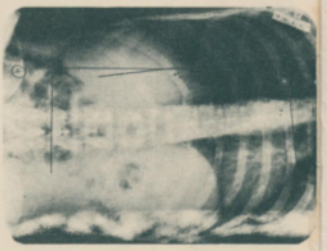
recomendando hábitos saudáveis de repouso

- Super-poroso e ventilado: não acumula poeira, pode ser lavado e até esterilizado em autoclave sem deformar-se.
- Analérgico: inteiramente de plastispuma, material celular polimerizado, inatacável por micro-organismos.
- Excelente isolante térmico: respira, deixa o corpo respirar... sem transpirar.

Radiografia da coluna dorso-lombar, de um corpo repousando sôbre leito duro. Note-se a elevada escoliôse. Rálos horizontais



Radiografia da coluna dorso-lombar, de um corpo repousando sôbre um colchão de molas novo. Rálos horizontais Percebe-se uma escoliôse menos pronunciada, bem como a imagem rádio-opaca das molas na parte inferior.



Radiografia da coluna dorso-lombar, de um corpo repousando sôbre um colchão de Plastispuma Trorion, mostrando uma escoliôse bem reduzida. Os raios são horizontais. (Em virtude da boa permeabilidade aos raios-X - mais uma característica importante da Plastispuma Trorion - houve a necessidade de "pintar" o colchão com sulfato de bário, para se poder obter o contraste na chapa radiográfica)

INDÚSTRIA E COMÉRCIO TRORION S. A.
Av. Rangel Pestana, 1105 - End. Teleg. "PLASTISPUMA" - Telefone: 35-1111 - Caixa Postal, 749 - São Paulo
PLASTISPUMA GAÚCHA S. A.
R. Gal. Lima e Silva, 737 - End. Teleg. "PLASTISPUMA" - Telefone: 5719 - Pôrto Alegre