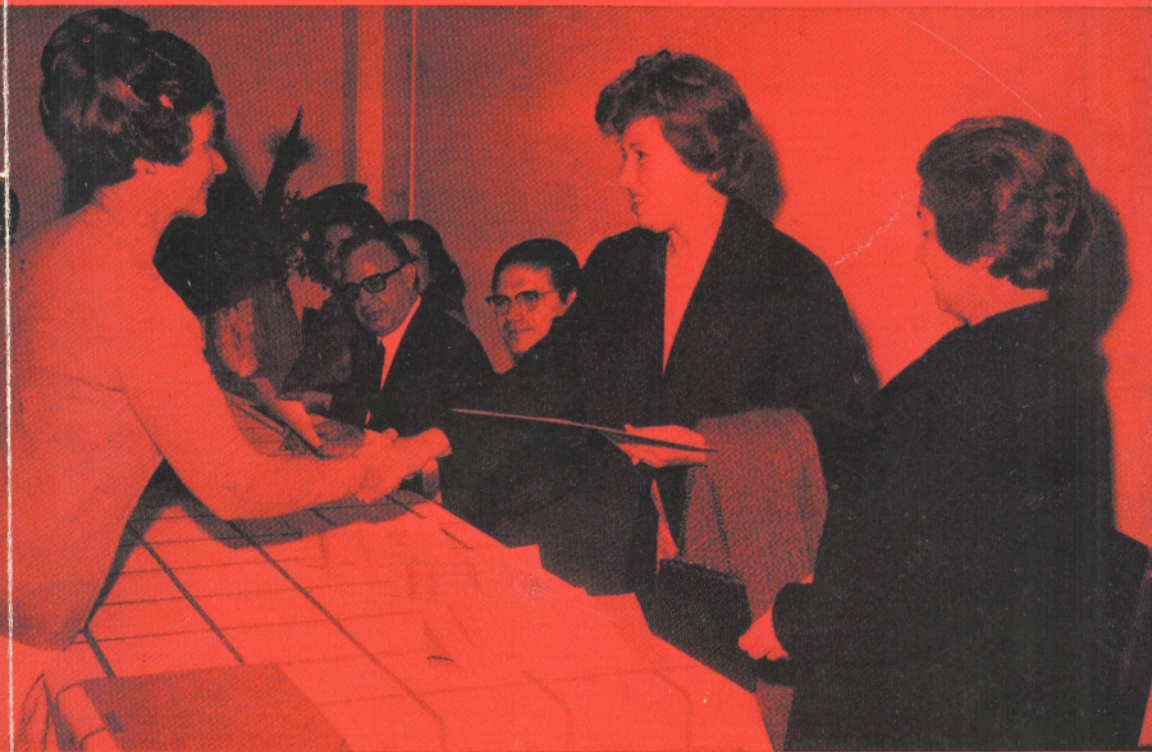


hospital de hoje

VOLUME 37

— ANO XIII

— 1968



IPH

INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES

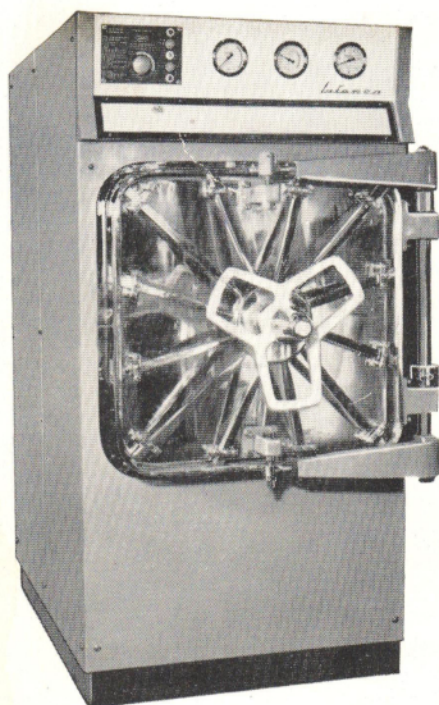


Lufenco

Os hospitais de todo o Brasil usam produtos de nossa fabricação. Financiamento a longo prazo, além da GARANTIA DE QUALIDADE. Faça também uma consulta, sem compromisso, sobre nossos equipamentos hospitalares. CIRURGIA — QUÍMICA — APARELHOS PARA LABORATÓRIO APARELHO PARA ENGENHARIA — ELÉTRICIDADE MÉDICA — INDÚSTRIA FARMACÊUTICA e MÉDICO-HOSPITALAR.

A segurança que o sr. exige...

ESTERILIZAÇÃO — AUTOCLAVES LUFERCO



ÚNICOS FABRICANTES, no Brasil, das autoclaves de ciclo totalmente automático, pré-programado, de pressão uniforme e constante.

- 1 — Termômetro de fácil leitura, obrigatoriamente de mercúrio, (porque nunca dessajusta) com bulbo instalado na saída do vapor (parte mais fria).
- 2 — Admissão de Vapor pela parte posterior, superior da câmara de esterilização, (através de disco dispersor) e saída pela parte anterior inferior (através de dreno telado removível) para obrigar a eliminação do ar, por gravidade.
- 3 — Exaustão através de funil de descarga, para impedir a contaminação da autoclave por aspiração de água do esgoto.
- 4 — Purgadores Termostáticos (e não termo-dinâmicos) indispensáveis para eliminar o ar e condensado da câmara interna e externa.
- 5 — Válvula de segurança testada e regulada na fábrica, para disparo automático, sem possibilidade de ser ajustada pelo operador.
- 6 — Manômetros robustos, de grande sensibilidade, para controle da pressão das câmaras interna e externa.
- 7 — Câmaras em chapa de aço inoxidável, soldadas a argônio (e não rebitadas). Prateleira perfurada, para livre saída do ar de dentro dos pacotes.
- 8 — Isolação térmica eficiente, para evitar perda de calor e aquecimento do ambiente.
- 9 — Volante com protetor plástico, para prevenir queimaduras.
- 10 — Pés ajustáveis, para regulação de nível (uma das causas do umedecimento de pacotes).
- 11 — Porta, de suspensão robusta e perfeito encaixe paralelo, com trava de segurança automática (impossibilitando o perigo da abertura da porta durante o ciclo de esterilização).
- 12 — Garantia de absoluta esterilidade (teste com esporos de bacilos subtilis), por 10 anos.

CENTROS CIRÚRGICOS.

CENTROS DE MATERIAL.

MATERIAL DE INTERNAÇÃO E MATERNIDADE.

INSTRUMENTOS EM GERAL

LUTZ FERRANDO

ÓTICA E INSTRUMENTAL CIENTÍFICO S.A.

AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 325
Fones: 220-2422 - 220-2995 — São Paulo

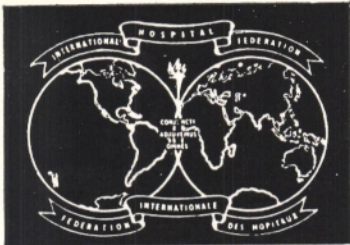
LARGO SÃO FRANCISCO, 34
Fone: 43-2955 — Rio de Janeiro

AVENIDA MARTINS DE BARROS, 593 — Ala Sul
Grande Hotel — Fone 4-0280 — Recife

Equipamentos hospitalares, indústrias farmacêuticas, químicas, laboratórios, etc.

HOSPITAL DE HOJE

Órgão oficial do I.P.H. - 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 nº 2.078 em 23-1-1954 - 4º R.T.D. — Entidade de Utilidade Pública — Lei Estadual nº 4.774, de 12-8-1958, Entidade de Utilidade Pública — Dec. Federal nº 44.735, de 23-10-1958 — Cons. Nac. de Serv. Soc. nº 119.104, de 16-12-1959 — registrado no Conselho Estadual de Auxílios e Subvenções sob o nº 1833/67.

SEDE E REDAÇÃO DO IPH — Rua Xavier de Toledo, 210 - 6º andar - conjunto 64 - Fones: 36-3869 - 35-2687 - 239-1788 — São Paulo - Brasil.

DIREÇÃO E REDAÇÃO: Diretor e Redator Responsável: Jarbas Karman. Diretores de Seção: **Acústica:** Roberto Paulo Richter. **Administração:** Pe. Niversindo Antônio Cherubin e Ruy Büller. **Saúde:** Anestésia: Kentaro Takaoka, Salvador Cromberg. **Desinfetantes e Esterilização:** Jarbas Karman. **Enfermagem:** Gisela Alcântara, Maria Rosa de Souza Pinheiro. **Farmacácia:** Carlos H. Robertson Liberalli, Henrique Tostaldi, Quintino Mingoja. **Frio e Calor:** Remi Benedito Silva. **Instalações:** Alfredo Willer. **Laboratório:** Henrique Elkis, Isaac Almar, Otávio A. Gernsbeck. **Lavandaria:** Amaury Castanho, Alfredo J. Scahier, José de Godoy Crispim, Emil Allerhand, Leopoldo C. Becheli, Kurt Miller, Ruy da Silva de Souza. **Medicina de Hoje:** Cosme De Guarnieri Neto. **Normas:** Eudoro L. Berlink, Francisco Indício de Araújo Silva. **Nutrição e Dietética:** Dalva Maria Oliani, Maecyza Bernardes de Melo. **Projetos:** Jarbas Karman. **Psicologia Hospitalar:** Joanna Wilhelm, Neomy da Silveira Rudolfer. **Psiquiatria:** Cláudio Martins, Roberto B. Tomshinsky. **Radiodiagnóstico:** José Medeiros Sobrinho. **Radioterapia:** Carlos de Campos Pagliucci, Renato Araújo Cintra. **Relações Públicas:** Alcino Tavernaro, Benedito França, Carlos Augusto Aché, Tércio Barbosa Tavares. **Saúde Pública:** Humberto Pascalli, Paulo C. Castro, Rodolfo dos Santos Marcarenhas. **Técnica Cirúrgica:** Américo Nasser. **Conselho Consultivo:** Domingos Labate, Delcídes de Oliveira Baumgratz, Nedyá Dorsa, Oscar Motta Mello, Waldemar Henrique Cardim, Wilson Guimarães. **Secretaria do I.P.H.:** Carlos Augusto Aché. **Contabilidade:** Magdalena Sapos. **Desenho:** Domingos Fiorentini, Paolo Marzi, Sérgio Fiorentini. **Direção Comercial:** Eró Dias de Oliveira. **Diagramação:** José Soares de Andrade. **Composição e Impressão:** Gráfica Sangiardi — Rua Bom Pastor, 2472 — Telefone 63-7870 — Clichês: Clicheirie Continental Ltda.

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

Índice

CAPA

Solenidade da entrega dos certificados do 1º Curso de Treinamento de Cozinheiros para Hospital no Centro de Recuperação e Triagem do Juizado de Menores da Capital presidida pelo Dr. Arthur de Oliveira Costa Exmo. Juiz de Menores da Capital.

MEDICINA DE HOJE

- Emprêgo de radioisótopos em Ginecologia e Obstetria. — *Mery Deitch Rosenblit* 3
- Alguns aspectos médicos-legais e médico-sociais da intoxicação por digitálicos. Apresentação de um caso de intoxicação mista, por digital e userpina, em quatro irmãos. — *Carlos Eduardo Rios Pereira*. 9

PESSOAL HOSPITALAR

- Pessoal Hospitalar — Número e Qualidade — Situação Atual e Perspectivas para o Futuro — Ação do Hospital na Formação do seu Pessoal. — *Leonel Barbosa Filho* 11

SAÚDE

- Plano Brasileiro de Saúde, Binômio Médico-Hospitalar. — *Renato Fairbanks Barbosa* 15

NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

- Planejamento do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital Albert Einstein. — (3ª Parte) — *Dalva Maria Oliani* 21

NOTÍCIAS I.P.H.

- 1º Curso de Atualização de Pessoal Auxiliar de Hospital 25
- 1º Curso de Treinamento de Cozinheiros para Hospital Calendário Hospitalar — Ano 1969 27
- Concurso de Técnica Cirúrgica e Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo .. 27

NOTÍCIAS DO BRASIL

- Simpósio de Terapêutica do Carcinoma Avançado da Mama 29
- XI Congresso Brasileira de Cirúrgia 29
- VI Congresso Nacional de Hospitais 29
- Felou do Colégio Americano de Cirurgiões 30
- Congressos Integrados de Cancerologia 30
- IV Congresso Brasileiro de Medicina Física e Reabilitação 30
- Forum Científico da Academia de Medicina de São Paulo. 30
- Congresso Internacional de Hospital 30

NOTÍCIAS INTERNACIONAIS

- Enfermeiras terão um uniforme por dia 31
- Morfina poderá ser substituída no combate às dores intensas 31
- Projetos sanitários 31
- Vacina contra a rubéola esperada para 1970 31
- Microscópio eletrônico 31

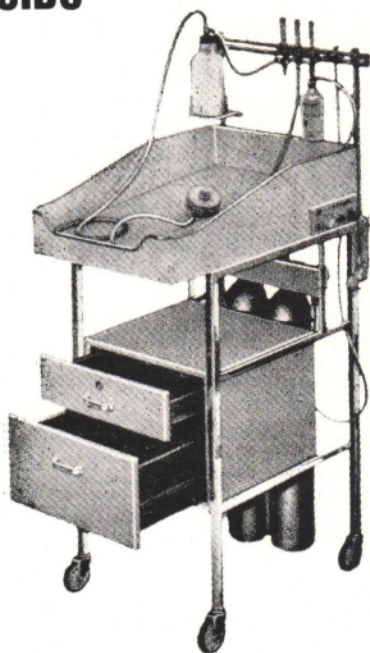
UNIDADE RESPIRATÓRIA PARA RECÉM-NASCIDO TAKAOKA

MODÉLO 4.000

- Indispensável para completa assistência ao Recém-Nascido em salas de parto, de obstetrícia operatória em berçários, e em salas de hidratação.
- Permite aquecer, aspirar, oxigenar, reanimar e administrar líquidos I.V. ao recém-nascido.
- Movei de aço esmaltado de construção robusta e esmerada, provido de Berço, duas gavetas e rodízios.
- **Aquecimento:** Termostato, chave geral. Chave com 5 pontos de regulação. Voltagem 110 volts C. A. . Lampada piloto. Cabo removível. Resistência de grande superfície e indestrutível.
- Colchão de espuma de borracha possibilita o aquecimento suave do recém-nascido e, impede a lesão térmica.
- Montagem dos acessórios em regua padrão. (sistema Boyle) de duralumínio trezado e anodizado.
- Tripla tomada com três saídas e registro geral para montagem em qualquer posição da regua. Rosca saída padrão (9/16 18 NFGA 1240) com válvula automática patenteada.
- Medidores de Oxigênio de 0-15 Litros por Minuto, para Oxigênio canalizado Modelo estandarizado, com compensação de pressão e frasco humidificador, de plástico especial.
- Um medidor semelhante ao anterior com indicação especial do fluxo a ser utilizado com Respirador "TAKAOKA" Mod.700 (5 litros por minuto).
- Um aspirador de alta eficiência com regulação e escala de 5 a 20 pol. Hg.
- Frasco de aspiração com capacidade de 500 cc provido de suporte e rolha especial.
- Dois suportes para cilindros de O₂, tamanho D ou E (não incluídos) com pinos de segurança DJ 477 e CGA 870 de Alumínio Anodizado em cor verde.
- Válvula Reguladora de Pressão, de alta precisão, construída em liga de duralumínio e diafragma de aço inoxidável. Indicador de pressão de 0 a 300 Kg/cm². Regulação de pressão 60 lbs. (4.1 Atmosferas). Cabo de Plástico com conexão rápida para os Cilindros pequenos, com possibilidade de conexão a rede e cilindro tamanho grande.
- Gavetas de aço de dois tamanhos distintos, de construção robusta e funcionamento suave, com chave e mecanismo de fechamento automático para as duas gavetas.
- Suporte para Frasco de Soro ou Sangue.
- Braço movei, com lampada de alta luminosidade possibilita melhor observação do recém-nascido ou lactante.

MODÉLO 4.100

- Idêntico ao 4.000 porém, sem aquecimento e suporte para cilindros pequenos.
- A unidade respiratória é fornecida sem cilindros.



COMPONENTES

- Respirador Mod. 700
- Máscara para Respirador
- Máscara infantil completa
- Medidor de Oxigênio Mod. 3.004
- Medidor de Oxigênio Mod. 3.003
- Medidor de Vácuo Mod. 3.500
- Frasco de Aspiração Mod. 1.010
- Humidificador Mod. 1.055
- Conexão automática Mod. 1.086
- Manômetro para Cilindro Grande Mod. 2.300
- Suporte para frasco de Soro ou Sangue.
- Braço móvel com lampada.



K. TAKAOKA

INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE APARELHOS CIRÚRGICOS

FÁBRICA E ESCRITÓRIO: AV. BOSQUE DA SAÚDE, 519 - FONES: 70-8097 — 70-1576 — SÃO PAULO
LOJA E EXPOSIÇÃO: AV. PAULISTA, 352 - 3º ANDAR, — CONJ. 32 — SÃO PAULO

Emprêgo de radioisótopos em Ginecologia e Obstetrícia (*)

MERY DEITCH ROSENBLIT(**)

Certos processos fisiológicos e fisiopatológicos que têm lugar na esfera genital feminina, particularmente durante a gravidez, podem ser estudados vantajosamente através do emprêgo de isótopos radioativos. Ao uso clínico de tais procedimentos devem associar-se, com rigor, as exigências relacionadas com a proteção somática e genética contra as irradiações; no desen-

volvimento de qualquer técnica isotópica é calculada a radiação liberada ao paciente, em relação à dose específica empregada, que deverá estar sempre aquém da dose máxima permissível conhecida.

Desenvolveremos no presente trabalho o emprêgo de radioisótopos em investigações durante a gravidez e em ginecologia, segundo o seguinte esquema: (quadro 1).

Quadro 1

RADIOISÓTOPOS EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

I — INVESTIGAÇÕES COM ISÓTOPOS EM OBSTETRÍCIA:

- | | |
|-------------------|--|
| 1) Placentografia | RI ¹³¹ SA
Cr ⁵¹ RBC
Tc ⁹⁹ HSA |
| 2) Renograma | Hippuran I ¹³¹ |

II — INVESTIGAÇÕES COM ISÓTOPOS EM GINECOLOGIA:

- a) RADIOISÓTOPOS PARA FINS DIAGNÓSTICOS:
- 1) Renograma — Hippuran I¹³¹
 - 2) Estudo da permeabilidade tubária — P³²Cr coloidal
 - 3) Diagnóstico de tumores — P³²
 - 4) Estudos autoradiográficos em Ca colo uterino — H³ Timidina
 - 5) Ensaios radioimunes para FSH, LH, HCG, — I¹²⁵FSH, I¹³¹LH, I¹²⁵LH
- b) RADIOISÓTOPOS PARA FINS TERAPÊUTICOS:
- 1) Localização micromecânica
Au¹⁹⁸ coloidal para Ca ovariano
Etiodol I¹³¹ para terapia intra-linfática
 - 2) Localização mecânica
Co⁶⁰ — em forma de bastões metálicos, para Ca de colo uterino
Co⁶⁰ — em forma líquida, para Ca de corpo uterino
P³² — em forma líquida, para estados hiperplásticos de endométrio
Sr⁹⁰ — (mais Y⁹⁰)

Serão mais detalhados os temas referentes a Placentografia, Renograma e Uso Terapêutico de Au¹⁹⁸, já que os mesmos constituem o emprêgo mais freqüente dos radioisótopos em Ginecologia e Obstetrícia.

Citaremos os demais como resultantes das diversas experiências de vários autores.

PLACENTOGRAFIA

Todos os métodos isotópicos de localização placentária baseiam-se no fato de que a mesma é essencialmente um pool de sangue, com uma rede extensa de sinusóides e vasos, representando portanto um acúmulo local de radioisótopo, qualquer que seja, tanto quanto permaneça em circulação. O método foi iniciado por

Browne e Veall (1950), os quais empregaram o Na²⁴, já que a permeabilidade placentária para ions de sódio aumenta sensivelmente no curso da gravidez (diminui no toxicose préclâmptica). Devido à rápida difusão no sistema vascular, o Na²⁴ foi substituído pela RI¹³¹SA, por Weinberg e cols (1957), tendo sido confirmado o seu valor por uma série de outros autores, de 1957 até o momento atual. Em 1960, foi sugerido o uso de RI¹³²SA (Hibbard), que reduz grandemente a irradiação da tireóide fetal. O uso de Cr⁵¹, marcando eritrócitos, foi iniciado por Paul (1963) e Vrettos (1965), apresentando a grande vantagem de sua mínima transferência para o feto.

Tanto a RI¹³¹SA como o Cr⁵¹ levam a resultados inequívocos, sendo que últimamente a grande maioria dos

(*) Palestra proferida no Curso de Radiognóstico em Ginecologia e Obstetrícia organizado pelo Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital do Servidor Público Estadual. (Chefe Dr. Cosme De Guarnieri Netto).

(**) Médica do Serviço de Radioisótopos do Hospital do Servidor Público Estadual.

serviços de Obstetrícia fazem uso destes métodos, os quais demonstraram ser de grande precisão e fácil execução, seja para o diagnóstico precoce de placenta prévia, seja para a determinação precisa da localização anterior ou posterior de placenta, que se fez extremamente necessária com o advento da amniocentese. São conhecidas as complicações que resultam da penetração da placenta durante a mesma, como sejam, o aumento de número de células fetais que penetram na circulação materna, aumentando a sensibilização, e ruptura de vasos maiores placentários com conseqüente hemorragia fetal.

Em nosso serviço temos usado a RI¹³¹SA para placentografia de rotina: são administrados por via endovenosa 5 uC do radioisótopo; após 10 minutos de espera, tempo suficiente para u'a boa homogeneização da dose no sistema vascular, fazem-se contagens por minuto sobre cada uma das 16 áreas que dividem o abdome em 4 zonas, através de uma aparelhagem constituída de um detector de cintilação, com cristal de sódio ativado por tallium, o qual mede a radiação γ emitida pela RI¹³¹SA injetada; estas medidas nos são transmitidas através do «scaler». De maneira análoga é medida também a radioatividade sobre a área cardíaca.

A avaliação dos resultados é expressa como percentagem das contagens pré-cordiais: o número de contagens sobre o «situ placentário» é, na maioria das vezes, o mesmo que o pré-cordial, sendo cerca de 2 a 3 vezes mais que o registrado sobre o restante da superfície uterina.

São então detectadas áreas correspondentes às várias modalidades de inserção placentária, sejam as de implantação anterior e lateral ou placenta prévia. No caso de implantação posterior, é obtida uma captação difusa e não há área de contagem com predominância significativa. A radioatividade será consideravelmente menor que a da área cardíaca. É preciso também considerar, na eventualidade de uma captação difusa, a possibilidade de «Placenta Acre ta», com características cintilográficas semelhantes às de placenta posterior.

O uso de células vermelhas marcadas com Cr⁵¹ também leva a resultados comparáveis aos melhores obtidos por qualquer método. As células sanguíneas, marcadas com Cr⁵¹ (15 a 20 uC) são injetadas por via endovenosa. O isótopo emite partículas γ , cuja desintegração pode ser identificada através de um detector de cintilação, usando-se então a técnica anterior de contagens.

Este método é preferível ao da RI¹³¹SA, no sentido de haver uma pequena transferência do isótopo de mãe a feto, apresentando menor radiação ao mesmo. Em virtude deste fator, previamente ao uso da RI¹³¹SA, preparamos a paciente com solução de Lugol (10 gotas no dia anterior), o qual satura as tireóides materna e fetais, diminuindo enormemente qualquer captação do I¹³¹ livre; este preparo é realizado como rotina. Antes de passarmos à análise da eficiência das provas descritas e ao efeito de radiação dos isótopos empregados, citaremos o uso recente de mais um elemento radioativo, o Technetium^{99m}, descrito primeiramente por McAfee (1964), para a localização do pool sanguíneo placentário, através do Scanning cintilográfico. Outros autores, nos anos sucessivos, têm adotado este isótopo, com êxito, o qual permite a visualização da placenta, ao contrário dos outros, que a definem através de contagens. São injetados, por via endovenosa, de 200 a 350 uC de Tc^{99m}HSA (4 uC/kg), iniciando-se o mapeamento após 5 minutos, na posição ântero-posterior ou lateral, levando 30 a 40 minutos a sua execução. A transferência placentária é quase nula, sendo de 0,4 a 0,5% o índice de isótopo encontrado nos recém-nascidos, em relação à dose administrada.

Há autores (como Beazley e cols.) que empregam o Tc^{99m}HSA (1968) em termos semelhantes aos do emprego da RI¹³¹SA e eritrocitos marcados com Cr⁵¹; isto é, 2 a 3 minutos após a injeção endovenosa de 20 uC do isótopo, são feitas contagens múltiplas em áreas delimitadas sobre a superfície uterina, usando-se o mesmo conjunto de cintilador e «scaler», que já descrevemos. As áreas que apresentam maiores contagens corresponde o «situ placentário».

Todos os métodos radioisotópicos de localização placentária apresentam a desvantagem de não acusar o quadro fetal. Entretanto, podem detectar o «situ placentário» num estágio mais precoce da gravidez (a partir da 28ª semana) do que é possível radiologicamente, e com muito menor radiação para mãe e feto, com uma exatidão de aproximadamente 95%, nos casos suspeitos de placenta prévia. Além disso, para a sua execução não há interferência de dificuldades como para os Raios X: prematuridade, má apresentação, hidrânio, gravidez múltipla e tumores pélvicos.

A nosso ver, a escolha de um ou de outro isótopo, e em comparação ao exame radiológico, baseia-se no critério de maior ou menor exposição à irradiação, por parte de mãe ou feto.

É a seguinte a radiação a que ficam os mesmos expostos, em relação aos diferentes isótopos descritos:

Quadro 2

PLACENTOGRAFIA

DOSES DE RADIAÇÃO COMPARATIVAS

Isótopo	Meia-Vida	Espectro	Dose Materna (mrads)	Dose Fetal (mrads)	Dose Tireoid. Fetal (mrads)
RI ¹³¹ SA (5mC)	8 DIAS	Emissão β e γ	15 — 44	5 — 7 s/bloqueio 20	26 3000
RI ¹³² SA (50mC)	2,4 HORAS	Emissão β e γ	7,5 — 15	s/bloqueio 2,5-5	130 — 380
Cr ⁵¹ RBC (20mC)	28 DIAS	Emissão γ	12	2 — 8	2 — 8
Tc ^{99m} HSA (250mC)	6 HORAS	Emissão γ Baixa (140 KEV)	1,5 — 5,2	2,5 — 5,4	5 — 18
Tc ^{99m} HSA (20mC)	6 HORAS	Emissão γ Baixa (140 KEV)	0,4	0,3	0,3
RADIOG. (2 FILMES)			1000	1000	1000

RI¹³¹SA = TRANSFERÊNCIA MATERNO-FETAL DA ORDEM DE 1,74%
Cr⁵¹RBC = TRANSFERÊNCIA MATERNO-FETAL DA ORDEM DE 0,01%

Dêste quadro, conclue-se, de u'a maneira bastante sensível, que o Technetium⁹⁹ seria o isótopo de escolha para a localização placentária, seja através do Scanning (250 uC), seja através do método estabelecido de contagens sobre a superfície uterina (20 uC). Apesar que, a radiação liberada pelos demais (incluindo RI¹³¹SA), após o bloqueio com iodo estável continua sendo bem menor que a liberada por 2 filmes de Raios X, e aquém da dose máxima permissível (3 rads tireóide/ano).

RENOGRAMA

A função renal durante a gravidez é estudada através de vários testes, baseados em valores sanguíneos e em valores de clearance. Paralelamente, foi introduzido, há 12 anos atrás, um método isotópico de investigação renal, o Renograma ou Nefrograma (Kimbel e Taplin em 1956), que presentemente já é aceito como um teste de rotina, já que é de fácil execução, tanto para o paciente como para o examinador, não exige preparos preliminares, e seus resultados são lidos imediatamente, fornecendo dados específicos para cada rim. Não apresenta contra-indicações, mesmo durante a gravidez, já que a radiação liberada é mínima, como veremos em seguida.

O Renograma foi introduzido por Kimbel (1956), sendo o método adaptado por Taplin e cols., e introduzido na clínica por Winter (1963) e zum Winkel (1964).

Como um teste de função tubular, trouxe conhecimentos adicionais para o diagnóstico de moléstias renais. Expressa a capacidade do túbulo de receber e excretar o traçador radioativo, sendo usado especialmente quando há suspeita de moléstia renal unilateral, defeito tubular, rim silencioso ou móvel, e quando há indicação de controle contínuo de função renal após condições tóxicas, anúria, intervenções cirúrgicas, radioterapia e quimioterapia.

Partindo do princípio de que na Urografia Excretora há uma concentração significativa do teor em iodo dos compostos usados, os autores injetaram o diodrast (iodopiraceto), marcado com I¹³¹, por via endovenosa, e simultaneamente registraram a radioatividade dos rins, utilizando-se de 2 cintiladores, colimados sobre as áreas renais. Este é o princípio geral. Esquemmatizando o procedimento da prova, discorreremos sobre: traçador, instrumentação, técnica e interpretação.

Traçador = O alvo da renografia foi encontrar como traçador uma substância radioativa que emitisse o mínimo de radiação. Por outro lado, seria necessário que a mesma fosse captada imediatamente após a injeção e unicamente pelo rim, sendo então rapidamente excretada. Foram empregadas várias substâncias, a partir do Urokon-I¹³¹, Diodrast I¹³¹, Hipaque I¹³¹, cada uma com suas próprias desvantagens. Quando, em 1960, foi introduzido por Tubis e Nordyke o Hippuran I¹³¹ (ortiodihipurato), concluiu-se imediatamente que era o agente de escolha, sendo presentemente o traçador usado em renografia.

O traçador é marcado com I¹³¹, o qual aparece em estado livre no teor de 2%. Segundo zum Winkel, foi possível detectar em ratos, e através de autoradiografias, a presença do isótopo nos glomérulos, 5 segundos após sua administração; após 10 segundos a radioatividade foi encontrada nos túbulos, a maioria do qual acumulada nas alças proximais. Similarmente ao PAH, a filtração glomerular de Hippuran é aproximadamente de 20%.

A dosagem é estabelecida entre 10 e 30 uC, não tendo sido descrito um único caso de hipersensibilidade. A carga de radiação à mãe e ao feto, após o Renograma, é a seguinte:

Para a mãe: Seriam liberados 9 mrad para as gônadas, se o isótopo permanecesse no organismo durante 24 horas. Considere-se que durante este período, a bexiga é esvaziada várias vezes, o que diminuiria esta radiação. Constitue 1 a 2% da radiação causada pela Urografia Excretora (436 mrad) para as gônadas.

Para o feto: São liberados 2 mrad para os rins e 0,5 mrad para as gônadas, o que é 10.000 vezes menos que a liberada pela Urografia Excretora.

Considerando-se que a CIEA dá como 1 rad a carga máxima permissível de radiação durante a gravidez, é perfeitamente compatível com a mesma a execução do Renograma, sempre que necessária, sem implicar em qualquer dano dêste teor.

Instrumentação = O I¹³¹, como foi mencionado na parte anterior, tem u'a vida média de 8,04 dias, apresentando uma radiação de média intensidade, sendo em 80% radiação γ , a qual pode ser medida através de detectores colimados sobre os rins, sendo aos mesmos incorporados «ratemeters» e registradores, produzindo o Renograma usual. Podem também ser medidas as áreas cardíaca e vesical, através de dois outros colimadores.

Técnica = São fatores importantes para medidas exatas: colimação que permita uma boa localização, diminuindo o máximo de radiação extrarrenal (o Hippuran apresenta u'a mínima captação extrarrenal, o que implica num diâmetro maior de colimação); situação precisa dos rins; prévia hidratação do paciente (as fases anormais de um Renograma podem ser acentuadas num paciente desidratado); e bloqueio tireoideano, que impedirá a captação glandular do iodo livre do traçador. A posição do paciente varia: sentado, decúbito dorsal ou ventral.

Interpretação = Não existe uma estandarização precisa do Renograma, em função do controle de muitas variantes. O que se selecionou até o presente momento, a partir da experiência de vários autores, é a delimitação de 3 segmentos funcionais na curva de um Renograma: fase vascular, secretora e excretora.

A primeira, a fase vascular, começa imediatamente após a injeção, e é vista no Renograma como um pico ascendente, quase perpendicular. É também chamada fase de irrigação, sendo relacionada com o enchimento do leito vascular renal e dos espaços renais intersticiais, quando o material radioativo atinge o rim. São encontrados 29% do Hippuran nos 15 segundos da fase vascular.

Esta termina e começa a segunda, a fase secretora. Representa a distribuição intrarrenal do traçador. Funcionalmente, espelha o transporte do mesmo, do líquido peritubular para o lúmen, isto é, a capacidade secretora tubular ativa. Simultaneamente, informa sobre o conjunto de todos os fatores que interferem na função renal, como filtração glomerular, secreção tubular e reabsorção. A contribuição parcial de cada fator não pode ainda ser apreciada separadamente. A fase secretora atinge seu pico dentro de 6 minutos, aproximadamente. Sigman e cols. (1964) estabeleceram, autofluoroscópicamente, que em indivíduos normais, o máximo da atividade do Hippuran ocorre na região cortical, entre 0 a 2 minutos após a injeção, na região calcial entre 0 e 4 minutos, e na pelvis renal aos 7,5 minutos. A quantidade de Hippuran excretada na urina entre 0 e 2,5 minutos, após a injeção, constitui 1% da dose.

Esta fase do Renograma, desde o acúmulo do Hippuran até o início da excreção, é a mais importante.

Na fase excretora, a concentração de Hippuran decresce distintamente nos rins e o traçador é acumulado na bexiga. O Hippuran é excretado na urina de indivíduos normais, da seguinte forma: 50% em 15 minutos, 55% em 20 minutos, 68% em 30 minutos e 90% em 2 horas (HIRAKAWA, 1963). Conseqüentemente, 20 minutos constituem a meia-vida biológica (Winter, 1961).

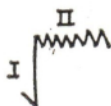
O declínio da curva cardíaca espelha praticamente a fase secretora, e, o aumento da curva urinária corresponde à fase excretora.

Quaisquer alterações, nas fases da curva de um Renograma, podem corresponder a várias entidades renais patológicas, funcionais, sem que nos atrevamos a uma conclusão diagnóstica específica.

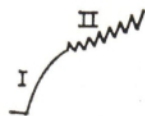
De uma forma geral, podemos classificar os Renogramas, segundo um critério de apreciação visual, em três grupos:

1 — Renograma tipo Isostenúria, em que há o achatamento e alongamento da fase secretora, com atraso no aparecimento do pico e diminuição do gradiente na fase de drenagem. A secreção tubular é mínima (SV < 1,25).

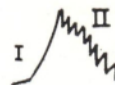
2 — Renograma tipo Obstrutivo ou de Estase, em que a atividade secretora tubular está conservada, havendo



R. tipo 1



R. tipo 2



R. tipo 3

Estas são as formas básicas, entre as quais existem muitas variantes, baseando-se nestes três grupos as alterações encontradas na hipertensão vasculo-renal. Entretanto, tem havido uma procura de métodos semi-quantitativos, que nos forneçam parâmetros de comparação. Para tal, é necessário que certos dados sejam conhecidos (dose, colimadores, altura dos impulsos por minuto e velocidade do registrador).

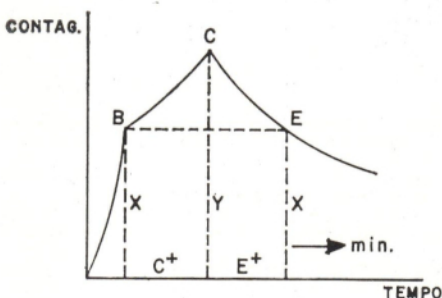
Vários métodos têm sido usados, não havendo, todavia, unanimidade sobre os mesmos. Autores como Korkówitz e Winter (1965), entre outros, consideram o critério visual do Renograma como o mais eficiente; já outros, como Spencer e cols. (1961) aceitam o teste somente para a avaliação mútua dos rins. A interpretação empregada por Boyd (1962) foi a relação entre as alturas dos 5 e 20 minutos do Renograma, a partir da linha basal.

Parecem-nos bastante aplicáveis os seguintes valores: (Biap. 19).

Segundo Kreuger:

$$\text{Conc. p/min.} = \frac{100 (Y - X)}{C_t X}$$

$$\text{Excr. p/min.} = \frac{100 (Y - X)}{E_t X}$$



Estes valores citados são aplicáveis à interpretação do teste, fornecendo assim dados comparativos, bastante objetivos, entre Renogramas de diferentes pacientes e Renogramas realizados em tempos diferentes; estes dados não seriam extraíveis no caso de uma avaliação puramente visual.

A facilidade de execução da prova, a possibilidade de ser repetida várias vezes, a ausência de qualquer risco, fazem com que o Renograma, assim como o é para outras clínicas, seja amplamente aplicável em Obstetrícia e Ginecologia. Assim tem sido em vários ser-

do crescimento contínuo da fase tubular, sem delimitação com a fase de drenagem, cuja pendente aparece diminuída, inexistente ou em elevação.

3 — Renograma tipo Nefrectomia ou de Insuficiência Renal, em que, à deflexão inicial segue-se um traço plano, em ligeiro declínio, não existindo a fase secretora. (SV < 1) (conc. % min. = 0).

Um método similar foi empregado por Wedeen (1963). O assim chamado Index de Renograma (RI) foi calculado por Hirakawa:

$$RI = \frac{(C-B)^2 + (C-E)^2}{C^2} \times 100$$

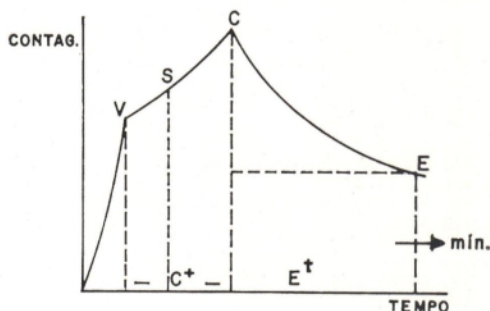
Ilustramos aqui o método empregado na Universidade de Heidelberg, em que podemos extrair os seguintes valores: (Diap. 20)

$$SV = \frac{\text{altura da secreção aos 2 min. da curva}}{\text{altura da fase vascular}} > 1,25$$

(Zum Winkel).

C_t = Tempo decorrido entre o início da injeção e o alcance da concentração máxima < 6 minutos.

E_t = Tempo, após o qual registra-se metade da radioatividade correspondente à concentração máximo < 18 minutos.



viços, com inúmeras referências de vários autores (assim como Cramer e Cerluca, em 1966 e Laakso em 1967), os quais submetem pacientes tóxicas a este teste. Laakso, na Finlândia, aplicou o método semi-quantitativo de zum Winkel, empregado na Universidade de Heidelberg.

O principal aspecto estudado foi o valor SV, que denota a passagem do traçador, do sangue para os túbulos coletores, através de uma função ativa das células tubulares. Este valor não se mostra alterado em parturientes normais; é baixo (< 1,25) na toxemia e

hipertonia antepartum, sugerindo lesão parenquimatosa dos túbulos, sendo também exemplo típico da pielonefrite. A este quadro pode estar também associado um aumento do meio-tempo de excreção (E_t).

Entretanto, estes valores mostram-se bastante melhorados, no exame pós-partum ($SV > 1.25$). Nestes casos, não houve, portanto, lesões parenquimatosas, mas sim distúrbios funcionais. Provavelmente, os baixos valores encontrados no exame antepartum, são devidos a um edema renal intersticial, que diminui o fluxo sanguíneo e a passagem do traçador, edema este, que desaparece rapidamente após o parto, voltando os valores ao seu normal.

Temos de considerar ainda, que as condições hormonais do organismo estão alteradas durante a gravidez, e afetam a função renal, apesar de não ser bem conhecido o hormônio causador de uma certa alteração funcional. Todavia, um meio hormonal alterado poderá afetar o renograma.

A análise dos outros dados semi-quantitativos, em pacientes grávidas, deverá ser feita, levando-se em consideração fatores, como a posição em que é realizado o exame: o decúbito dorsal pode simular obstrução na fase excretora, sendo esta alteração mais freqüente nas pacientes toxêmicas.

É preciso levar-se em conta que o Renograma é um dos testes mais recentes para função renal e tem sido intensamente comparado a outros testes laboratoriais; esta comparação deve deixar bem clara a principal diferença: O Renograma apresenta uma pequena contribuição de irradiação das áreas próximas ao rim, como fonte de erro, ao passo que os outros métodos clínicos são mais específicos para o mesmo. Pode ser correlacionado à Urografia Excretora, tendo-se em mente que o Renograma ilustra a função renal e a Urografia Excretora nos dá uma série momentânea de quadros da função e anatomia do rim. Não há relação entre o Renograma e os níveis de Uréia e Creatinina séricas.

Considerando-se a facilidade de execução do Renograma, tanto para o paciente como para o laboratório, a praticabilidade de sua repetição, o mesmo pode ser apreciado como um teste que possa servir para uma elucidação adicional nas alterações renais durante a gravidez.

RENOGRAMA EM GINECOLOGIA

No que concerne às aplicações ginecológicas, foram feitos muitos estudos no sentido de relacionar disfunções uretrais com operações pélvicas. Em geral, as manipulações abdominais e vaginais implicam numa fase excretora lenta, que sugere uma obstrução parcial das vias excretoras, devido a edema, atonia uretral ou espasmo, demonstráveis no Renograma.

Outra vantagem do teste consiste na apreciação das características renais, pré e post cirurgia, fornecendo dados comparativos de grande importância.

O Renograma nos dá, também, uma avaliação do estado renal de pacientes com malignidade pélvica, os quais apresentam anúria post-operatória, devido à obstrução uretral. É um método simples de observação do processo de obstrução, e pode servir como indicador da reversibilidade da moléstia em cada rim, na presença de lesões obstrutivas bi-laterais.

USO TERAPÊUTICO DE Au¹⁹⁸

Foi Hahn (1947) quem primeiro descreveu o uso de ouro coloidal radioativo (Au¹⁹⁸) em instalação intra-peritonial, no câncer ovariano. A técnica e aplicação foram aprimoradas por Müller (1949), que continua a ser uma das autoridades mundiais neste assunto.

A aplicação do Au¹⁹⁸ intra-peritonial baseia-se em duas diferentes premissas. Primeira, se a moléstia

é limitada a um ou ambos os ovários, sem propagação à pelvis ou abdome, o Au¹⁹⁸ poderá destruir as células tumorais vivas presentes no fluido peritonial ou «esterilizar» implantações microscópicas. Segunda, numa fase mais avançada da moléstia, com óbvias metástases, onde há tênue esperança de cura, o mesmo tratamento pode reduzir radicalmente a tendência à formação de fluido ascítico.

O mecanismo pelo qual se processaria esta ação não está claramente entendido. A) As células cancerosas provaram ter uma afinidade pelo epíplon, o que também acontece com Au¹⁹⁸, o que pode desempenhar um papel importante na eliminação de células cancerosas, expelidas antes ou durante a operação. B) O mecanismo de prevenção de ascite também é desconhecido.

Qualquer que seja o agente causador de ascite, é aparentemente eliminado pelo emprego da irradiação, provavelmente através de uma diminuição na produção de fluido, sendo todavia possível que a irritação causada pela irradiação aumente a absorção. É interessante notar que a ascite, conjugada a massas tumorais não ressecáveis do abdome ou pelvis, não se beneficia com a administração do radioisótopo.

Au¹⁹⁸ é um verdadeiro colóide, com u'a meia-vida de 2,7 dias, que emite radiação β (90%) e radiação γ (10%). À medida que decaia sua atividade, o ouro permanece em forma particular, no local onde foi introduzido.

Quanto à dose empregada, varia entre 100 e 200 mC, 150 mC de Au¹⁹⁸ diluído em salina e adequadamente distribuído no peritônio, liberta em m-dia 6,000 rads para o peritônio e 7,000 para o epíplon. O colóide é absorvido em quantidades insignificantes pelos linfáticos, aparecendo em quantidades mínimas na corrente circulatória.

A técnica de introdução do isótopo sofreu várias alterações; as agulhas de paracentese abdominal foram substituídas recentemente por cateteres de polietileno, que podem ser inseridos durante o ato cirúrgico. São necessários cuidados para evitar os tamponamentos, que podem ser superados através de irrigações salinas freqüentes.

Praticamente, essas instalações são feitas entre o 3º e 9º dias do post-operatório, e alguns serviços, como os de Moore e Langley, empregam-nas como rotina, nos casos de câncer ovariano, em seguida à cirurgia. A grande parte dos autores, como Hollbrook, Keettel, Müller, apresentam um aumento do índice de sobrevivência de 5 anos, nos casos tratados com Cirurgia e Au¹⁹⁸, em relação aos tratados somente com Cirurgia. Deve-se acentuar que esses resultados correspondem praticamente aos carcinomas sero-papilíferos e mucígenos, nos estágios primordiais. Os carcinomas sólidos e os indiferenciados não se beneficiam com o tratamento; ele é ineficaz nos casos de tumores inoperáveis, com metástases à distância. Entretanto, a administração do Au¹⁹⁸ poderá prevenir ou controlar a rápida formação de fluido ascítico, desde que seja feita em caráter preventivo e não paliativo.

É discutível a eficácia do emprego do Au¹⁹⁸, em virtude de muitos elementos, tais como as desvantagens inerentes às suas propriedades físicas, como vida média curta e emissão gama, que dificultam seu transporte e manuseio. Foi sugerida sua substituição pelo p³², que é um beta emissor puro e tem u'a vida média mais prolongada (12,7 dias), mas trata-se de uma suspensão e não de um verdadeiro colóide, sendo sua distribuição e absorção menores que as do Au¹⁹⁸.

Não são observados efeitos colaterais e complicações após a administração, a não ser náusea, diarreia e febre, em caráter transitório. A possibilidade de adesões peritonais é pequena.

Suas desvantagens decorrem de outros fatores, como alto preço, cuidados na administração, isolamento do paciente, que fizeram com que muitos serviços substituissem o isótopo pelo quimioterápico, o qual tam-

bém não se apresenta inócuo, desde que são conhecidos seus efeitos tóxicos no sistema hematopoiético.

Sob nosso ponto de vista, a administração de Au¹⁹⁸ deve ser considerada como mais um meio adicional no tratamento do câncer ovariano, salientando mais uma vez, que melhores resultados serão obtidos, quanto mais cedo for introduzido este elemento.

Em continuação ao emprego de radioisótopos para fins terapêuticos, vamos referir ainda o uso do Etiodol I¹³¹, tumoricida administrado por via linfática, sendo adotado por alguns serviços.

A localização mecânica de radioisótopos baseia-se nos princípios fundamentais da radioterapia intracavitária clássica. O Co⁶⁰, em forma de bastonetes metálicos, pode ser empregado como substituto universal dos tubos de Rádio, mostrando-se de mais fácil aquisição.

O Co⁶⁰, em forma líquida ou em forma perolada, é empregado para que a cavidade uterina seja irradiada em toda a sua extensão, de maneira mais uniforme possível, irradiação esta que se prolonga por vários dias. A irradiação deve ser completada, entretanto, por uma implantação de Rádio cervical e vaginal.

Inspirando-se neste método, J. H. Müller, foi o primeiro, em 1950, a desenvolver a aplicação intrauterina de p³², em forma líquida, com a finalidade de tratar, com uma radioterapia beta pura, estados hiperplásticos benignos do endométrio. Um aperfeiçoamento técnico do mesmo autor consiste no emprego do Radioestrôncio (Sr⁹⁰), o qual (em equilíbrio com o produto filial radioativo Y⁹⁰) emite uma radiação beta, muito mais rica em energia que a do p³².

Retornando ao emprego de Radioisótopos para fins diagnósticos em Ginecologia, citaremos a experiência de outros serviços.

O estudo da permeabilidade tubária com p³²Cr coloidal é realizado na escola de Buenos Aires e Montevideu (Onorati, C. e Olarte, J.), empregando-se o Rádiofosfato crômico coloidal, que é um beta emissor puro, o qual não produz efeitos indesejáveis, e, sendo colóide, não é absorvido pelo peritônio. São injetados 20 uC do isótopo na cavidade peritoneal, e a radioatividade vaginal é contada através de gases introduzidos no canal cervical, durante 72 horas. A passagem das partículas radioativas efetua-se nas mesmas condições das do óvulo humano, eliminando-se o fator de erro decorrente da introdução de um gás ou líquido à pressão. Para o momento, entretanto, o seu emprego é restrito, já que a Histerosalpingografia e a Insuflação útero-tubária são suficientes para efetuar o diagnóstico de permeabilidade tubária.

O emprego de p³² é um excelente meio de se estudar a captação do fósforo estável pelas células em «vivo»; este tende a concentrar-se duas a três vezes mais em células cancerosas do que em tecido normal. A hiperconcentração local de fosfato é uma característica de células neoplásticas e possivelmente de células em vias de malignizar-se ou de desenvolvimento mais rápido que as normais. As necessidades nucleares de fósforo aumentam, quanto mais é o tamanho do núcleo e quanto mais rapidamente se processa a mitose. Os estudos com P³², para detecção de câncer no colo uterino são cientificamente interessantes, encontrando-se cocientes de absorção de P³² de 8:1 e de 10:1; entretanto, não abrem perspectivas importantes para um aperfeiçoamento ulterior no diagnóstico dos tumores, no campo ginecológico.

O Tritium marcado, em virtude de sua baixa emissão beta, tornou-se um dos mais úteis radioisótopos para as técnicas autoradiográficas, cada vez mais emprega-

das para os estudos concernentes à captação «in vitro» de Tritium Timidina por vários tecidos, particularmente por tecidos neoplásticos. Podemos citar, entre outros, os trabalhos de Johnson Bond (no fibroadenoma e carcinoma de mama), o estudo de Richart sobre «displasia e carcinoma «in situ» do colo uterino, os trabalhos de Yanagita e Gusberg, sobre o comportamento autoradiográfico de tecido cervical, submetido à irradiação.

A análise das autoradiografias revela uma captação alta de Tritium Timidina nas displasias, assim como nos carcinomas «in situ», enquanto é limitada a 5% nas células basais e parabasais do epitélio normal, não atingindo altos níveis no carcinoma invasivo. Esta técnica parece particularmente promissora na avaliação dos efeitos de radiação, já que a captação mostra-se diminuída em células carcinomatosas submetidas à mesma.

Para finalizar, citaremos técnicas relacionadas com a investigação de hormônios. É preciso considerar que as condições são muito desfavoráveis para o estudo com isótopos, em função de condições técnicas muito mais complicadas, tanto do ponto de vista químico como biológico.

Foram descritos ensaios radioimunes para a determinação quantitativa de FSH, LH e HCG. Os ensaios são baseados respectivamente na competição entre I¹²⁵-FSH e FSH não marcado para soro anti-FSH, e entre I¹²⁵-LH e HCG não marcado ou LH, para soro anti-HCG. Este último tem sido usado para medir variações de LH sanguíneo e urinário, durante o ciclo menstrual, níveis de LH sanguíneo em normais e em período post-menopausa, e níveis de HCG em gravidez normal.

LANJAL

(SUCO CONCENTRADO

CONGELADO DE LARANJA)

- Saboroso
- Nutritivo
- Rico em vitaminas e sais minerais

Rigorosamente
natural



FISCHER S. A.

Comércio, Indústria e Agricultura

RIO DE JANEIRO

Av. Rio Branco, 37 - 20 and. - Fones: 23-2258 - 23-2115

SÃO PAULO

Av. Sen. Queiroz, 605 - S/1.101 - Fones: 34-0729 - 33-1696

Alguns aspectos médicos-legais e médicos-sociais da intoxicação por digitálicos.

Apresentação de um caso de intoxicação mista, por digital e userpina, em quatro irmãos.

CARLOS EDUARDO RIOS PEREIRA

A propósito das intoxicações por digitálicos devemos inicialmente definir a impregnação, a intoxicação e o envenenamento (ou intoxicação aguda) pelo digitálico.

A *impregnação digitálica* é o estado do paciente, obtido, com administração constante de uma dose terapêutica, por um tempo prolongado.

A impregnação é obtida com a digitoxina ou a acetil-digitoxina pois estas drogas associam-se no homem às lipoproteínas, sendo metabolizadas lentamente. A Estrofantina K e os Lonatosídeos C são eliminados mais rapidamente. Mas, a escola Francesa de H. Van Couwenberge (1) admite a possibilidade, de se obter a impregnação digitálica com o lonatosídeo C ou a estrofantina K.

Segundo Lenègre (2) a dose de digitoxina para a manutenção da impregnação é em média 0,6 mg por semana, tendo por extremos 0,20 e 1,4 mg (dependendo da idade, do peso e do estado do doente).

Esta mesma dosagem terapêutica, poderá produzir náuseas, vômitos, anorexia, arritmias, sonolência, torpor, etc. Estaria então caracterizada a *intoxicação digitálica*.

Concluimos daqui que o intervalo entre a dose útil (terapêutica) e a dose tóxica da droga é muito exigua, muito pequena.

Existem ainda alguns fatores que aumentam a possibilidade de intoxicação pelo digitálico.

a) Alterações do equilíbrio iônico: a hipotassemia aumenta a toxicidade potencial do digitálico.

b) A diminuição do fluxo coronariano, a arteriosclerose, também aumentam a toxicidade do digitálico.

c) A insuficiência respiratória aumenta a ação tóxica do digitálico sobre o miocárdio.

d) A reserpina idem.

e) Os barbitúricos potencializam a ação do digitálico sobre o sistema nervoso central, facilitando o aparecimento do coma (3).

Definiremos o *envenenamento digitálico* ou *intoxicação digitálica aguda*, como sendo a ingestão de grande quantidade digitálica, (quantidade muito maior do que a dose diária terapêutica), originando náuseas, vômitos, diarreias, arritmias, paradas cardíacas, torpor, sonolência ou até o óbito.

É o envenenamento digitálico de inegável interesse médico-legal.

Distinguiremos aqui os envenenamentos ocorridos nos *adultos* e nas *crianças*.

Nos casos ocorridos com adultos temos três aspectos sob o ponto de vista médico-legal e médico-social:

a) *Tentativa de Homicídio.*

I. Fisher descreve um homicídio (4) de u'a mulher de 57 anos, em que o digitálico foi ministrado em um copo de suco de frutas.

Paciente examinada revelou-se com síndrome de Stokes Adams, com pulso = 40 e igual número de batimentos cardíacos.

O eletrocardiograma foi a pista inicial para o diagnóstico.

O êxito foi letal.

A identificação da droga nos restos do suco de fruta foi feita pelo método de Keller's (4); um extrato de fígado da vítima serviu para a cromatografia em papel (umidificado em formamida) identificar o tóxico.

Tais casos são bastante raros.

b) *Tentativa de suicídio.*

Também não é uma forma comumente encontrada. Encontramos na literatura alguns casos (5) e (6).

Se o êxito é letal surge o problema forense de confirmar a tese de suicídio ou de ter sucedido um homicídio.

c) *Ingestão accidental.*

Ocorre raramente quando a preparação do digitálico é em gotas (erro na contagem).

Nos casos que ocorrem com crianças teríamos as mesmas hipóteses que no adulto, sendo que verificamos apenas a ocorrência accidental:

Ingestão accidental — Pode ocorrer por diversas causas:

1° — Ingestão de folhas de vegetais que contenham o princípio ativo (Digitalis purpurea, Digitalis lanata, etc). (7).

2º — Erro ao ser ministrada a droga à criança por quem dela cuida (7).

3º — Ingestão da droga pela criança, quando dela faz uso um parente (7).

4º — Intoxicação fetal transplacentária, descrita por Sherman and Locke (8), tendo a gestante ingerido 9,9 mg de *digitoxina*. O feto nasceu prematuramente, tendo êxito letal após 2 dias de vida.

5º — Ingestão pela criança que encontra a droga de forma acidental, sendo que a mesma nem era conhecida dos familiares imediatos.

O caso que passamos a descrever, socorrido no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas, serviço do Professor Dr. Waldomiro de Paula, atendido pelo serviço de pediatria, dependência da Cátedra de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, serviço do Professor Eduardo Marcondes, tratava-se de intoxicação aguda ou envenenamento em quatro irmãos que obtiveram *digitoxina* e *serpasol* ao mexerem em lata de lixo de uma farmácia.

1) D. M. C., 3 anos, masculino, branco.

2) M. M. C. F., 4 anos e 5 meses, masculino, branco.

3) S. M. C., 6 anos, feminino, branca.

4) N. A. M. C., 7 anos, feminino, branca.

A quantidade de droga ingerida não ficou conhecida.

Os pais das crianças, que haviam saído, chegaram aproximadamente uma hora após a ingestão, encontrando as crianças vomitando.

Deram leite para as 4 crianças.

Vinte e quatro horas após, como os vômitos não cessassem e as crianças se apresentassem torporosas é que elas foram levadas para o Pronto Socorro do Hospital das Clínicas.

Foram tratadas com *anti-eméticos* e hidratados por via venosa.

Não houve alterações eletrocardiográficas de monta.

A evolução foi para a cura.

Pensamos ser o primeiro caso em que tal número de crianças da mesma família sofreram envenenamento pelo digital.

Conclusões:

O aumento constante da média de vida da população aumentou muito o número de cardiopatias.

A maior facilidade diagnóstica, difunde nos últimos anos o uso do digital, como cardiotônico único. O descuido e o desconhecimento da toxicidade da droga pelo leigo, o uso de digital em suspensão, são fatos que explicam nos últimos anos o aumento do número de casos de intoxicação pelo digital, principalmente entre as crianças.

Normalmente o doente deixa na sua residência a droga ao alcance dos menores e o profissional, o médico, não se tem preocupado em alertar o leigo para o perigo do envenenamento pelo digital.

A gravidade dos casos descritos, a ação deletéria do digital sobre o miocárdio, quando em altas doses, são fatos que devem ser sempre lembrados pelo terapeuta.

1) Impregnation et intoxications digitales
H. Van Couwenberge, A. Deleix HE & M. Margouliès
Acta Clinica Belgica Vol. 18 — Nº 5 — 426-445

2) Maurice P., Scebat, L., Renais, J., Lenegre, J.
Le traitement digitalique d'entretien de l'insuffisance cardiaque
Presse Médicale, 69, 284, 1961.

3) Potter, M. L' intoxication digitalique Massive
Rev. Prat. 13, 1921, 1963.

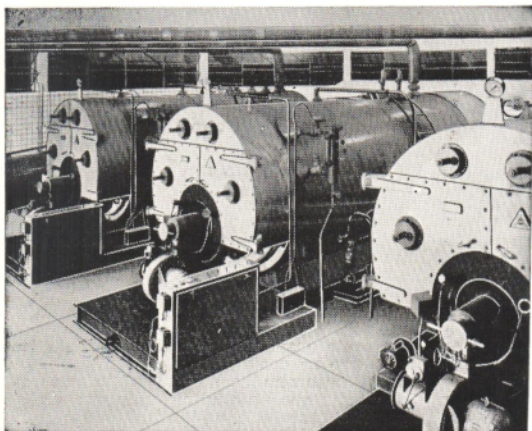
4) A case of digitalis poisoning (suspect of murder) by I. Fischer
Acta Medicinæ Legalis et Socialis.
Vol. XV — 1962 — pág. 85-86.

5) Tentativa de suicío com digitossina. A propósito de un caso.
Minerva Medicolegale Vol. 79, nº 5 — 1959 — 176.
Marco Segre

6) Travail de L'Hospital Fernand Widal. Unité de Recherche de Toxicologie Expérimentale.
A propos de L'intoxication digitalique.
Bulletin de Medicine Legale et de toxicologie Medicale.
7º Ano Nº 2 — Março de 1964.

7) Mac Namara et al.
Accidental Poisoning of Children with digitalis
The New England Journal of Medicinal
Vol. 271 — 1964 — 1106 — 108

8) Sherman, J. L., Jr. And Locke, R. V.
Transplacental Neonatal digitalis intoxication
Am: J. Cardiol. 6: 834 — 837 — 1960



HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO DE SÃO PAULO
Três Caldeiras, mod. CPA-100, fornecem vapor para todas as secções do hospital, a saber: lavanderia, cozinha, esterilização, vácuo e equipamentos diversos; bem como para o sistema de aquecimento central ar condicionado.

CALDEIRAS A ÓLEO AUTOMÁTICAS

«COMPAC»

COMPANHIA PAULISTA DE
CALDEIRAS «COMPAC»

R. Major Sertório, 200 — 2º andar — Tel.: 37-9413 — S. Paulo
Representante: Rio de Janeiro - GB — Av. Rio Branco, 156
3º andar — Grupo 3.010 — Telefone: 42-1482

Pessoal-Hospitalar — Número e Qualidade — Situação Atual e Perspectivas para o Futuro — Ação do Hospital na Formação do seu Pessoal (*)

LEONEL BARBOSA FILHO

O nosso País, como é público e notório, é pobre em estatísticas. No campo hospitalar só temos duas estatísticas: a do Ministério da Saúde, pela Divisão de Organização Hospitalar, feita em 1965 e a do Departamento de Estatística do Estado de São Paulo, feita em dezembro de 1967.

Reconhecemos o grande valor do primeiro daqueles trabalhos. Entretanto, analisando-o, encontramos um resultado estatístico que está muito aquém da verdade, ou da realidade.

De um lado aquele trabalho não apresenta os resultados, incluindo todo o pessoal hospitalar. Não considerou, se não, o pessoal médico, técnico e de enfermagem.

De outro lado, os hospitais não ofereceram a colaboração que seria desejada. Dos 741 questionários distribuídos no Estado de São Paulo, apenas 553 hospitais devolveram o questionário respondido. 171 hospitais deixaram de responder, ou deram respostas não computáveis ou impossíveis de serem consideradas e analisadas. Percorrendo a relação dos hospitais que não responderam ao questionário, encontramos um grande número de hospitais pequenos, médios e alguns até grandes. Isso nos quer dizer que aquela estatística corresponde mais a uma boa amostragem, do que uma estatística global.

Nessa estatística o número de leitos existentes no Estado de São Paulo, em 1965, seria de 53.127.

Em enfermagem, para esses leitos, apresentou o seguinte pessoal:

Enfermeiras	1.228
Auxiliares de Enfer.	2.078
Práticos de Enfer.	1.018
Atendentes	9.186
Total	13.510 servidores.

Como vemos, não foram computados os serventes, o pessoal de lavanderia, copa, cozinha, escriturários, contadores, etc.

O Departamento de Estatística do Estado de São Paulo, pela sua Seção de Estatística Militar, Chefiada pelo dr. Hugo Castanho, procedeu em 1967 a um levantamento de toda a rede hospitalar e para-hospitalar do Estado (Pronto-Socorros, Ambulatórios, Clínicas, etc.) e obteve, com relação ao pessoal, os seguintes dados:

Número de leitos existentes em 1967 no Estado: 78.448:			
Enfermeiras	1.676		
Auxiliares de Enfer.	4.634		
Práticos de Enfer.	1.273		
Atendentes	13.734		21.317
Assistentes Sociais	316		
Nutricionistas	196		
Técnicos de S. Aux.	2.039		
Obstetizes	429	(dever-se-ia computá-las na enfermagem)	
Farmacêuticos	212		
Outros Servidores	17.825		21.017
Total Geral de Servidores			42.334

Nesse mesmo Departamento de Estatística, consultamos os questionários respondidos por 13 hospitais da Capital, a saber: Clínica Infantil do Ipiranga, Santa Casa de Misericórdia, Hospital das Clínicas, Hospital Ipiranga (ex-IAPETC), Hospital Municipal, Hospitais N. S. da Conceição, N. S. da Penha, Santa Cruz, São Camilo, Hospital do Servidor Público, Instituto A. C. Camargo, Casa de Saúde Matarazzo e Hospital São Joaquim da Beneficência Portuguesa.

(*) Trabalho apresentado na 1ª Convenção Paulista de Hospitais realizada em Campinas em 11 e 12 de Outubro de 1968.

Esses hospitais tinham um total de 7.881 servidores, assim distribuídos:

Enfermeiras	407	
Auxiliares de Enfer.	1.440	
Práticos de Enfer.	171	
Atendentes	3.159	5.177
<hr/>		
Assistentes Sociais	91	
Nutricionistas	75	
Técnicos de S. Aux.	552	
Obstetrias	91	
Farmacêuticos	51	
Outros Servidores	1.844	2.704
<hr/>		
Total Geral de Servidores		7.881

Note-se que alguns desses 13 hospitais também não preencheram corretamente os questionários, faltando com alguns dados.

Sem dúvida alguma, todos nós o sabemos de sobra, é insuficiente o número de enfermeiras existentes para nossas necessidades, e muito mais insuficiente é o número de auxiliares de enfermagem de que dispomos.

As comissões de classificação do INPS têm observado que é exatamente no setor de enfermagem, com relação a pessoal habilitado, que os hospitais perdem a maioria de seus pontos de classificação.

Fizemos um levantamento em 7 hospitais da Capital do Estado, com relação ao pessoal.

Os hospitais foram os seguintes: N. S. da Penha, N. S. da Conceição, São Camilo, Beneficência Portuguesa, Santa Cruz, Clínica Infantil do Ipiranga e Instituto A. C. Camargo.

Nesse levantamento não nos interessou a qualificação profissional do pessoal servidor, mas seu grau de instrução. Num total de 2.276 servidores, obtivemos os seguintes dados:

Empregados analfabetos	36
Empregados com curso primário incompleto ..	447
Empregados com curso primário completo ...	1.073
Empregados com curso ginásial incompleto ..	182
Empregados com curso ginásial completo	206
Empregados com cursos técnicos ou científicos	174
Empregados com curso superior (não-médicos)	158

Dessa forma, temos a seguinte situação:

Empregados de nível primário ou inferior	70%
Empregados de nível ginásial (completo ou não)	16%
Empregados de nível superior ou técnico	14%

De outra parte, sabemos que, em geral, o pessoal de nível superior é constituído de enfermeiras e farmacêuticos; o grupo de nível ginásial, completo ou não, só é constituído de auxiliares de enfermagem e de escriturários; os práticos, os atendentes e os demais servidores constituem o pessoal de nível primário, ou inferior. Contudo sabemos que existe um número ponderável de auxiliares de enfermagem com nível primário.

Quanto à distribuição do pessoal pelos vários Departamentos do hospital, é, em média, a seguinte:

Serviços de lavanderia, copa, cozinha e limpeza	20%
Serviços de Medicina Auxiliar	5%
Serviços Administrativos	20%
Serviços de Enfermagem .. de 50 até 55%	55%

Nós sabemos que, em geral, nos Serviços Técnicos Auxiliares e nos de Administração, não é possível trabalhar servidor de nível de instrução primária ou inferior.

Assim, os 70% de servidores de instrução primária ou inferior, estão distribuídos entre os serviços de lavanderia, copa, cozinha e enfermagem.

Torna-se difícil, então, às Enfermeiras, às Nutricionistas ou Dietistas e à Chefe de Lavanderia dar uma produtividade razoável aos setores pelos quais são responsáveis e oferecer ao doente um serviço à altura das exigências atuais, conforme vem-se formando a convicção da sociedade.

Os serviços hospitalares não estão automatizados como os das indústrias, e dependem, em grande parte, de capacidade técnica do servidor e de sua força moral: iniciativa, perspicácia, decisão, etc.

De outra parte, sabemos que certos aparelhos usados nos hospitais quebram-se muito e isso, devido à incapacidade do seu pessoal, que não consegue aprender a manuseá-los.

Enfim, esse é o pessoal de que dispomos qualitativamente. Não temos outro e é com ele que devemos trabalhar.

QUAIS AS PERSPECTIVAS PARA O FUTURO?

Temos, no Brasil, cerca de 40 Escolas de Enfermagem. Em quase todas o número de vagas não está preenchido. Assim não fosse, teríamos o problema dos «excedentes» e não teríamos ouvido e visto as Emissoras de Radiodifusão e Televisoras, no mês de fevereiro, anunciarem que as matrículas para as Escolas de Enfermagem estavam abertas, e motivando os possíveis candidatos com uma série de vantagens.

Não se pode negar que para um trabalho tão penoso, física e moralmente, é oferecida uma remuneração inferior àquelas que outros setores da economia nacional oferecem a funções semelhantes.

Com as exigências do INPS, a demanda de enfermeiras e, principalmente de auxiliares de enfermagem, tem aumentado e provocado uma elevação dos níveis salariais. Mas estamos chegando a uma situação bastante crítica: aumenta-se a demanda, mas não há aumento da oferta; o preço sobe e a produção, isto é, a formação de auxiliares de enfermagem parece não poder aumentar. Por que?

Porque nosso povo pobre não tem condições de manter seus filhos na escola. Pagar as anuidades não é o pior; o impossível é sustentar essas moças com o rendimento único dos pais. Elas precisam de estudar e trabalhar. Porém as escolas de enfermagem não oferecem essa possibilidade. As aulas ocupam o dia todo dos alunos.

Só temos conhecimento da Escola de Enfermagem São Camilo que oferece aos seus funcionários atendentes essa possibilidade. Os empregados trabalham quatro horas diárias percebendo um salário de jornada normal. Recebem as aulas teóricas e as práticas são dadas no próprio hospital.

Uma estatística levantada pelo grupo «Educação para o Desenvolvimento» mostrou que, no Brasil, apenas 14% dos meninos matriculados no curso primário, chegam ao final do curso. Os demais abandonam a escola para procurar trabalho.

Naturalmente que uma parte desses jovens é a que futuramente trabalhará nos hospitais.

Quais as perspectivas para o futuro?

Escassez de auxiliares de enfermagem;

Nível insatisfatório do pessoal atual e futuro;

Substituição de pessoal atual por outro de nível igual.

Haverão melhorias, sem dúvida; mas isso será com uma lentidão desesperadora.

QUAL SERIA, ENTÃO, A AÇÃO DO HOSPITAL NA FORMAÇÃO DE SEU PESSOAL?

Três são as possibilidades:

1 — Treinamento em serviços;

2 — Fomentar a procura das escolas existentes;

3 — Criar escolas que atendam às possibilidades de freqüência pelos empregados atuais.

1 — O treinamento em serviço encontra uma grande dificuldade: a maior parte do pessoal sabe ler, mas não entende o que lê. Vai soletrando, e, ao chegar ao final da frase, já esqueceu as palavras iniciais; assim, não consegue compreender o sentido da frase. Além do mais, pela baixa receita, os hospitais mantêm quantidade insuficiente de servidores, de tal forma que o treinamento só pode ser fora do serviço, com pagamento de horas extras, o que também é maior despesa.

2 — Fomentar a procura das escolas é possível, mas não com resultados vantajosos. Já dissemos que a maior parte do pessoal que poderia desejar obter o curso de enfermagem não têm condições econômicas para fazê-lo.

3 — Pensamos ser mais viável a terceira solução, que daria resultados mais rápidos, pois que urge recuperar o tempo perdido.

Os hospitais se uniriam criando escolas em zonas da Capital e em cidades maiores do Interior, onde se tem mais de três ou quatro hospitais. As vagas seriam preenchidas pelos servidores dos próprios hospitais.

Assim esses servidores teriam uma promoção social e profissional (é o exemplo do H. S. Camilo).

Na zona leste da cidade de São Paulo só há uma escola, a da Casa Maternal com curso diurno em períodos da manhã e da tarde. Ao estudante só resta trabalhar uma noite sim, outra não, no maior dos sacrifícios, no sistema de horário de 12 x 36. Geralmente não agüentam um ano de trabalho.

Por que não haver escolas diurnas e noturnas?

Isso poderia ser feito tanto para aulas teóricas como práticas, já que os hospitais não fecham.

A solução, na verdade, só depende de os hospitais se interessarem verdadeiramente pelo problema.

Se de um lado isso é um ato patriótico, de outro lado é uma questão de desenvolvimento da própria empresa hospitalar. Não se compreende hoje uma empresa que não cuide da formação de pessoal habilitado e da existência de um mercado de mão-de-obra, que seja suficiente e satisfatório para atender à demanda.

De outra parte, para melhorar o nível técnico é necessário existir uma base de conhecimentos fundamentais, tais como português e aritmética.

Não resta outra alternativa aos hospitais, senão contratarem professores primários, de tal forma que, assim instruídos, seus servidores atuais tenham condições de receber treinamento em serviço ou se candidatarem às escolas de auxiliares.

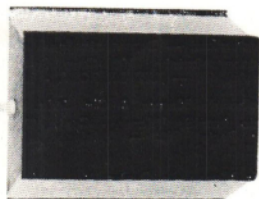
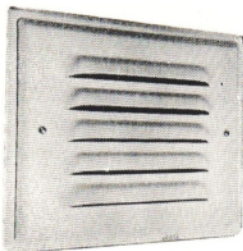
A nossa intenção foi despertar a atenção dos diretores de hospitais para esse problema fundamental para o desenvolvimento da assistência hospitalar.

Ou os hospitais investem na formação do pessoal, ou perdendo pontos na classificação, cada vez mais receberão menores remunerações pelos seus serviços prestados ao INPS.

Investir na educação não é só problema do Governo; é também problema de toda a empresa especializada.

Hospital é, por excelência, uma empresa de especialista em serviço.

Devemos dar aos atuais servidores dos hospitais, para desenvolvimento do próprio hospital, uma possibilidade de se habilitarem condignamente para a função que já vêm exercendo.



OS NOSSOS
APARELHOS DA
LINHA HOSPITALAR
TÉCNICAMENTE ESTUDADOS
SATISFAZEM AOS:

- PROJETISTAS
- ARQUITETOS
- ENGENHEIROS
- MÉDICOS
- PACIENTES

dominici

iluminação moderna

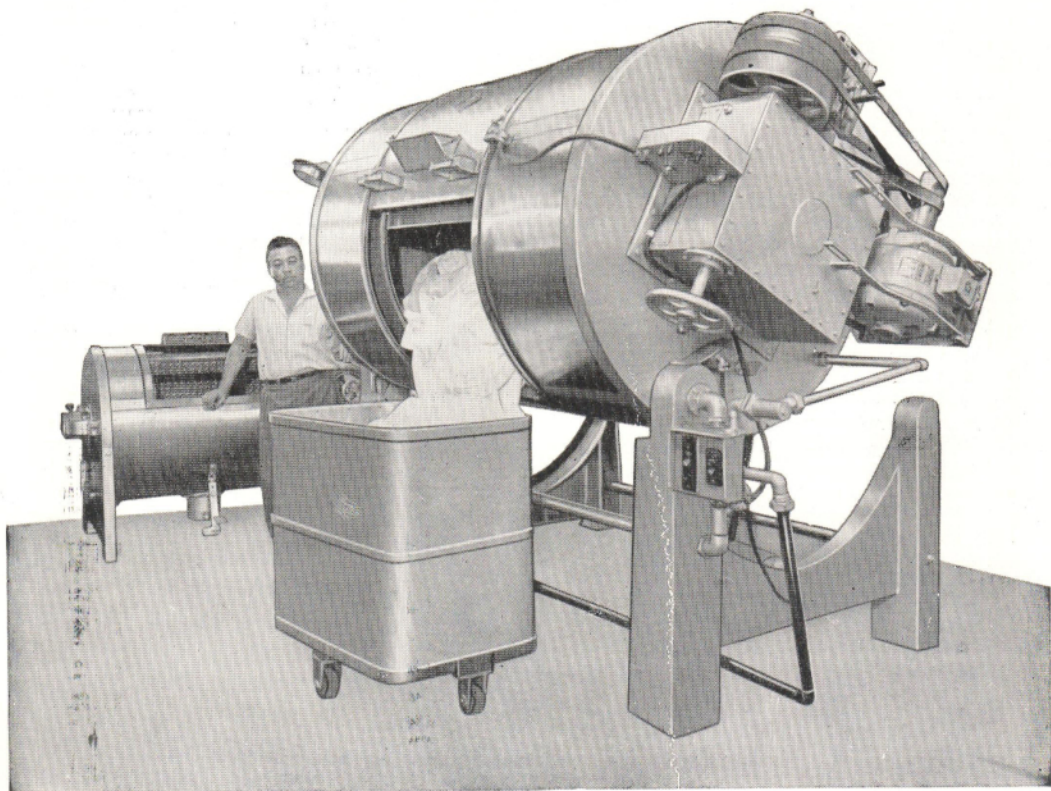
rua treze de maio, 53
telefonos: 33-9372 - 32-5687 - são paulo

rio - copacabana - tel.: 57-0321
rua figueiredo magalhães, 285-c

belo horizonte - tel.: 22-4502
avenida agosto de lima, 335

Castanho & Filhos S/A

COMERCIO E INDÚSTRIA



A MAIOR MAQUINA 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 — Estratores Centrifugos — Secadores Rotativos — Calandras e Acessórios

Rua Clélia, 98 — Telefone: 62-1721 — Enderço Telegráfico: «Castanho» — (Cod. Mascote) — SAO PAULO

Representantes:

Almar Comércio e Representações Ltda.
Rua México, 119 - Gr. 1.809 — Tels: 42-5529
37-4472 — RIO DE JANEIRO (Gb.)

T. Loureiro & Cia. Ltda.
R. Marellio Dias, 143/149 — Cxa. Postal 71
MANAUS — Est. do Amazonas

Miranda & Cia.
Trav. Campos Sales, 205 — Cxa. Postal, 264
Telefone: 4827 — BELÉM — Est. do Pará

Eliseu Duarte & Cia. Ltda.
Rua Floriano Peixoto, 614
FORTALEZA — Estado do Ceará

Equip. Industriais Representações Ltda.
R. do Hospício, 33 - sala 313 - 3º andar
Edif. São Rafael — RECIFE - PE.

Gastão Sampaio
R. Torquato Bahia, 3 - 4º andar - sala 49
Caixa Postal 1.185 — Telefone: 2-3085
SALVADOR - BA.

Roberto Mendes de Macedo
Rua Barão de Lucena, 38 — Apto. 4 Serra
Caixa Postal 2.002 — Telefone 22-4894
BELO HORIZONTE — Est. de Minas Gerais

Cia. Geral de Indústrias
Av. Bento Gonçalves, 1.503 — Tel.: 3-1033
Caixa Postal 618
PORTO ALEGRE — Est. do Rio Grande do Sul

V. Castigliani — Representações
R. Irineu Marinho, 160 (Bom Pastor) —
C. Postal 471 — JUIZ DE FORA - M.G.

Carvalho de Moraes & Cia. Ltda.
Edifício Arnaldo Vilares - Conj. 401 a 403
Caixa Postal 703 — Telefone 2-6305 —
BRASILIA - D.F.

Beatriz Monge da Cunha
R. Cel. Dulcídio, 357 - Conj. 21 — Caixa
Postal 629 — Telefone: 4-9734 — CURITI-
BA - PR.

João F. de Freitas
R. Barão do Triunfo, 60 - Apto. 1 (Menino
Deus) — PORTO ALEGRE - RGS

Plano Brasileiro de Saúde Binômio Médico-Hospitalar (*)

RENATO FAIRBANKS-BARBOSA

Iª) JUSTIFICAÇÃO

1 — *Considerando* que a Nova Etapa Social do País exige reformas urgentes, inovadoras, audaciosas e soluções brasileiras para os problemas brasileiros;

2 — *Considerando* a afirmação de que o Desenvolvimento Econômico Nacional já apresenta condições para poupança interna, necessária à formação de bens de produção, podendo tornar-se auto-sustentado pelo incremento do intercâmbio interno e distribuição harmoniosa destes bens e serviços; e a *conclusão* de que esse Desenvolvimento deve ser imediatamente acelerado inclusive com a disseminação dos referidos bens, no Setor Saúde (Centros Integrados Médico-Hospitalares); e que as novas e indispensáveis construções hospitalares, de elevado custo, não suportam *ônus de amortizações e juros*, aumentando os custos dos serviços, quando poderiam ser edificadas pelo princípio da permutação (mutualidade);

3 — *Considerando* que a tecnologia moderna da presente Evolução Histórica, torna indissociável o problema hospitalar do problema médico; que “saúde é fator de investimento”, juntamente com educação, impondo-se como “um direito natural” de todo cidadão brasileiro; que os trinta e um (31) fatores de expansão econômica recensados por Denison, iniciam-se por educação *geral* (portanto sanitária inclusive) e inovações tecnológicas, fatos confirmados pelos maiores economistas da atualidade entre os quais Galbraith ao enfatizar que “mais vale um dólar ou uma rupia aplicados nestes investimentos que em bens materiais tangíveis” (estradas, usinas, indústrias, etc.); que vivemos a “época do signo social irreversível” — (H. Veiga de Carvalho) e da *patriomonalização* das profissões liberais (Réne Savatier); e que as nações economicamente maduras (desenvolvidas) conseguiram esta posição graças à “saúde e educação *geral*” de suas populações, sendo ambas indissociáveis; e que a rápida recuperação do homem doente é fator Econômico prioritário até relacionado na Ata de Bogotá e Carta de Punta Del Leste;

4 — *Considerando* que se afirma que o Brasil apresenta o maior índice mundial de explosão demográfica, com o maior percentual de *juventude*, portanto com grande “potencialidade de trabalho” no aguardo de seu *inadiável* melhor aproveitamento, permanecendo ainda como “um vasto hospital”, alta taxa de mortalidade e calamitoso índice de morbidade e endemias que retiram do trabalho e da produção, apreciável parcela de mão de obra recuperável; que se deve *criar condições* de vivência à nova população, e também que, sem saúde *geral*, não pode haver educação *geral*, sem ambas não pode haver Desenvolvimento Econômico e sem este, não pode haver bem-estar e paz social; que o *tempo é curto*, sem rápidas providências o tempo passa, o momento escapa e o atraso fica, podendo sobreviver calamidade pública se ao aumento de população não corresponder aumento da produção; (V. N. 11)

5 — *Considerando* — que as Forças Espirituais (Ordens religiosas) e cooperativas atuando na iniciativa privada, propiciaram a nosso País, em quatrocentos anos, a possibilidade de construção, administração e *manutenção* da maioria de nossos hospitais filantrópicos (cerca de 2.200 Santas Casas), motivo porque ainda agora nos bastamos no percentual leito-população, embora de forma precária, e principalmente diante da população mais necessitada; e que intentam criar *grupos religiosos-profissionais* para incentivar a dinâmica comunitária, pelo desenvolvimento integral dos homens brasileiros, no desejo de ajudar;

6 — *Considerando* que essas mesmas forças e a “energia que dormita no seio de nossas multidões” apresentam-se novamente, em oportuno ímpeto para, em colaboração intensa com a Classe Médica (pela humanização e assistência), incentivar a dinâmica de grupo, as ações comunitárias do *solidarismo* construtivo, e melhor favorecimento da Justiça distributiva, atendendo ao realismo de que “a virtude não medra na miséria” e “não pode haver boa prática da Ética profissional, sem suficiência econômica” e que se deve procurar realizar a “justiça na liberdade, e a liberdade na justiça”, no comunitarismo *democrático*, ponte entre o individualismo e o socialismo;

7 — *Considerando* que a Cúpula governamental, com a participação ativa de Ministérios e Setores Militares, vem conduzindo com grande eficiência, o início em escala crescente do saneamento de nosso sertão, por meio de ações comunitárias, na prática sertaneja da Medicina de Grupo, em equipes dinâmicas pluriprofissionais, congregando neste diálogo e “ginxana sanitária” magnífica participação de nossos acadêmicos de medicina (Operação Rondon);

8 — *Considerando* que a Classe Médica Nacional, grandemente sacrificada pela baixa “renda per capita”, face à pobreza da coletividade, metade da população excluída do poder de compra, encontra-se em sua grande maioria imobilizada economicamente, tecnologicamente e deprimida espiritualmente em estafante encargo, não somente por tal ambiência, assim como pelo *teto e limitação intransponível*, do percentual de 1% (um por cento) da RN (verba deficiente e constante econômico) (*) frente ainda à apreciável carência de estímulo e condições favoráveis de trabalho, pelo obsoletismo e insuficiência de hospitais, e que ela *deve* responder a *apêlos* nacionais e internacionais (Latino-americanos) para atuar no binômio medicina-hospital, e que atualmente já se opera o início da migração da maioria dos médicos para os hospitais; também no anseio do “*emprego único*”, de maior produtividade;

9 — *Considerando* que essa mesma Classe ainda assim, já se iniciou em mobilização comunitária de grande produtividade acelerada (equipes e grupos), na verdadeira prática da Medicina de Grupo, quer nos centros metropolitanos, promovendo o progres-

(*) Trabalho apresentado na 1ª Convenção Paulista de Hospitais realizada em Campinas em 11 e 12 de Outubro de 1968.

-so científico e tecnológico, quer no sertão, pelos grupos dinâmicos da Operação Rondon e Caravanas médicas, evidenciando que o conceito "médico-paciente" evoluiu para "médico-paciente-ambiente", da Medicina Liberal para a Social, com preservação da primeira, mantendo a liberdade, dentro do trinômio inseparável Medicina-Patrimônio-Economia, ou Desenvolvimento Econômico, ou ainda, "médicos-hospitais-recursos".

10 — Considerando que Congressos, entidades, personalidades e publicações nacionais e internacionais recomendam, com insistência, a prática médica pelo sistema grupal, com *integração* e concomitância de serviço preventivo e curativo, executados por grupos pluriprofissionais, inclusive compostos por educadores sanitários, assistentes sociais, obstetras e enfermeiros, em *novo padrão* econômico-financeiro e mediante "novas técnicas, novos métodos, novos programas, novas concepções, novas idéias" e portanto em *novo tipo de organização* (Marcolino Candau, Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde); e que em patética advertência, dado o *alto custo* da assistência médico-hospitalar, o Prof. Hamburger, no Congresso de Moral Médica de Paris, afirmou, sem contestação que "se não fôr encontrada solução a esse problema breve chegará o dia em que se terá de escolher aqueles que deverão ser salvos";

11 — Considerando que a situação caótica ainda imperante no Setor Saúde brasileira, que não satisfaz nem ao governo, nem ao médico e nem ao paciente, *permanece frente a imenso desafio*, que lhe exige mais que dobrar o número de médicos, enfermeiros, obstetras, e hospitais, em apenas 20 (vinte) anos, em virtude da irrefreável explosão demográfica que exige ainda, neste curto tempo, aumento substancial da produção nacional; e que "seriam necessários pelo menos também 20 (vinte) anos", de acurada política econômica, em crescimento anual de 6 a 7% (atualmente 5%) para duplicar a Renda Nacional "per capita", e que *mesmo assim ainda não haveria provavelmente verba global suficiente* (**) para o pagamento condigno dos serviços de *toda a Classe Médica Brasileira*; e que por isso, surge a *imperiosidade* de novas formas de complementações (não somente de unidades de serviços), para pagamento dos médicos, e que poderiam provir da PARTICIPAÇÃO nos investimentos ou patrimônios, dentro da outra verba dos investimentos nacionais; e que essa "participação no lucro das novas empresas hospitalares" poderá ser até extensiva a enfermeiros e obstetras (motivação e estímulo profissional), desde que se criem novas condições; e que é indispensável a edificação de "grande quantidade de organizações intermédicas", grupos de trabalho, entre o indivíduo e o Estado" para defesa da dignidade da pessoa humana e capazes de conseguir objetivos que os indivíduos, por si só, não podem alcançar" (Enc. Pacem in Terris), e também para a vivência da liberdade personalista, para a qual evolue a individualista; e que o Brasil precisa de *grande quantidade de pequenos hospitais*, equitativamente distribuídos, ao invés de pequena quantidade de grandes hospitais;

12 — Considerando que o Sistema Misto de Seguridade Social, tem provado internacionalmente ser o que mais produz em benefício coletivo notável à iniciativa privada, em conjugação com os recursos do poder público, promovendo melhores condições ao "poder criador das equipes", à racionalização dos serviços, à descentralização administrativa, à desburocratização, à diminuição dos custos operacionais, à dinamização da capacidade nosocomial, ao desempenho cooperativista, à formação de pessoal auxiliar de nível inicial, ao aproveitamento prático dos cursos universitários, pela utilização eficiente dos *acadêmicos de medicina*, em serviços e aprendizagem remunerada, dentro de suas limitações legais; ao

realismo e humanismo assistenciais, á "harmonia entre o capital e o trabalho", permitindo no caso brasileiro, sem estatização ou isolacionismo, a *democratização e interiorização* da Medicina; e que é imperioso criar-se estímulo e condições de trabalho, aumentando a produção, principalmente para as *novas gerações* de médicos, em ambientes e com retribuições dignificantes; e que tais benefícios à coletividade poderão ser proporcionados e supervisionados pela *integração* da Classe Médica, do Congresso Nacional, e dos Ministérios da Saúde, Trabalho e Interior; dos Governos estaduais, municipais e Coletividade;

PROPOMOS: o estudo, em caráter urgente, a elaboração normativa e legal correspondente e a concretização imediata, pelos Órgãos responsáveis, do presente PLANO BRASILEIRO DE SAÚDE, cujo esquema global vai anexado a seguir, e a ser iniciado em "mobilização sanitária geral", por meio de "mutirões locais", de *toda* coletividade, incluindo "ginças sanitárias da juventude", plano esse que poderá completar o atual PLANO NACIONAL DE SAÚDE, em início de experimentação, e conforme preceitua seu Item V — Implantação do Sistema — quando prevê a possibilidade de revisões ou aperfeiçoamento.

II*) ESQUEMA GLOBAL DO PLANO BRASILEIRO DE SAÚDE

Sistema misto de Seguridade Social — Democratização e Interiorização da Medicina — *Extrato da sugestão apresentada à Comissão de Saúde da Câmara Federal em 14-8-68.*

1 — *Integração* de toda problemática sanitária nacional em três componentes: Binômio — Médico-Hospitalar, Poder Público, Coletividade;

2 — *Participação* do percentual demográfico geral da Nação em:

a) 20% (vinte por cento) do mesmo, na sua parte de maior renda, para entendimento direto com o Binômio Médico-hospitalar (grupos médicos — integrados a hospitais) organizando-se toda Classe Médica Nacional em grupos de trabalhos (MEDICINA DE GRUPO), tanto na forma de clínica particular quanto de *comunidades de mutuários*, estas últimas, como *financiadoras* da rede hospitalar em troca da permanente assistência médico-hospitalar. Correlação entre grupos de trabalhos *hospitalares* e grupos de trabalhos *universitários*. Treinamento e adaptação desde os bancos acadêmicos;

b) 80% (oitenta por cento) da mesma população, parte de menor renda na Previdência Social, nos âmbitos: federal, estadual e municipal, em relação também *direta* (sob garantia destes poderes públicos), com o Binômio Médico Hospitalar e sob forma de *convênios*. Cadastramento e zoneamento de grupos médicos e clientela;

c) *Percentual* de economicamente inativos: menores, dependentes e indigentes (50% do global da população) e cargo do Binômio Médico Hospitalar e Previdência Social, em seus respectivos campos de ação;

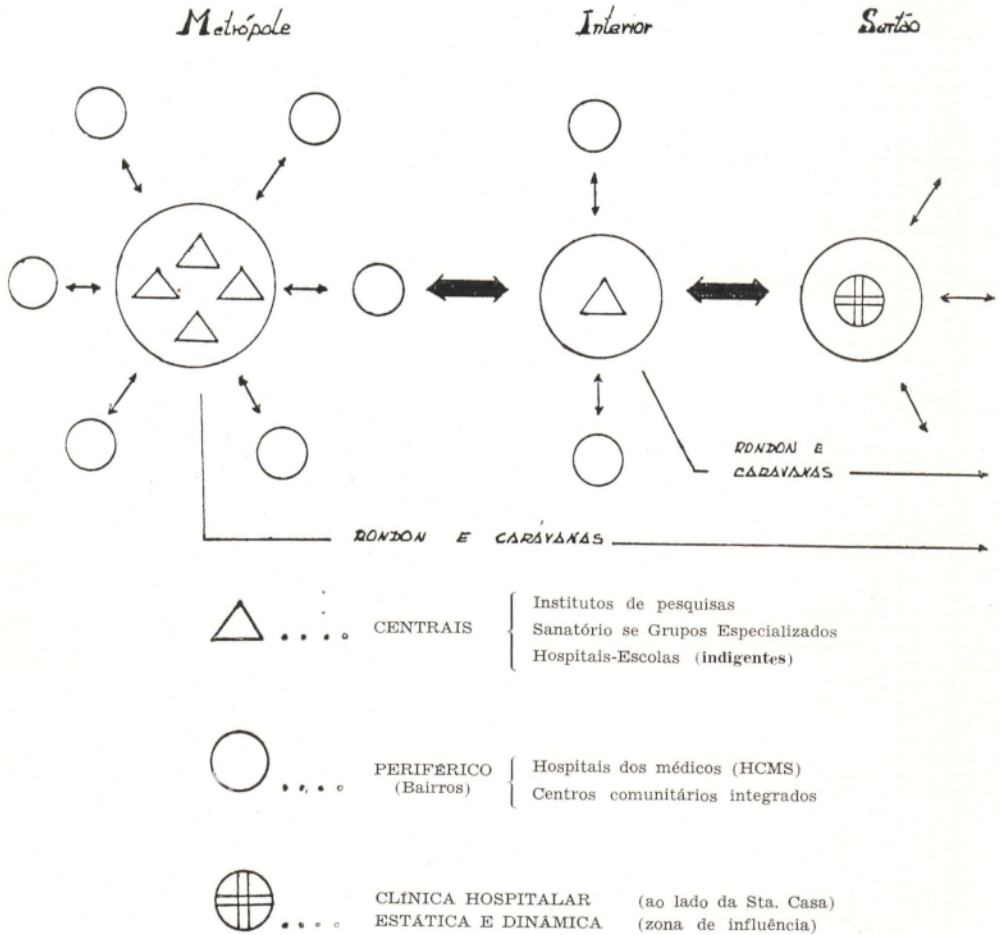
Variantes: — Possibilidade da mesma distribuição operar-se nos percentuais de 10% (dez por cento) e 90% (noventa por cento) respectivamente. Possibilidade de preservação de pequena quota do percentual previdenciário a cargo exclusivo do Ministério do Trabalho e Previdência Social para movimentação de *hospitais pilotos* convenientes a estudos para cotejos de cálculos estatísticos e de custo operacional. Integração Geral nos sistemas, dos serviços médicos preventivos, a cargo do Ministério da Saúde. Idêntica formulação nos âmbitos estaduais e municipais;

(*) Honorário médio mensal em tórno de NC:\$ 1.000,00 por médico.

DINÂMICA DO PLANO BRASILEIRO DE SAÚDE

MEDICINA DE GRUPO

- A) Interrelação e **integração** dos três setores no plano brasileiro de saúde;
- B) Democratização e interiorização da medicina — **VERSATILIDADE**
- C) **INTEGRAÇÃO** com o **Setor Universitário**: Op. Rondon e Faculdades



Objetivo: Reunião de **TODA** Classe Médica em Grupos de Trabalho.

Referência: «MEDICINA DE GRUPO» Fato Novo, Publ. do autor: Editora Mestre-Jou.

FINANCIAMENTO DO SISTEMA

- 1) Clínica Particular (de 3 a 5% da população global da Nação);
- 2) Mutuários: de 5-7 a 15% da população global: financiadores das obras e aparelhamentos em troca de serviços médico-hospitalares;

3) Previdência Social: nos âmbitos: federal (INPS), estadual e municipal (integração) e sob a forma de convênios (diretos = 75% ou indiretor = 25%) — Ver publ. «Medicina de Grupo»;

4) Outros financiamentos: nacionais e internacionais: bolsas, financiamentos para aparelhagens, quota do Imposto de Renda, etc.

Observação: — Atendimento da indigência nos Hospitais-Escolas centrais e nos filantrópicos dos três setores: metrópole, interior, sertão.

Classe Médica: ACESSO DE TODOS OS MEDICOS A TODAS AS FAIXAS DA POPULAÇÃO, individualmente, e em seus **grupos de trabalho**. Livre escolha prévia e integral (onde comporte). Ver. publ. «Medicina de Grupo».

d) *Institutos de Pesquisas e Serviços Especializados, Hospitais-Escolas, Sanatórios e demais serviços conexos, a cargo de ambos os componentes: Poder Público e Iniciativa Privada em sistema conjunto estático e dinâmico, em agrupamentos pluriprofissionais (Operação Rondon e Caravanas) e diversificada consoante condições locais, nos três setores básicos: Metrópole (capitais estaduais), Interior (regiões intermédias) e Sertão (localidades de recursos mínimos). Hospitais flutuantes para as regiões ribeirinhas (Amazonia, etc.);*

4 — *Estruturas locais, social comunitária, sob centralização normativa e descentralização administrativa, nos bairros metropolitanos e interioranos e localidades sertanejas (Unidades Integradas de Saúde). Hospitais, Hospitais Escolas e Institutos de Pesquisas centrais, aquêles para atendimento exclusivo da indigência, situados nas Metrópoles e Interior (de recurso suficiente). Hospitais periféricos, metropolitanos ou interioranos, para a prática da Medicina Integrada preventiva e curativa concomitantes, assistindo à clínica privada, comunidade mútua e aos convênios previdenciários (federais, estaduais e municipais) com integração dos Postos de Saúde do Estado e Pronto Socorro das Prefeituras. Nas localidades sertanejas: pequenos grupos médicos, conjugados ao hospital existente (em geral Santas Casas) e sob a forma de Clínica Hospitalar (Ambulatório provido de Pronto Socorro, Posto de Saúde, radiologia de emergência e laboratório de análises), mantidos com parcelamento de contas médicas (honorários) e hospitalares (leitos dias), verbas de mútuos e convênios locais (rurais). Possibilidade patrimonial para os médicos, tanto da região sertaneja quanto interiorana e metropolitana, por meio de construções "sem ônus" de amortizações e juros" garantidas pelo sistema de mutualidade ou caixa única em duas, digo, em duas verbas: de custeio de obras e reaparelhamentos bem como de manutenção (Ver Publ. "Medicina de Grupo" — Editora Mestre Jou). Base favorável do percentual estatístico (Ver Publ.)*

Observação: — Embora em independência, auto-controle e auto-financiamento o Binômio-Hospitalar seria parte integrante do CENTRO SOCIAL COMUNITÁRIO da localidade, gerido pelos elementos de cúpula de tódos os setores da vida social; Possibilidade de verbas adicionais (bolsas e financiamentos). Alívio de encargos fiscais. RACIONALIZAÇÃO de verbas e serviços;

5 — *Integração Universitária:*

Faculdades de Medicina: possibilidade de transformação, a curto prazo, de grandes hospitais centrais metropolitanos (Ex. Hospitais dos Servidores Estaduais e Hospital Municipal da capital paulista), esvaziados de sua clientela previdenciária, encaminhada por convênios para os hospitais periféricos, nos bairros em que residem, afim de criar-se novas Faculdades de Medicina, para a nova geração em explosão demográfica; Integração já referida destes setores com o Binômio Médico-Hospitalar na Op. Rondon e Caravanas;

6 — *Ação Comunitária:* com estímulos à juventude e coletividade em atuação — *dinâmica permanente* (Rondon e Caravanas) e "ginkana sanitária" nos bairros citadinos, respectivamente para convênios (Poder público) e mútuos (Iniciativa Privada) e por grupos pluriprofissionais, operando do centro para a periferia, do setor metropolitano e interiorano para o sertanejo (Ver gráfico); Mobilização geral da juventude e coletividades regionais em torno do Centro Social Comunitário Integrado;

7 — *Base Legal:* "Legislação revolucionária: Dec-lei nº 66 e 73 (art. 135) de 22-11-66 aprovando convênios e mutualidade. Unificação Previdenciária aberta para a Medicina de Grupo;

8 — *Preservação de clínica privada e livre escolha* (onde comporte) em novo conceito integrado (Ver Publ.) Conscientização e atrativos para os médi-

cos e hospitais no interrelacionamento Medicina-Desenvolvimento Econômico. Usufruto de utilidades nos serviços médicos e melhor retribuição com racionalização do trabalho. Tabelas para as diversas classes sociais. *Melhor padrão* de conforto e atendimento a Coletividade.

O Binômio Médico-Hospitalar, como fator de prioridade e preponderante na *produção nacional* e barreira contra o subdesenvolvimento, quer pela prática médica preventiva (aliviando encargos futuros), quer pela prática médica curativa — concomitante — recuperando a prazo curto o percentual enfêrmo da população para o mercado de trabalho. Atendimento ao postulado de que "o melhor dos investimentos é o feito no próprio homem". Atendimento a preceito da Declaração Universal dos Direitos Humanos: "o direito à saúde".

A descentralização administrativa e executiva realizada por grupos de trabalho, disseminados por todo o País, sob *centralização normativa* e sob direção de TÓDA CLASSE MÉDICA NACIONAL, integrada e representada por todos os seus Órgãos, também integrados com os Representantes dos Hospitais, do setor Universitário e do Setor Público: Ministérios Federais e Secretarias Estaduais e Municipais.

III*) ARGUMENTAÇÃO ADICIONAL COMPROBATÓRIA

1 — *Experiência dos Médicos Europeus:*

Em novembro de 1967, à pág. 102, a Revista "O Médico Moderno" publicou um resumo da experiência europeia, conforme artigo elaborado na revista americana "Medical Economics", onde são apontadas algumas linhas mestras de uma política de saúde, na opinião dos médicos de vários países consultados. Apresenta seis tópicos fundamentais apontados por aquêles setores (de vultosa experiência, como bem o sabemos) entre os quais o seguinte: "A clínica médica exercida por grupos de profissionais em centros médicos bem equipados, deve receber o máximo apoio e assistência financeira". Tais conselhos, acrescenta o articulista de OMM, e o alerta que eles representam derivam de informações e da experiência recolhida nos principais países da Europa, cuja situação no setor de assistência médica é analisada com pormenores na revista citada". (Os grifos são nossos).

2 — *Orientação dos médicos norte-americanos:* O jornal médico "O Pulso" em edição de 2 de novembro de 1967, nº 258, trás a seguinte notícia: "O movimento médico, digo, os movimentos de médicos americanos que trabalham em hospitais em regime de tempo integral aumentou seis vezes em correspondência com os que trabalham em clínicas particulares, informa o Medical Economics. Em 1966 o número de médicos em hospitais aumentou de 8%. Na clínica privada — geral e especializada — o aumento foi somente de 1,3%. A maior porcentagem de aumento de salário médico, no último ano, foi entre clínicos gerais que se transferiram para serviço de tempo integral em "salas de emergência" — unidades de clínica geral em hospital" (Os grifos são nossos).

Comentário do autor: Igualmente no Brasil, fenômeno idêntico acha-se em andamento, fato mais recomendável aqui em que a "renda per capita" na população é 15 vezes inferior à da americana do norte. Nos hospitais, além de obterem maior clientela e rendimento, os médicos auferem apreciáveis economias e complementações nas utilidades, sem despesas, na maioria das situações: consultórios, auxiliares, instrumental, vestiário simplificado, aproveitamento de tempo ocioso, progresso técnico-científico, etc...

3 — *O Prof. Marcellino Candau*, o notável brasileiro que é pela terceira vez, para orgulho nosso, conduzido à Diretoria Geral da Organização Mundial de Saúde, discursando por ocasião de seu recente in-

gresso na Academia Brasileira de Medicina Militar (V. Tribuna Médica n.º 332, — Nov. pág. 94) — usou das seguintes expressões:

“Os planos de saúde deverão necessariamente elaborar os programas de educação do pessoal sanitário e definir as tarefas a serem executadas pelos diversos membros da equipe. A técnica é certamente internacional mas sua aplicação deve ser adaptada às diversas situações locais.

Os países em desenvolvimento *devem adotar novas técnicas, novos métodos, novos programas e novas concepções*, correspondentes aos problemas a serem resolvidos”. A seguir: “é necessário reexaminar as funções dos diferentes membros da equipe de saúde... *“é possível aumentar consideravelmente o rendimento do médico utilizando diversos meios que a técnica moderna põe a sua disposição e que são relativamente simples e pouco onerosos, sobretudo se comparados ao custo de treinamento de um médico. E pela aplicação de novas idéias que chegaremos a resolver os problemas que parecem ainda insolúveis”, afirma aquela ilustre personalidade. (Os grifos são nossos).*

4 — *IV Conferência Nacional de Saúde:* Nesta recente Conferência, realizada com a presença dos Srs. Presidente da República, Ministro da Saúde, Diretor Geral da OMS, entre outras ilustres personalidades, 400 autoridades, durante seis dias em quatro grupos de trabalho debateram problemas deste setor. Da Revista “O Médico Moderno” (Dez. 67, pág. 31) extraímos as seguintes afirmações surgidas naquele importante conclave:

...“os programas de saúde em nosso país devem ser desenvolvidos por equipes *pluriprofissionais*, cuja composição variará em função dos aspectos predominantes dos problemas de saúde, da influência dos fatores — sócio-econômicos, evolução científica e tecnológica...”...“presentemente no Brasil é indubitável que a *formação profissional ainda não está sendo orientada para a solução dos problemas de saúde do país*...”...“*importância do recrutamento local e que seja feita uma descentralização do treinamento*...”...“*existem na realidade recursos potenciais de treinamento*...”...“*assistência técnica financeira aos órgãos locais e regionais de saúde, que revelem capacidade para organizar eficientemente centros para administração do treinamento*...”...“*realização de convênios entre o Ministério da Saúde, a Previdência Social, e instituições estaduais, municipais e particulares da saúde, num esforço conjunto de integração das atividades médicos-sanitárias*...”...“*participação ativa das Universidades e Escolas Superiores no desenvolvimento desta política*...”...“*aprimoramento da metodologia de trabalho e da tecnologia adotada à problemática regional e na produção adequada de recursos humanos necessários à implementação dos programas de saúde*...”...“*importância do planejamento universitário, da reformulação dos currículos e sua adequação ao mercado de trabalho e da criação de centros de desenvolvimento comunitário* assim como da integração das atividades assistenciais nos programas de ação governamental em *consonância com a realidade econômica brasileira*...” (Os grifos são nossos).

Comentário do autor: Haveria mais que dizer, ou a resposta já se encontra implícita na prática da Medicina de Grupo, como a vimos sugerindo há alguns anos, para todos os setores: particulares, públicos e universitários, no aproveitamento de sua versatilidade, tão peculiar?

5 — *Questão Hospitalar no Brasil — Influência das Ordens Religiosas:* Devemos saber, que nosso país ostenta com o México dentro de todo o Continente Americano a primazia na criação de hospitais. O Prof. Ernesto de Souza Campos, discorrendo sobre “História da Medicina e dos Hospitais” no número de Agosto/67 da Rev. da Associação Médica Brasileira (vol. 13 n.º 8, pág. 296) leciona da seguinte for-

ma: “O primeiro hospital americano, instituiu-se na América Latina, por obra de Cortez, no México. O segundo erigiu-se no Brasil, no atual pórtio de Santos, por iniciativa de Braz Cubas. Estabeleceu-se em conformidade com as Casas de Misericórdia portuguesas. Data de 1543”... A seguir: “Segundo Mac Eachern, o primeiro hospital, nos Estados Unidos, foi criado para socorrer soldados enfermos em 1663. O Philadelphia General Hospital considera-se o mais antigo entre os que se formaram nos primeiros tempos da grande nação setentrional...”... Aínda: “No Brasil, tais hospitais se estabeleceram depois de Santos, nas capitais das províncias e depois pela interlândia. É rara a cidadezinha do interior que não possua sua Santa Casa de Misericórdia”.

Comentários do autor: Referimo-nos a este fato porque assim como as *ordens religiosas*, em ação comunitária incipiente, já nos idos tempos, concorreram substancialmente para a criação, funcionamento e manutenção destas 2.200 Santas Casas (motivo porque ainda hoje nos bastamos teoricamente no percentual leito-população), temos razões para acreditar que, nesta *Nova Etapa Social*, um fenômeno semelhante poderia ocorrer, no esforço conjugado entre elas, a classe médica, a coletividade, e o setor governamental federal, estadual e municipal. Este é o sentido de *integração geral* que vislumbramos na evolução desta problemática prioritária: Não é sem propósito, que nos dias atuais se reúnem os Bispos Brasileiros para traçar um plano trienal que visa: “Orientar e estimular os religiosos a participarem das lutas pelas reformas das estruturas sociais”: “maior participação dos religiosos na vida das cidades, passando a viver mais afastados dos conventos e seminários e integrados nas reivindicações e alegrias do povo”. (V. Folha de S. Paulo, 6-1-68). Também, Congregações de freiras se reúnem para melhor conhecimento da “Dinâmica de Grupo”. Administração e Planejamento. Foi o que se desenvolveu há poucos dias no conclave promovido no Colégio Imaculada Conceição, na Guanabara, em curso organizado pela seção Regional da Conferência dos Religiosos do Brasil. Os Maristas (V. O Estado de S. Paulo, 11-2-68), recentemente reuniram-se em Brodowski, para estudar e sentir qual o protótipo de irmão marista para a época atual. E eles são 1.500 em todo o Brasil, número apenas superado pela Espanha e mantêm dezenas de colégios em todo o território nacional.

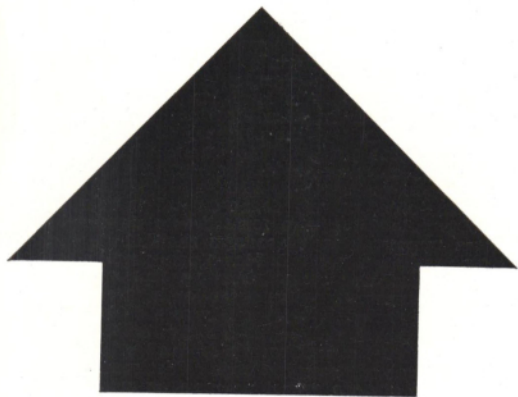
6 — *Ação Comunitária: Preparação técnica:* — Vemos na Ação Comunitária a meta do momento. E entre seus vários participantes, além dos médicos e religiosos com a cúpula local, constituirão elementos de relevância os *educadores sanitários e assistentes sociais* no trabalho conjunto de arrematamento e relações públicas. As conscientização deste fato já se encontra até despertada. Recentemente encorrou-se um curso de Planejamento em Desenvolvimento de Comunidade, na Capital paulista, promovido pelo SESI, com fornecimento de certificados a nutricionistas, educadores sanitários e assistentes sociais, para habilitá-los a uma perfeita atuação nas unidades comunitárias para promoção da melhoria das condições de saúde locais. Nestes dias (entre 5 e 9 de fev. 1968) a Diretoria de Educação Sanitária de fac. de Higiene e Saúde Pública de S. Paulo, realizou, sob patrocínio da OMS e OPAS, seções de educação sanitária onde se destacou a focalização de atuação grupal no meio da coletividade.

Em São Paulo já se pratica a ação comunitária em bairros: Existe por ex. a Ação Comunitária Penhense (V. “O Estado de São Paulo, 11-2-68) que constitui a primeira tentativa bem orientada para aperfeiçoamento do comunitarismo, fundada em 1961 por iniciativa de uma equipe de assistentes sociais. Incentiva-se assim o “espírito de comunidade”.

7 — *Operação Rondón:* já ficara implicitamente referida no decorrer de nossa explanação, nas páginas que elaboramos sobre Medicina de Grupo (Fato



Tudo que se reveste
com FORMIPLAC
fica mais bonito e
dura muito mais



**COMPANHIA QUÍMICA
INDUSTRIAL DE LAMINADOS**

AVENIDA PAULISTA, 2113
Fones: 32-8312 - 33-3364 - 36-2411 e 37-2373
SÃO PAULO

Nôvo). No quadro geral de unificação e na citação da versatilidade deste método de trabalho, situamos ali os "grupos sertanejos", em boa hora incentivados pelo maravilhoso espetáculo que assistimos no momento. Ninguém mais dúvida, nesta altura dos acontecimentos, da imensa utilidade e dos enormes benefícios que esta ação comunitária virá trazer ao equacionamento e à ordenação da problemática médica hospitalar brasileira. Implantada e desenvolvida a Medicina de Grupo pelos mais longínquos recantos desta nação, com a disseminação de novas *unidades integradas de saúde*, espalhando novos investimentos por todos os recantos e oferecendo assistência e local de trabalho à nova população, os futuros "rondonianos" irão, todo ano, em seus estudos práticos e suas observações diretas, em todos os períodos de férias escolares, encontrar no sertão, já instalados, os *postos avançados* onde se adestrarão com grande proveito, nestes estágios temporários. Algumas equipes trabalham em verdadeiros "hospitais flutuantes". Não seria este o mais eficiente recurso para o desbravamento de nossa Amazônia? Já de alguns anos esta mocidade (e por isso nosso otimismo pela "nova raça") vem dando mostras evidentes do desejo desta espontânea *colaboração social*, apressando a aplicação de sua valorosa mão de obra em prol do desenvolvimento econômico. Os estudantes de medicina de S. Paulo, por ex., já por duas vezes, em Campinas e Marília, reuniram-se em Congresso na promoção das Ligas médico-sociais, em debates por programas de assistência, e pormenores técnicos, de como desenvolver melhor o propósito de colaborar para a melhoria das condições sanitárias do país. (V. Folha de S. Paulo 28-12-67).

AQUI ESTÁ O QUE VOCÊ PROCURA

Os hospitais de todo o Brasil usam produtos de nossa fabricação.

Faça você também uma consulta, sem compromisso sobre nossos equipamentos hospitalares.

CENTROS CIRÚRGICOS
CENTROS DE MATERIAL,
MATERIAL DE INTERNAÇÃO
E MATERNIDADE,
INSTRUMENTOS EM GERAL,
LAVANDERIAS E COZINHAS.

Sem entrada, com financiamento a longo prazo,
além da GARANTIA DE QUALIDADE

I M E C

Rua Mercedes, 203 (Lapa) — Fones: 260-0261 - 260-0973
Caixa Postal, 11.895 - End. Telegr.: «Clintíficas» - S. Paulo

Planejamento do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital Albert Einstein

3ª PARTE

DALVA MARIA OLIANI

TREINAMENTO DO PESSOAL PROGRAMAS E NORMAS DE COMPORTAMENTO

TAREFA EDUCATIVA

Cabe à dietista treinar devidamente seus auxiliares a fim de obter deles a colaboração e a eficiência necessária para o bom andamento dos trabalhos.

Esse treinamento deverá abranger vários assuntos, como: higiene pessoal e geral, normas de realização e prática dos diferentes trabalhos e até mesmo regras de comportamento e relações.

Essa instrução alcançará principalmente conhecimentos elementares, mas básicos, de Dietética, para permitir o menor desperdício possível dos nutrientes contidos nas diversas substâncias alimentares.

Dadas as exigências de se manter o ritual «cosher» na alimentação de todo Hospital, os programas e normas de comportamento que se seguem poderão ser alterados, se houver necessidade.

PROGRAMAS

- 1 — Importância da saúde e sua manutenção
- 2 — Higiene pessoal
- 3 — Higiene alimentar
- 4 — Higiene do vestuário e importância da aparência
- 5 — Hábitos de higiene e a necessidade de cultivá-los
- 6 — Infecções humanas mais comuns, transmitidas por alimentos contaminados
- 7 — Manipulação higiênica dos alimentos
- 8 — Saneamento da área de trabalho
- 9 — Serviço de mesa
- 10 — Serviço de bandeja
- 11 — Regras de segurança
- 12 — Boas maneiras.

1º) IMPORTÂNCIA DA SAÚDE E SUA MANUTENÇÃO:

- dormir e repousar o suficiente para recuperar-se física e mentalmente
- trabalhar em ritmo normal para melhor desenvolvimento do trabalho
- providenciar com urgência o tratamento de qualquer ferimento ou machucadura
- comunicar qualquer mal estar que possa significar doença: resfriado, dores de garganta, dores abdominais, diarreia, febre, vômitos, calafrios, etc.
- aceitar as orientações do médico ou enfermeira, obedecendo-as e cumprindo-as

- manter-se afastado do trabalho se houver exigência médica.

2º) HIGIENE PESSOAL:

- banhar-se todos os dias
- lavar a cabeça periodicamente
- cuidar da limpeza da boca e dos dentes
- manter as unhas aparadas e limpas
- manter as mãos limpas
- cuidar dos olhos, ouvidos e nariz
- vestir roupas limpas
- viver em ambiente limpo

3º) HIGIENE ALIMENTAR:

- alimentar-se convenientemente, respeitando os horários das refeições
- tomar cuidado com alimentos crus, imaturos ou passados
- evitar alimentos que possam ter sido contaminados por moscas, ratos, baratas, etc.
- cozinhar ou ferver todos os alimentos suspeitos de contaminação
- incluir na alimentação diária: carnes, leite, queijo, frutas e verduras
- não aproveitar alimentos caídos ao chão, a menos que possam ser lavados ou descascados.

4º) HIGIENE DO VESTUÁRIO E A IMPORTÂNCIA DA APARÊNCIA:

- vestir roupas limpas dentro e fora do trabalho
- manter as roupas limpas e passadas o mais possível
- usar sapatos limpos e engraxados
- providenciar troca de uniforme diariamente
- respeitar o clima, usando agasalho contra chuva e contra o frio
- manter os cabelos penteados, prendê-los em gôrro, touca ou rede durante o trabalho
- não usar jóias durante o trabalho, somente o relógio é permitido
- conservar as mãos absolutamente limpas
- manter aparência agradável.

5º) HÁBITOS DE HIGIENE E A NECESSIDADE DE CULTIVÁ-LOS:

- limpeza das mãos: lavá-las com sabão, em água corrente e enxugá-las bem
- usar somente os lavabos destinados a isso, e nunca pias ou tanques onde se preparam os alimentos

— lavá-las depois de: usar as instalações sanitárias; fazer uso do lenço ou assoar o nariz; tocar em sacaria, frutas ou qualquer alimento ainda não lavado; mexer em material do depósito como: caixas, garrafas, pacotes, etc.; realizar qualquer trabalho de limpeza ou pegar vassouras, esfregões etc.; mexer nos sapatos, recolher ou juntar lixo ou resíduos

— lavá-las antes de: comer ou tocar em alimentos limpos ou preparados; tocar em louças ou talheres já lavados; iniciar um novo serviço; fazer uso de objetos rigorosamente individuais: toalha (prêsa no avental), copo, pente, escovas, óculos

— não mexer na cabeça, sapatos, bôca, roupas, quando estiver manipulando alimentos.

— não tossir ou espirrar sobre os alimentos ou vasilhas

— não usar copo, xícara ou talheres já servidos a outros

— não servir-se de facas ou utensílios já usados para cortar ou colocar alimentos

— não pentear os cabelos ou alisá-los com a mão durante o trabalho

— não servir-se de panos de pratos ou de copa, ou de guardanapos para enxugar as mãos

— não limpar as mãos na própria roupa

— não provar a comida na concha ou espumadeira, devolvendo-as à panela

— não transportar xícaras, copos, louças ou talheres, pondo os dedos dentro deles ou encostando-os às roupas, para isso servir-se sempre de bandejas ou carinhos.

NOTA: Ao trabalhar em áreas contaminadas, redobrar os cuidados higiênicos, não tocando nem o rosto com as mãos; não levar à bôca lápis, caneta, dedos.

6ª) INFECÇÕES HUMANAS, COMUNS, TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS CONTAMINADOS:

- a) Disenteria amebiana e bacilar
- b) Febres tifóides (tifo e paratífos)
- c) Resfriados, gripes, anginas
- d) Tuberculose
- e) Febre ondulante e disenterias
- f) Verminose (triquinose, teníase, etc.)
- g) Botulismo.

Como podem ser transmitidas:

Pelas mãos — contaminadas por saliva ou muco nasal, diretamente ou através do lenço

— por não lavá-las cuidadosamente após o uso das instalações sanitárias

— através do hábito condenável de provar alimentos ou servir-se dele com talheres já levados à bôca

— insistindo em trabalhar estando com alguma infecção, mesmo comum: dores de garganta, resfriados, espirrando ou tossindo

— lidando com a comida, tendo-se as mãos feridas

— deixando de notificar uma doença, desde os primeiros sintomas de moléstia infecciosa pode haver perigo de contaminação

— lambendo os dedos durante o preparo de alimentos

— fazendo uso de louças e talheres já servidos

— guardando ou colocando alimentos sobre a mesa ou vasilhames lavados

— servindo-se de água suja para cozinhar os alimentos

— sendo descuidados com a louça, utensílios ou talheres já limpos

— segurando copos ou xícaras pelas bordas.

7ª) MANIPULAÇÃO HIGIÊNICA DOS ALIMENTOS:

As principais causas de deterioração dos alimentos são os cogumelos e bactérias que se desenvolvem com grande facilidade nos climas quentes e temperados, causando:

a) fermentação e apodrecimento das frutas

b) deterioração das carnes

c) apodrecimento das verduras.

A proteção que se pode dar aos alimentos consiste nos sistemas básicos de conservação e nos cuidados que se devem tomar durante toda manipulação, cuidados que esses que podem ser assim resumidos:

— as provisões novas de alimentos consiste nos sistemas de serem guardadas separadamente das provisões anteriores

— deve-se usar em 1º lugar, os alimentos estocados há mais tempo, deixando-se sempre lugar para os que chegam.

— cozinhar os alimentos cuja cocção permita maior durabilidade

— escolher periodicamente os alimentos estocados, retirando o que estiver em início de deterioração

— conservar os alimentos limpos de suas partes que possam facilitar o apodrecimento: caules, folhas, etc.

— proteger os alimentos de poeiras, insetos, etc. conservando-os cobertos ou fechados

— conservar os vasilhames limpos para os alimentos

— acomodar as porções de alimentos (carnes, hortaliças, frutas) de modo que o ar circule ao redor deles

— não guardar alimentos molhados

— fazer uso de recursos vários que permitem maior duração (e aproveitamento) dos alimentos:

a) conservando-os em salmoura, vinagre, ou vinha d'alhos (aves, carnes, hortaliças, etc.)

b) expondo-os à defumação

c) transformando-os em doces, pastas ou geleias, que se conservam melhor pela concentração do açúcar

b) usando antissépticos como benzoato de sódio

— pães, bolos, massa e toda forma de pastelaria devem ser protegidos contra mósca, poeira e manuseio

— preparações à base de leite e ovos (cremes ou cremosos) devem ser guardados no refrigerador, logo depois de esfriados e até a hora de servir

— manipular os alimentos com cuidado a fim de não os contaminar ou amassar, tirando-lhes a forma e o aspecto natural

— acomodar os alimentos em vasilhas e bandejas limpas, retirando-lhes, (quando possível) o invólucro (caixas, cartuchos, etc.)

— não acomodar os alimentos diretamente nas prateleiras do frigorífico

— alimentos perecíveis devem, com maior urgência, serem, acomodados nos frigoríficos, a fim de não permanecerem expostos à temperatura ambiente

— manter as portas fechadas do frigorífico, a fim de se manter a refrigeração perfeita e a temperatura constante

— manter as sacarias em estrados acima do chão para circular o ar e a limpeza tornar-se mais fácil

— não acumular sacaria ou caixas de alimentos em cantos de acesso ou de limpeza difíceis

— alimentos como feijão, arroz, ervilha, lentilha, após abrir os sacos, devem ser guardados em vasilhas de metal ou caixas de madeira

— batatas e outros tubérculos ou raízes, devem ser guardados sem compressão, em caixas de madeira ou armários talados ou espalhadas sobre um estrado

— todo alimento já preparado deve ser pôsto no refrigerador em vasilha fechada ou coberta

— toda sobra de alimentos, crús, ou preparados, deve ser utilizada em 1º lugar

— todo alimento cozido deve ser esfriado antes de ser pôsto no refrigerador.

— todo alimento cozido deve ser esfriado antes de ser pôsto no refrigerador.

— todo alimento cozido deve ser esfriado antes de ser pôsto no refrigerador.

— todo alimento cozido deve ser esfriado antes de ser pôsto no refrigerador.

— todo alimento cozido deve ser esfriado antes de ser pôsto no refrigerador.

— todo alimento cozido deve ser esfriado antes de ser pôsto no refrigerador.

— todo alimento cozido deve ser esfriado antes de ser pôsto no refrigerador.

— todo alimento cozido deve ser esfriado antes de ser pôsto no refrigerador.

— todo alimento cozido deve ser esfriado antes de ser pôsto no refrigerador.

— todo alimento cozido deve ser esfriado antes de ser pôsto no refrigerador.

— todo alimento cozido deve ser esfriado antes de ser pôsto no refrigerador.

— todo alimento cozido deve ser esfriado antes de ser pôsto no refrigerador.

Cuidados com as aves

As aves devem ser limpas logo após o abate, eviscerando-as para evitar alterações que podem influir até no seu sabor (bactérias próprias do seu aparelho digestivo).

Cuidados com o leite

Nunca misturar leite do dia com leite de remessas anteriores.

Não deixar leite fora do refrigerador ou câmara própria. Providenciar o aproveitamento ou fervura do leite de remessas mais antigas.

A contaminação do leite pode ser feita pelo uso de utensílios ou vasilhames usados ou mal lavados.

Não juntar água ou gelo no leite.

Cuidados com os pescados

Os peixes, mariscos e outros pescados crus, estragam-se muito mais depressa que a carne e facilmente se contaminam por água impura.

Não deixar os pescados em temperatura ambiente mais do que o tempo necessário ao seu preparo.

Os pescados frescos ou saídos do congelador não devem permanecer mais que um dia no refrigerador.

Depois de cozidos, os pescados devem ser servidos no mesmo dia.

Cuidado com as frutas

Uma fruta estragada poderá causar o apodrecimento de outras; escolha-as cuidadosamente.

Evitar contacto de frutas boas com frutas velhas, passadas ou estragadas.

Disponibilizar as frutas, a fim de amadurecerem, em camada única sobre bandejas ou prateleiras, próprias.

8º) SANEAMENTO DA ÁREA:

Conjunto de regras a serem obedecidas para que a cozinha e toda área de serviço sejam mantidas em perfeitas condições de higiene:

— Conservar toda área livre de insetos, ratos e outras pragas.

— Não deixar portas ou janelas abertas, se desprovidas de telas.

— Pulverizar inseticida todas as noites, antes de fechar cada cômodo.

— Retirar os alimentos das caixas, cestos e sacos, antes de levá-los à cozinha ou despensa.

— Conservar toda área, desde o recebimento, livre de tranqueiras.

— Conservar cobertos os depósitos de lixo.

— Limpar cada área de serviço, após cada atividade.

— Não deixar cair ao chão cascas ou restos de alimentos, usar bandejas para apará-los e transportá-los.

— Manter rigorosamente separadas as peças limpas.

— Manter o chão, prateleiras ou balcões rigorosamente limpos, mesmo durante o trabalho.

— Não deixar resíduos nas pias, tanques ou balcões de trabalho.

— Guardar convenientemente todo material lavado para conservá-lo protegido.

— Evitar uso de vassouras durante os trabalhos; quando se fizer necessário, cobrir todos os alimentos e materiais limpos.

— Realizar periodicamente a limpeza de armários, prateleiras, muflas, fogões, encanamentos, torneiras, bem como de cada dependência, da área.

— Conservar todo equipamento de limpeza (vassouras, escovas, baldes, esfregões, panos de limpeza), limpos em lugar adequado e limpo, expondo-os freqüentemente ao sol.

— Remover o lixo com freqüência e conservar os depósitos e vasilhames muito limpos, lavando-os freqüentemente.

— Não deixar panelas, utensílios ou louça servida, espalhados pelas dependências.

— Nunca deixar panelas, utensílios, caçarola, ou alimentos no chão.

9º) SERVIÇO DE MESA

O trabalho de servir mesa, exige ainda maior cuidado na observância das regras de higiene.

No que diz respeito à aparência pessoal e geral, devemos observar: roupas (uniformes perfeitamente limpos e passados).

— mãos rigorosamente limpas e unhas aparadas.

— cabelos bem penteados

— ausência de jóias (só permitido o uso do relógio).

— sapatos limpos e engraxados.

Cuidados quanto ao trabalho

— Manusear o menos possível a louça, talheres e demais utensílios.

— Não manusear os alimentos, usar convenientemente os talheres de servir.

— Certificar-se da limpeza do ambiente (piso, mesas, cadeiras), antes do início das refeições.

— Os comensais deverão encontrar a sala em perfeita ordem.

— Antes de começar a servir, verificar se todos os pratos, talheres e copos estão nos lugares, em ordem lógica.

— Ao apresentar um talher segurá-lo pelo cabo, as xícaras, copos, ou pratos não devem ser segurados pelas bordas.

— Ao servir um alimento faça-o com cuidado, evitando tocá-lo com as mãos.

— Após cada refeição deve-se proceder à limpeza dos materiais das mesas: saleiros, vidros de pimenta, azeite, vinagre, molhos, açucareiros.

— Ao apresentar as travessas deve-se cuidar que estejam com as bordas perfeitamente limpas, e o alimento bem colocado.

— Todos os líquidos devem ser servidos em vasilhame adequado: sopeiras, molheiras, pratos fundos, copos etc.

— Ao servir café ou chá, cuide para que o líquido não derrame no pires, se acontecer, troque por outro limpo.

— Servir sempre pelo lado esquerdo e retirar as louças e talheres pelo lado direito.

— Antes de afastar-se da mesa, verifique que todos os pratos estejam ao alcance de todos.

— Assim que os pratos sejam desocupados, retirá-los da mesa.

— Trabalhar sem barulho, evitando ruídos com louças e talheres.

10º) SERVIÇO DE BANDEJA

— Cuidar que as bandejas, louças, cristais e talheres estejam rigorosamente limpos e brilhantes.

— Colocar os alimentos nas vasilhas sem esparramá-los, mantendo as bordas bem limpas.

— Disponibilizar cuidadosamente os elementos da bandeja, lembrando que isso vai influir na aceitação dos alimentos.

— Evitar tocar nos alimentos.

— Manter os alimentos aquecidos e protegidos até o momento de servi-los.

— Realizar com cuidados maiores, o transporte e a distribuição de líquidos, sopas e molhos.

— Servir a refeição adequada para evitar pratos sobrecarregados.

— Ao servir a refeição, respeitar o gosto e as aversões do paciente, sempre que possível.

— Encorajar os pacientes a se alimentarem.

— Entregar a bandeja ao paciente só depois de convencer-se de que está pronto para se alimentar.

— Servir os alimentos na ordem lógica em que devem ser ingeridos.

— Retirar a bandeja logo após o paciente terminar sua refeição.

11º) REGRAS DE SEGURANÇA

— A pressa causa desperdícios e é, freqüentemente, causa de acidentes.

- Não corra na área de serviço, além de prejudicar o trabalho pode ser a causa de acidentes graves.
- Preste atenção por onde caminha, entre a saia das dependências com cuidado.
- Evite deixar no chão coisas que possam provocar tropeços ou tombos.
- Conserve corredores e escadas rigorosamente limpos.
- Não deixe utensílios ou louças mal lavadas, colocadas nas mesas e prateleiras.
- Mantenha os cabos de painéis e caçarolas viradas para o centro.
- Verifique e comunique tôdas as quebras, lascas ou rachaduras de pratos, copos, etc.
- Não pretenda pegar o que não alcança; sirva-se de escada ou dê volta ao móvel.
- Não sobrecarregue bandejas ou tabuleiros
- Aprenda a apanhar as coisas do chão em posição correta, dobrando os joelhos e não a cintura.
- Saiba servir-se dos pontos de apoio do corpo, ao levantar-se ou carregar peso.
- Não use cadeiras ou caixões para alcançar pontos mais altos, sirva-se da escada.
- Não insista em carregar sózinho, um peso excessivo; peça auxílio.
- Tome cuidado com arames afiados, pregos ou cintas metálicas de caixas e caixotes.
- Use pinças e proteção quando lidar com objetos quentes.
- Evite queimaduras sempre que trabalhar próximo aos fogões ou caldeiras.
- Não deixe espalhados pelo chão pregos, arames ou fitas metálicas retirados de caixas e caixotes.
- Use roupas próprias, roupas abotoadas para não prender-se ou enroscar-se. Mantenha as portas presas pelos trincos.
- Aprenda a movimentar corretamente todos os mecanismos do serviço, isso renderá mais trabalho e os conservará melhor.
- Comunique imediatamente qualquer distúrbio ou

- defeito nas máquinas, nos móveis, encaamentos, esgotos, etc.
- Evite que companheiros inexperientes realizem práticas perigosas.
- Não mexa em tomadas, pontos elétricos ou aparelhos ligados, tendo as mãos molhadas ou engorduradas.
- Mantenha o chão sempre limpo e seco, principalmente ao redor dos aparelhamentos elétricos.
- Facas e objetos afiados devem ter posição e lugar certo para serem guardados.
- Ao transportar facas, espetos e outros objetos cortantes ou perfurantes, segure-os pelo cabo, virando-os para o chão.
- Verifique os dispositivos de segurança de todos os aparelhos e equipamentos, antes de colocá-los em movimento.
- Verifique se tôdas as peças do equipamento estão bem colocados e nos devidos lugares, e se os aparelhos estão perfeitamente montados, antes de ligá-los.

12º) BOAS MANEIRAS:

- Respeitar os chefes e superiores.
- Considerar os companheiros de trabalho.
- Cumprimentar todos os conhecidos.
- Agradecer todos os favores ou gentilezas recebidas.
- Solicitar obséquios com delicadeza.
- Informar-se da saúde de um companheiro doente.
- Não gritar ou falar muito alto.
- Não gargalhar ou rir com espalhafato.
- Acéscar-se respeitosamente dos superiores.
- Comunicar incidentes ao chefe imediato, evitando comentá-los com os companheiros.
- Não comentar maldoamente, atitudes alheias.
- Evitar intrigas ou discussões.

NOTA: O treinamento incluirá ainda instruções sobre o manejo, limpeza e conservação do equipamento; essas aulas serão dadas na própria cozinha, manejando-se os aparelhos já instalados, a fim de melhor preparar os serviços.

Para Consultórios e Hospitais

ITA apresenta a última palavra em Tapêtes de Forração

VONEL ACRIL CARPET

(FIBRA ACRÍLICA IMPORTADA)

ANTI-ALERGICO — ANTI-TRAÇA — ANTI-MOFO — NÃO INFLAMÁVEL

... e de grande durabilidade



Além dos já tradicionais:

ITA CARPET

ATLÂNTIDA CARPET

INDÚSTRIA DE TAPÊTES ATLÂNTIDA S.A.

Rua Voluntários da Pátria, 596 — Telefone: 298-5211 — São Paulo

Notícias I.P.H.

PUBLICAÇÕES RECEBIDAS PELO I. P. H.

Revista Médica de Juiz de Fora — Volume 13 — Minas Gerais — Brasil.
O Médico Paulista — Boletim Informativo da A.P.M. — Novembro 68 — Brasil.
Notícias Culturais da Alemanha — Inter Naciones — Alemanha — Novembro 68.
Hifen — União Cultural Brasil-Estados Unidos — Brasil — Dezembro 68.
El Hospital — E.U.A. — Clissold Publishing Company — Setembro 68.
The Hospital — Inglaterra — Institute of Hospital Administrators — Setembro e Outubro 68.
Progressive Architecture — E.U.A. — Reinhold Publishing Corporation — Setembro 68.
Hospitalis — Suíça — Agosto 68.
Canadian Hospital — Canadá — Canadian Medical Association — Agosto-Setembro 68.
L'Ospedale — Itália — Associazioni Nazionale Di Ospedale — Agosto 68.

O Médico Moderno — Brasil — Gepesa — Outubro 68.
Vida Hospitalar — Brasil — Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo — Outubro-Novembro 68.
Acrópole — Brasil — Max Gruenwald e Cia. — Setembro 68.
Engenharia — Brasil — Instituto de Engenharia — Setembro e Outubro 68.
Hospital Topics — E.U.A. — Hospital Topics Inc. Publication — Julho 68.
Cronica De La OMS — Genebra — Organización Mundial de La Salud — Setembro e Outubro 68.
Hospital Management — E.U.A. — Clissold Publishing Company — Agosto 68.
O Empreiteiro — Brasil — Editor Técnico — Agosto 68.
Revista Paulista de Hospitais — Brasil — Associação Paulista de Hospitais — Setembro 68.
Hospital Purchasing Guide — Supplement to The Hospital — Inglaterra — Outubro 68.
Ericsson Review — Suécia — Ericsson — Vol. 45 — 68.
Protection Civile Internationale — Genebra — Julho 68.
Jornal da Associação Médica Brasileira — Brasil — A.M.B. — Novembro 68.
Temas de Arquitectura y Urbanismo — Espanha — T.A. — Agosto 68.
O Dirigente Construtor — Dirigentes S/A — Brasil — Outubro 68.

Iº CURSO DE ATUALIZAÇÃO DE PESSOAL AUXILIAR DE HOSPITAL

Realizou a ESCOLA DE FORMAÇÃO DE TÉCNICOS, ADMINISTRADORES E CONSULTORES HOSPITALARES DO I.P.H. no período de 16 de setembro a 5

de novembro de 1968 o Iº Curso de Atualização de Pessoal Auxiliar de Hospital:

Diretoras do Curso

Professora Mirian Dormeyer

Professores

Erna Bastian
Jarbas Karman
José Antônio Fonseca
Maria José Barbosa de Carvalho
Matheus Antônio Romano
Minervina Zogbi Ribeiro de Melo
Mirian Dormeyer
Nancy S. Hanada
Olinda Bitencourt
Sonia Del'Aquila

Alunos

Aleguici Bernardino
Angelica Seruge Zamlutti
Antônio Menezes Silva
Dirce Conceição França
Elison Rodrigues
Elizabeth Marcondes da Luz
José Francisco Moreira
Irmã Benedita Costa Araújo
Josefa Rosa dos Santos
Leonor Marques
Liliana Hadich
Maria Assumpção Francisco
Massako Nishida
Shizoco Inata
Walter Augusto Pinheiro
Wilma Manenti Francisco
Yara M. L. de Carvalho

Danton Reis
Hoover Americo Sampaio
Miguel Rodrigues Perez
Maria Heinlik
Saiji Assakawa



D. Maria José Barbosa de Carvalho, Vice-Presidente do I.P.H.; D. Mirian Dormeyer, Diretora do Curso; D. Dalva Maria Oliani, Diretora do I.P.H.; Padre Renato Pasqual e Padre Augusto Mezzomo, do Hospital São Camilo, na aula inaugural.



Aspecto da Mesa Diretora na aula inaugural da Enf. Mirian Dormeyer.

ESCOLA DE FORMAÇÃO DE TÉCNICOS, ADMINISTRADORES E CONSULTORES HOSPITALARES DO I. P. H.

1º CURSO DE TREINAMENTO DE COZINHEIROS PARA HOSPITAL

Com a colaboração do Juizado de Menores da Capital, realizou o I.P.H. o 1º CURSO DE TREINAMENTO DE COZINHEIROS PARA HOSPITAL no período de 10

de outubro a 12 de novembro de 1968. As aulas foram ministradas no Centro de Recepção e Triagem do Juizado de Menores, à Rua Ulisses Cruz, 95.

Diretoras do Curso

Professora Dalva Maria Oliani
Professora Maecyra Bernardes de Melo

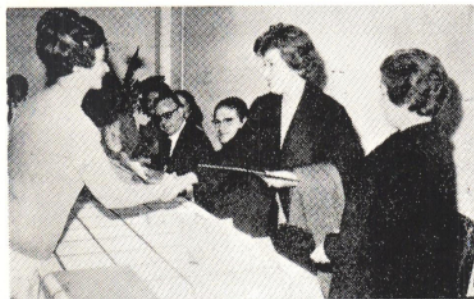
Professores

Dalva Maria Oliani
Jarbas Karman
Maecyra Bernardes de Melo
Mirian Dormeyer

Alunos

Alaide Correa Soares
Alfio Garcia
Antônia de Souza Pereira
Antônio Cantídio Braga
Antônio Pereira Pinto
Aparecida Glidilena Gonçalves
Augusta Vieira Ramos
Benedita Pereira
Dora Catarina Pereira
Eleodoro Teixeira dos Santos
Eliza Maria de Souza Braga
Francisca B. Spaolonzi
Irmã Aurelia do Coração de Jesus

Irmã Maria Carlota
Irmã Maria Presciliana
Irmã Paulina Maria
Jandyra dos Santos Silva
Joelina Teixeira de Jesus
Juracy Carvalho
Laurides Gonçalves
Lidia Rodrigues de Souza
Manuel Teófilo
Maria de Darcia Gomes
Nabor Pereira Ganda
Olegaria Pereira dos Santos
Sebastião Marques Garcia
Terezinha Boaventura Santos
Wilma Pinto Ferreira
Zulmira Batista da Silva



Dr. Arthur de Oliveira Costa, Excmo. Juiz de Menores da Capital, presidindo a solenidade de entrega dos Certificados do 1º Curso de Treinamento de Cozinheiros para Hospital. Na foto, sua Excia. ao lado do Excmo. Diretor do Centro de Recepção e Triagem do Juizado de Menores, Dr. Efraim Zular e Professoras Dalva Maria Oliani e Maecyra Bernardes de Melo do I. P. H.



Alunos provando a refeição que prepararam.



Uma aula de "Limpeza do Ambiente de Trabalho" do 1º Curso de Treinamento de Cozinheiros para Hospital.



Um grupo de alunos em plena aula prática.

Resultado de um magnífico esforço de uma equipe chefiada pelo Dr. Luiz Oswaldo Fernandes e pelo Revmo. Pe. Niversindo Antônio Cherubim, surgiu esse valioso trabalho, de real interesse para a Família Hospitalar Brasileira, que é o Calendário Hospitalar — Ano 1969.

Grande é a soma de informações práticas que o Calendário propicia. De formato de parede (em 17 folhas de 0,66 cm x 0,46 cm. aborda os seguintes tópicos:

- 1 — Obrigações quinzenais e mensais a serem atendidas pelos Hospitais, tais como: Imposto Sindical dos Empregados, Imposto de Circulação de Mercadorias, Cadastro de Empregados, Registro e Alvará de Funcionamento, Mapa Mensal do Emprego de Entorpecentes etc.
- 2 — Obrigações Anuais, tais como: Imposto de Licenciamento de Veículos, Seguro de Acidentes de Trabalho, Marca do Nome, Enderço Telegráfico, Quadro Demonstrativo do Movimento Hospitalar etc.
- 3 — Quadro Comparativo de Empregados por Classificação de Profissão.
- 4 — Quadro Comparativo de Empregados por Centros de Custo.
- 5 — Análise referente a Administração, Farmácia, Nutrição e Dietética, Almoxarifado, Berçário, S.A. M.E. etc.
- 6 — Registro Público, Incentivos Fiscais, Cadastro Geral dos Contribuintes etc.
- 7 — Imposto de Renda, Utilidade Pública Federal, Sunab, Conselho Nacional de Serviço Social.
- 8 — Código Penal, Lei das Contravenções etc.
- 9 — Decretos, Portarias, Resoluções, Instruções etc.
- 10 — Serviço de Medicina Social, Tribunal de Contas, Serviço Social.
- 11 — F. G. T. S., Despedida de Empregados, Cuidados Especiais.

A Revista Hospital de Hoje, órgão oficial do I.P.H. congratula-se com a equipe criadora deste magnífico trabalho, que tão grandes benefícios trará à Administração Hospitalar do Brasil.

CONCURSO DE TÉCNICA CIRÚRGICA E CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Em outubro último realizou-se o concurso para o cargo de Professor de Disciplina Autônoma de Técnica Cirúrgica e Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Foi indicado para o cargo o Professor Américo Nasser, que já vinha exercendo o referido cargo interinamente há onze anos.

Foi nos Laboratórios dessa Disciplina que se iniciaram e desenvolveram as técnicas experimentais para transplantes de órgãos (coração, pulmões, fígado e pâncreas), onde trabalham numerosos pesquisadores que dispõem de equipamento moderno e adequado.

ANUNCIAM NESTE NÚMERO

- Armando Brito & Cia. Ltda.
 Castanho & Filhos Comércio e Indústria
 Companhia Paulista de Caldeiras "Compac"
 Companhia Química Industrial de Laminados (Burs-tin — Publicidade e Promoções Ltda.)
 Domínicil Iluminação Moderna S.A.
 Fischer S.A. — Comércio, Indústria e Agricultura
 Indústria de Caldeiras Eureka Santino & Filhos S.A.
 Indústria Mecânica Científica S.A. "Mercedes-Imec"
 Indústria de Tapetes Atlântida S.A.
 Isoterma Comércio, Indústria e Representações Ltda.
 K. Takaoka Ind. e Comércio de Aparelhos Cirúrgicos
 Lutz Ferrando Ótica e Instrumental Científico S.A.
 Máquinas Santo André — Isshiki & Cia.
 Metalúrgica Fracalanza S.A.
 Quipeix Comércio e Representações Ltda.

PLANEJAMENTO DE HOSPITAIS

O livro mais completo sobre planejamento de hospitais, editado em língua portuguesa.

Solicito a remessa, pelo correio, de exemplares do livro «Planejamento de Hospitais».

Nome

Enderço Nº

Cidade Estado

A importância de NCr\$ 30,00 por exemplar encadernado, (NCr\$ 25,00 para sócios do I.P.H.) e NCr\$ 22,00 em brochura, segue por: cheque pagável em São Paulo; reembolso postal , vale postal , em nome do I.P.H. — Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares — R. Xavier de Toledo, 210 - 6º - 36-3889 - SP.



COZINHAS INDUSTRIAIS



ARMANDO BRITO & CIA. LTDA.

«INSTALADORA GERAL»

PROJETOS — FORNECIMENTOS — INSTALAÇÕES

Cozinhas hospitalares completas para todos os combustíveis:

Vapor, óleo, gás, lenha, etc.

Rua Florêncio de Abreu, 568 — Tels.: 35-7294 e 32-3681 — C.P. 8.326 — Telegramas "ARBRITO" — S. Paulo

SOLUÇÃO FACIL... DOS PROBLEMAS DIFICEIS...



Máquina de Lavar

Turbina

Secador Rotativo

calandra

com as nossas máquinas para lavanderias

a serviço da HIGIENE HOSPITALAR..

MÁQUINAS SANTO ANDRÉ

ISSHIKI & CIA.

ESCRITÓRIO:
Rua Cons. Crispiniano, 344 - 12º andar
Conj. 1210 - Fone: 35-5840 - São Paulo

Rua Evarista Veiga, 35
Fone: 22-6179 - Rio de Janeiro

FILIAL:
Para Dona Gertrudes de Lima, 302
Fone: 44-3594 (discar 07) - Santo André

FABRICA:
Fortealeza - Vitória - Florianópolis

REPRESENTANTES: Belo Horizonte — Salvador — Recife — Curitiba — Porto Alegre — Belém — Manaus — João Pessoa — Macaé

Notícias do Brasil



SIMPÓSIO DE TERAPÊUTICA DO CARCINOMA AVANÇADO DA MAMA

Realizou-se no dia 9 de novembro de 1968, no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, um simpósio sobre tema Terapêutica do Carcinoma Avançado da Mama. Participaram do mesmo o prof. Cosme De Guarnieri Netto como moderador e como simposiastas os Drs. Mathias Otávio Roxo Nobre, Antônio Carlos Junqueira, Alfredo Abrão e Aurélio de Souza. Foram amplamente debatidos os tratamentos labioterápico, quimioterápico cirúrgico e hormonioterápico respectivamente pelos relatores acima mencionados. O moderador fez uma revisão do problema enfatizando principalmente a necessidade de um diagnóstico, senão precoce pelo menos avançado, tendo em vista, a sobrevivência das pacientes tratadas que está diretamente subordinada ao estadiamento clínico. Citou a observação de que nos últimos vinte anos, apesar de todo o progresso da terapêutica, não se conseguiu o índice de mortalidade do carcinoma da mama.



XI CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA

Será realizado no período de 15 a 19 de julho de 1969 na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, patrocinado pelo Colégio de Cirurgiões e organizado pelo Capítulo de São Paulo, o XI Congresso Brasileiro de Cirurgia.

VI CONGRESSO NACIONAL DE HOSPITAIS

Será realizado de 2 a 7 de julho de 1969 em Salvador Bahia — o VI Congresso Nacional de Hospitais promovido pela Associação Baiana de Hospitais. O Presidente do importante conclave está solicitando a todos os interessados, sugestões para o temário. Quaisquer informações podem ser obtidas do Professor Urcio Santiago — Caixa Postal 1.063 — Salvador Bahia.

Aviso Importante aos Associados do I. P. H.

Informamos aos prezados Associados do I.P.H. que já estamos recebendo as anuidades para o Ano de 1969. Os cheques devem ser enviados para o Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares a Rua Xavier de Toledo, 210, 6º andar, conjunto 64 — São Paulo.

Assinatura individual NCr\$ 30,00 — Assinatura Institucional NCr\$ 60,00. Os associados que não estiverem quites não receberão os próximos números de HOSPITAL DE HOJE, correspondentes ao ano de 1969.

FELOW DO COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES

Encerrou-se há dias em Atlantic City, nos Estados Unidos, a 54ª Reunião Anual, do Colégio Americano de Cirurgiões, entidade internacional que se destina a reunir os mais renomados cirurgiões de todas as partes do mundo. A sua finalidade básica é o intercâmbio de conhecimentos, tendo sido fundado por cirurgiões americanos e canadenses em 1913 e, atualmente, é uma das mais prestigiadas associações médicas. Por ocasião desta reunião, foram aceitos os novos membros titulares (Fellow), que mais se destacaram em seu país na sua especialidade. No Brasil, em especial em São Paulo, médicos de renome já foram escolhidos e desde então fazem parte desta Associação.

No corrente ano, na 54ª Reunião, um dos brasileiros escolhidos foi o sr. Cosme de Guarneri Netto, chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital do Servidor Público Estadual. Formado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1947, integrou de imediato o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia desta entidade sob a orientação do prof. José B. Medina e Octaviano Alves de Lima Filho, iniciando sua carreira na especialidade.

Organizou em 1961 o Serviço de G. O. do Hospital Mandaqui, pertenceu à cadeira de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Sorocaba, sob as ordens do prof. Arthur Wolff Netto, como seu primeiro assistente. É membro do Colégio Brasileiro e Internacional de Cirurgia, além de ter inúmeros trabalhos publicados.

CONGRESSOS INTEGRADOS DE CANCEROLOGIA

Serão realizados em São Paulo, simultaneamente, de 7 a 13 de setembro de 1969 os Congressos Integrados de Cancerologia. Maiores detalhes poderão ser obtidos na Secretaria do Instituto Central — Hospital A. C. Camargo à Rua Antônio Prudente, 211 — São Paulo.

IV CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

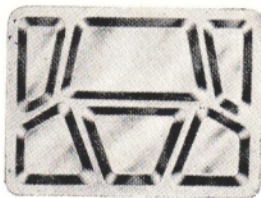
Promovido pela Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação, realizar-se-á de 14 a 18 de janeiro de 1969, o IV Congresso Brasileiro de Medicina Física e Reabilitação na Cidade do Recife — Pernambuco. Inscrições na sede da Comissão à Rua Caiubi 265 — São Paulo ou à Rua Afonso Pena, 99 — Recife.

FORUM CIENTÍFICO DA ACADEMIA DE MEDICINA DE SÃO PAULO

Realizar-se-á de 3 a 8 de março de 1969, no Edifício do Instituto de Energia Atômica da Universidade «Armando Sales de Oliveira», o Fórum Científico da Academia de São Paulo. Maiores detalhes poderão ser obtidos na Academia de Medicina de São Paulo — Caixa Postal, 3.977 — São Paulo.

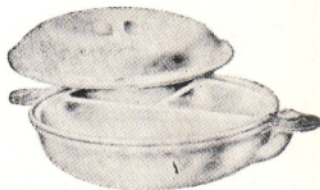
CONGRESSO INTERNACIONAL DE HOSPITAL

Realizar-se-á em Dusseldorf — Alemanha — no período de 22 a 27 de junho de 1969 o 16º Congresso Internacional de Hospital. Concomitantemente realizar-se-á o Congresso do Instituto Internacional de Consultores Hospitalares. Maiores informações podem ser obtidas no I.P.H. Rua Xavier de Toledo 210 — 6º andar — Conjunto 64 ou no International Institute of Hospital Consultants 48, Van Speijkstraat, — The Hague — Holland.



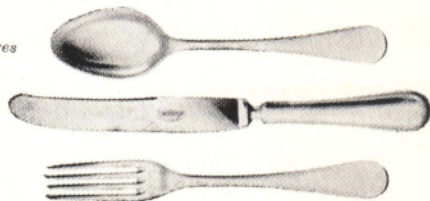
Bandeja com 6 divisões

Porta Comida com 3 ou 4 divisões



Bandeja retangular

Talheres



IV CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

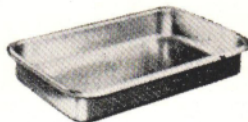
Promovido pela Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação, realizar-se-á de 14 a 18 de janeiro de 1969, o IV Congresso Brasileiro de Medicina Física e Reabilitação na Cidade do Recife — Pernambuco. Inscrições na sede da Comissão à Rua Caiubi 265 — São Paulo ou à Rua Afonso Pena, 99 — Recife.

FORUM CIENTÍFICO DA ACADEMIA DE MEDICINA DE SÃO PAULO

Realizar-se-á de 3 a 8 de março de 1969, no Edifício do Instituto de Energia Atômica da Universidade «Armando Sales de Oliveira», o Fórum Científico da Academia de São Paulo. Maiores detalhes poderão ser obtidos na Academia de Medicina de São Paulo — Caixa Postal, 3.977 — São Paulo.

CONGRESSO INTERNACIONAL DE HOSPITAL

Realizar-se-á em Dusseldorf — Alemanha — no período de 22 a 27 de junho de 1969 o 16º Congresso Internacional de Hospital. Concomitantemente realizar-se-á o Congresso do Instituto Internacional de Consultores Hospitalares. Maiores informações podem ser obtidas no I.P.H. Rua Xavier de Toledo 210 — 6º andar — Conjunto 64 ou no International Institute of Hospital Consultants 48, Van Speijkstraat, — The Hague — Holland.



Cuba retangular



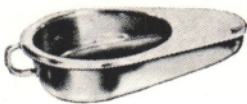
Cuba redonda (para assepsia)



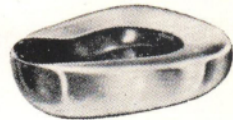
“Papagaço”



Cuba rim



Comadre tipo pá (oval)



Comadre tipo americana (anatômica)

METALÚRGICA FRANCALANZA S.A.

E SUBSIDIARIA

AÇO INOXIDÁVEL FABRIL GUARULHOS S/A.

VENDAS E ESCRITÓRIO:

RUA BRESSER, 301 — TEL.: 93-0503 — SÃO PAULO

Notícias Internacionais

26.200.000 DÓLARES PARA PROJETOS SANITÁRIOS

O conselho diretivo da **Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)** aprovou um orçamento de 26.200.000 dólares para o ano natural de 1969, a fim de levar a efeito projetos sanitários em várias partes do continente.

Essa soma representa um aumento de 1,9% sobre o orçamento de 1968. A maior parte dos fundos, ou seja 7.100.000 dólares, será destinada à profilaxia de enfermidades contagiosas na América Latina e região do Caribe. Dêsse total, 3.100.000 dólares vão ser aplicados na erradicação da **malária**, que figura como programa principal da OPAS desde 1954.

No orçamento também se inclui uma dotação de 690.000 dólares para campanhas contra a varíola, dentro do programa destinado a eliminar essa enfermidade no hemisfério para o ano de 1976.

Outras consignações do orçamento de 1969 compreendem 2.100.000 dólares para programas de saúde ambiental, 2.000.000 para a nutrição e 2.300.000 para o desenvolvimento institucional.

Os gastos ascenderão a 1.500.000 dólares na Argentina; 590.000 dólares no Chile; 507.000 dólares no Paraguai e 413.000 dólares no Uruguai.

Foram incluídos também no orçamento 2.500.000 dólares para a execução de projetos sanitários no Brasil.

ENFERMEIRAS TERÃO UM UNIFORME POR DIA

Dois modelos de uniformes descartáveis para enfermeiras — isto é, uniformes para serem usados uma só vez e então jogados fora — fizeram grande sucesso na Exposição de Enfermagem realizada recentemente em Londres.

A idéia de tais uniformes foi sugerida há pouco num relatório do Serviço Nacional de Saúde da Grã-Bretanha.

Elegantes e práticos, os dois vestidos exibidos na exposição são de tecido de «terylene» e algodão. Extremamente higiênicos e confortáveis, oferecem a vantagem de poupar às ocupadas enfermeiras a perda de tempo e o trabalho de lavá-los.

Estão sendo realizadas intensas pesquisas para a produção desses uniformes a preços baixos.

Brevemente, portanto, as enfermeiras britânicas poderão usar um uniforme por dia.

MORFINA PODERÁ SER SUBSTITUÍDA NO COMBATE ÀS DORES INTENSAS

Um cirurgião norte-americano relata a descoberta revolucionária de uma terapêutica inteiramente nova para o tratamento das dores dos portadores de câncer. O método encerra uma promissora substituição da poderosa droga ainda em uso, a morfina. Ele consiste na aplicação de um tubo de membrana plástica, através do pulso, por onde o anestésico é pingado lentamente no sangue do paciente.

Dr. M. Judah Folkman, adjunto da cadeira de cirurgia da Universidade de Harvard, na Faculdade de Medicina, anunciou o acontecimento durante a realização de um simpósio de engenharia e medicina, patrocinado pela Academia Nacional de Engenharia dos Estados Unidos.

Dr. Folkman salientou, durante uma entrevista à imprensa que o processo está ainda em fase experimental, tendo obtido inteiro sucesso com cães. Admitiu que aplicará, provavelmente, esse método nos seres humanos dentro de um ano...

Se o enxerto plástico puder ser utilizado nas pessoas, disse o pesquisador, isto poderá ocorrer com os portadores de câncer e outros pacientes mantidos em hospitais para receberem constantes aplicações de injeções e drogas, com a vantagem de que o tratamento pode ser feito em casa.

Explicou que o anestésico — **penthrane** foi utilizado em cães — é automaticamente esterilizado pela membrana e é impossível usar muito anestésico porque o tamanho da membrana limita a quantidade que pode alcançar o sistema. Bactérias, víruses e outros agentes contaminadores são retidos pela membrana, passando apenas as moléculas do anestésico.

VACINA CONTRA A RUBEOLA ESPERADA PARA 1970

O Instituto Nacional de Saúde, dos Estados Unidos, anuncia que a rubéola (sarampo alemão) será combatida com uma vacina que estará disponível para todos, em tempo ainda de enfrentar uma possível epidemia na década de 1970.

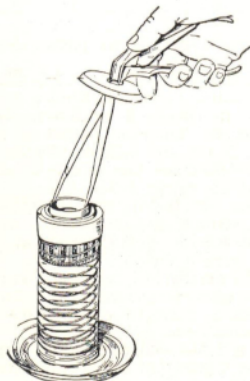
O sarampo alemão, mais conhecido como rubéola, doença benigna muito comum entre as crianças, representa uma séria ameaça para as mulheres nos últimos estágios de gravidez. Tem sido a causa de nascimentos de retardados mentais nos Estados Unidos e de muitos malogros em gestações nas outras nações. A vacina, liberada para uso geral, é segura e eficaz, tendo sido experimentada com inteiro sucesso em 6.000 crianças de Formosa (China Nacionalista), segundo informou o Instituto. A inoculação representou uma das maiores experiências levadas a efeito com a vacina e os resultados provaram ser ela 90% eficaz. A vacina foi aperfeiçoada em 1966 pelos pesquisadores do Instituto Nauok, tendo sido experimentada em 4.000 crianças das escolas norte-americanas. Outras experiências serão feitas nos Estados Unidos, na esperança de conseguirem sua liberação para uso público para princípios da década de 1970.

Os médicos esperam erradicar a rubéola finalmente pela inoculação na maioria das crianças dos Estados Unidos, pois, com o desaparecimento da rubéola nas crianças, seu vírus não seria transmitido para os adultos.

MICROSCÓPIO ELETRÔNICO

Acaba de ser apresentado um novo microscópio eletrônico de alta capacidade, construído, após três anos de trabalho de desenvolvimento nos laboratórios berlineses da Siemens. O microscópio designado de «Elmiskop lol» presta-se a investigações nos domínios da medicina, da biologia, da física, da metalurgia e da química. Tem uma capacidade de dissolução de, no máximo, 3 Angstrom (dez milionésimos de minuto), sendo o aumento eletrônico-óptico utilizável de 1.600 a 280.000 vezes. Isto significa que no écran de uma chapa fotográfica se podem distinguir dois pontos distantes de apenas três em milionésimos de centímetro. Um cabelo humano é aumentado, teoricamente, para uma largura de cinco quilômetros.

STERILPINS — A Pinça de Esterilidade Permanente



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

STERILPINS: foi especialmente construída 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

QUIPEX Comércio e Representações Ltda.

Rua Xavier de Toledo, 210 — 6° — Cj. 64 — Tels.: 36-3889 e 35-2687
SÃO PAULO

CIDEX — Solução Esterilizante

Fórmula:

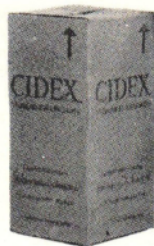
- Solução: Glutaraldeído 2%
Excipiente q.s.p. — 100 m.
- Pó ativador: Bicarbonato de Sódio, Corante verde D+C n° 8, Inibidor de Ferrugem.

Apresentação: Botelha Plástica contendo 3,8 litros de solução e Frascinho Plástico contendo 24,3 g. de Pós Ativador.

Aplicação: Para esterilização a frio de Instrumental Cirúrgico.

Especificamente indicado para esterilização de instrumentos delicados, de corte, óticos, borracha e de plástico como os usados em Anestesiologia, Urologia, Oftalmologia etc.

Características: A solução ativada (Dissolvendo o pó ativador na solução) de glutaraldeído, sendo uma



solução de dialdeído, oferece alto poder esterilizante: Tem ação Bactericida, Virucida Fungicida e Pseudomonacida em 10 minutos e ação Esporicida após imersão de 3 horas.

Ao mesmo tempo o produto não tem nenhuma ação corrosiva ou de danificar qualquer material delicado.

IMPERMEABILIZAÇÕES



I sotërma

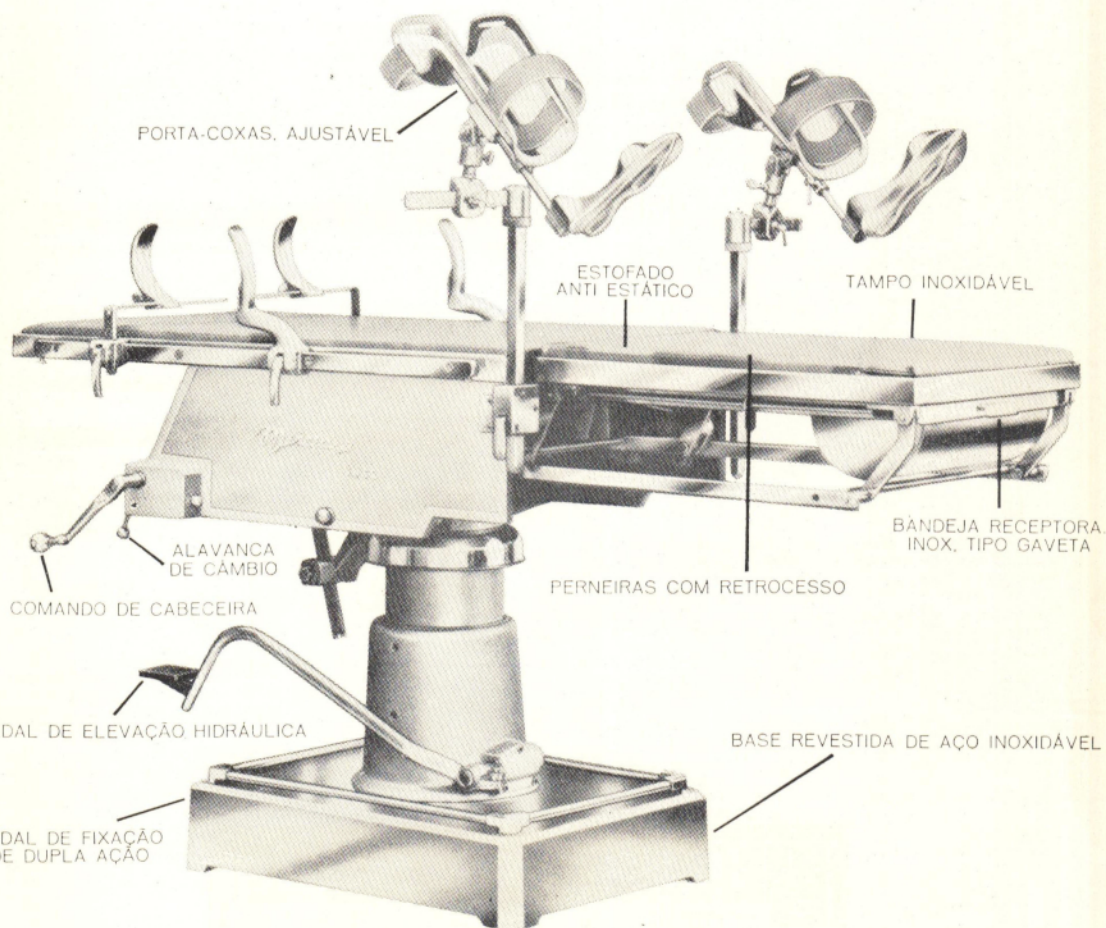
IMPERMEABILIZAÇÕES COM AS.
FALTOS, FELTROS, NEOPRENE, HYPA.
LON.3.M. OGREX, IMPERGREX EM
LAJES, SUB.SÓLOS, PISCINAS, PL.
505 INDUSTRIAIS, MASTIGUES
ASFÁLTICOS, ETC.

ISOTERMA - COMÉRCIO INDÚSTRIA E REPRESENTAÇÕES LTDA.

TELS.: { 33-4453
34-6649

RUA BENTO FREITAS, 281 — SÃO PAULO

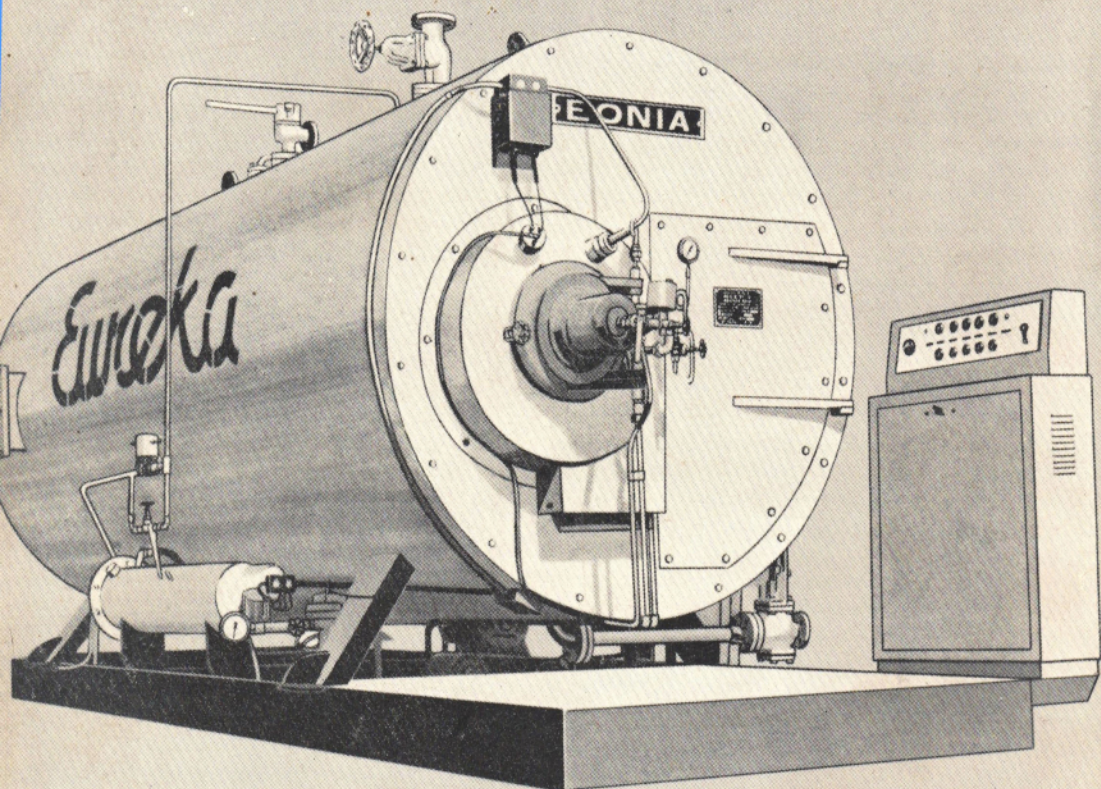
Mesa de Parto-mod. MI-106



Indústria Mecano Científica S/A. "MERCEDDES-IMEC"

Rua Mercedes, 203 - Lapa - Fones: 260-0261 - 260-0973
Caixa Postal 11895 - Endereço Telegráfico "Científica"

CALDEIRA AUTOMÁTICA EUREKA/EÔNIA



vantagens

- Economia comprovada pelo aproveitamento máximo do calor produzido e pela baixa temperatura na saída dos gases (máximo de 250°C).
- Prática limpeza dos tubos através da meia porta existente na parte da frente.
- Rápida instalação e fácil manêjo.
- Automatismo perfeito e simples.
- Máximo rendimento.
- Combustível: óleo η .º 6 e APF (baiano).
- Produção de 400 a 10.000 quilos vapor/hora.
- Pressão até 15 atmosferas.

 **INDÚSTRIA DE CALDEIRAS EUREKA SANTINO E FILHOS S.A.**

Rua Major Angelo Zanchi, 861 — Fone: 295-1258 — End. Tel.: «EUREKA» — C.P., 3.090 — São Paulo